

Eşik Altı Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Subthreshold Post-Traumatic Stress Disorder

Eylem Özten, Gökben Hızlı Sayar

Özet

Travma sonrası stres bozukluğu ruhsal hastalıklar içinde geniş bir kategoridir. DSM-III'e dahil olduğundan beri travma sonrası stres bozukluğu, tanı ölçütleri açısından değişikliğe uğramıştır. Tanı ölçütlerini tam karşılamayan bazı travma sonrası stres bozukluğu belirtileri olan kişilerde tanının var olup olmadığı hala tartışmalıdır. Eşik altı travma sonrası stres bozukluğu ilk tanımlandığından beri tartışmalı olmasına rağmen eşik altı travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin varlığı ile intihar düşüncesinin önemli ölçüde arttığı bulunmuştur. Bu gözden geçirmede psikiyatri tarihinde, travma ile ilişkili hastalıkların tanımlanması ve intihar düşüncesi, komorbidite ve işlevsellikteki bozulma ile ilişkisi belirtilen eşik altı travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin tanımlanmasına olan ihtiyaç vurgulanmış ve eşik altı travma sonrası stres bozukluğu ile tam travma sonrası stres bozukluğu arasındaki klinik farklılıklar ele alınmıştır.

Anahtar sözcükler: Tanı, travma sonrası stres bozukluğu, eşik altı.

Abstract

Post-traumatic stress disorder is a very broad category among mental disorders. Since its inclusion in DSM-III, the diagnostic criteria of post-traumatic stress disorder has undergone a number of changes. The diagnosis and treatment of people who have some symptoms of post-traumatic stress disorder without meeting full criteria still remains controversial. Although subthreshold post-traumatic stress disorder has been debated since it was first defined, the presence of subthreshold post-traumatic stress disorder symptoms has found to raise the risk for suicidal ideation significantly. This article overviews the definitions of trauma related disorders in history of psychiatry and highlights the need to define subthreshold post-traumatic stress disorder symptoms that were reported to be associated with impairment, comorbidity, and suicidal ideation. Clinical differences between subthreshold and full post-traumatic stress disorder will also be discussed.

Key words: Diagnosis, post-traumatic stress disorder, subthreshold.

BİR TRAVMADAN sonra hangi psikolojik ve fizyolojik tepkilerin normal, hangilerinin hastalık olduğunu, kimlerin kendiliğinden şifa bulacağını veya kimlerin uzun süre hasta olarak kalacağını önceden belirleyebilmek kişi ve ailesi için olduğu kadar toplum için de önemlidir (Zlotnick ve ark. 2002). Özellikle depresyon gibi doğal felaketlerden ve savaş gibi insan eliyle oluşturulan travmatik yaşantılardan etkilenen kişi sayısının milyonlarca ifade edilmesi konunun ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir (Pfefferbaum ve ark. 2014). Travmanın insanın yaşamıyla başlayan uzun tarihine karşın travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) kısa bir tarihi vardır. Bu gözden geçirme yazısında travma ilişkili psikiyatrik bozuklukların tarihçesi, tanımlanması ve sınıflanması ile "eşikaltı TSSB" tanımı ele alınacaktır.

Travma İlişkili Psikiyatrik Bozuklukların Tarihçesi

Homo sapiensin ortaya çıkışından bu yana travmatik yaşantılar da tarihteki yerini almıştır. İlk çağlarda vahşi hayvan saldırıları da günümüzdeki terörist saldırılar da insan beyninde psikolojik ve biyolojik sekeller yaratmıştır. Sistemli yazında günümüz TSSB'sine yakın olan en eski tanım belki de 1666 Samuel Pepys'in günlüğünde Büyük Londra yangınına olan travma sonrası tepkinin tanımlanmasıdır (Yarvis 2004). Yaşanan travmatik olaya verilen tepkilerin gözlenmesi için savaşlar uygun zemin hazırlamıştır. Jacob DaCosta "İrritabl Kalp Üzerine" adlı yazısında savaş stres reaksiyonu olarak adlandırdığı, sonrasında da "Da Costa Sendromu" ya da "Askerin İrritabl Kalbi (Soldier's Irritable Heart)" denen askerlerde çarpıntı ve göğüs ağrısı ile giden bir durum tanımlamıştır. T.W. Salmon savaş sonrası stres tepkilerine patlayan bombaların beyne giren mermi kovani parçalarının neden olduğunu düşünerek bu tabloya tabloya "kovan şoku (shell shock)" adını vermiştir.

Freud travmatik nevrozu hayatı tehdit eden ciddi kazalar ve felaketler sonrası yaşanan bir durum olarak tanımlamıştır (Freud 1987). Birinci dünya savaşından sonra travmatik nevroz vakalarının arttığı, ancak bunun sinir sisteminde meydana gelen lezyonlar sonucu olmadığı sonucuna varmıştır. Savaş nevrozunda görülen travma fiksasyonu ile histeri arasındaki benzerlikten bahsetmiştir. Freud'a göre travmatik nevroz olaya hazırlıksız olmaktan kaynaklanır ve korku olmadan ortaya çıkmaz (Freud 1955).

Adler 1943'te, Boston Coconut Gece Kulübü yangınına yaşayanlarda travma sonrası ruhsal komplikasyonlar tarif etmiştir. Abraham Kardiner travmatik olaya fizyolojik ve psikolojik yanıtları bir tanı altında toplayarak bu tablolara "fizyonevroz" adını vermiştir. Bu tanımlama TSSB'nin biyopsikososyal yönden tanımlanmasında temel oluşturmuştur. Travmanın doğası, tekrarlama, duygusal donukluk ve aşırı uyarılmışlık, travmatik yaşantılar Kardiner'in dikkat çektiği özelliklerdir (Taylor ve ark. 1998). Grinkel ve Spiegel ise II. Dünya Savaşı gazilerinde görülen "savaş nevrozu (combat neuroses)" belirtilerini sıralamışlardır (Yarvis 2004).

DSM Tanı Sistemlerinde TSSB

Hem tüm bu tanımlamalar ışığında hem de II. Dünya Savaşı gazilerinde ağır fizik zorlanma ya da savaşta gibi yoğun strese maruz kalınan durumlarla ilişkili gözlemler ve çalışmalar sonucu 1952'de, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin ruhsal bozuklukları sınıflandırdığı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının ilk baskısında (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-I]) "Büyük Stres Reaksiyonu (Gross Stress Reaction)" tanımlanmıştır (APA 1952). TSSB'ye benzerlikler göstermekle birlikte, büyük stres reaksiyonu tanımının askeri ve sivil formları olduğu belirtilmiş ve esas olarak II. Dünya Savaşı sonrası tepkileri temel alınmış olup kronik bir form tanımlanmamıştır. 1968'de yayınlanan DSM-II'de ise belki de savaşın travmatik etkilerinin soğuması ile birlikte, "Büyük Stres Reaksiyonu" yerini "Geçici Durumsal Bozukluk (Transient Situational Disturbance)" tanımına bırakmıştır. Burgess ve Holmstrau tecavüz kurbanlarında izlenen travma sonrası belirtileri tanımlamak için 1974'te "Tecavüz Travması Sendromu (Rape Trauma Syndrome)" fikrini ortaya atmışlardır. 1975'te Horowitz ve Solomon, kuzeydoğu Asya'daki gazilerle yaptıkları çalışmaların ardından "Gecikmiş Stres Sendromu (Delayed Stress Syndrome)" tanımı yapmışlardır (Yarvis 2004). Bu alandaki çalışmaların sonucunda 1980 yılında Amerikan Psiki-

yatri Birliği, DSM-III'e TSSB tanısını eklemiştir (APA 1980). TSSB'nin bu ilk tanımından sonra Vietnam gazilerinde travmanın etkisini standart biçimde değerlendirebilmek mümkün olmuştur (Zimering ve ark. 1993).

DSM-III'ün yayınlanması ile travmayla ilişkili bir takım belirtileri olan hastalar ilk kez bir tanı kategorisinde toplanmışlardır (Van der Kolk ve ark. 1996). DSM III'de TSSB ilk kez anksiyete bozuklukları içinde yer almış ve başlıca 5 ölçüt ile tanımlanmıştır. Bunlar;

1. Travmatik yaşantı pek çok insanda stres yaratabilecek türde ve şiddette olmalı,
2. En az bir belirti travmanın başlaması ile ilgili olmalı
3. İki ya da daha çok belirti duyarsızlık ve belirtilerde azalma ile ilgili olmalı
4. En az bir ek belirti kümesi bulunmalı
5. Belirtilerin belirli bir sürekliliği olmalı (APA 1980).

1987'de, DSM III-R'de ise altı ilave belirti tanımlanmıştır (APA 1987). Bu belirtiler travma ile ilgili düşüncelerden kaçınma, travma ile ilgili duygulardan kaçınma, psikojenik amnezi, geleceğin yok olduğu duygusu, irritabilite ve öfkedir. 1987'de DSM III-R'de travmatik olayın insanın yaşadığı sıradan olaylardan farklı şiddette olması gerektiği belirtilmiş, ayrıca kaçınma belirtilerinin varlığı vurgulanmıştır (Gersons ve Carlier 1992). DSM-III-R'deki tanıma ek olarak travmatik olayın tanımlanmasında değişiklik yapılarak, travmatik olayları çağrıştıran durumlarda da fizyolojik tepkinin aşırılaşması eklenerek DSM-IV TSSB ölçütleri oluşturulmuştur (APA 1994).

DSM-IV-TR'de ise TSSB ölçütlerinde bir değişiklik yapılmamıştır (APA 2000). DSM-IV-TR ilgili klinik fenomenoloji, epidemiyoloji ve diğer bozukluklarla olan ilişkilere ait literatürün ve çok merkezli klinik ve toplum çalışmalarının gözden geçirilmesi ile oluşturulmuştur (Saigh ve Bremner 1999). DSM-IV ve DSM-IV-TR'de tanımlandığı üzere TSSB'de kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit yaratan olayı yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiş ve aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme tepkisi vermiştir.

DSM-5

O zamana değin anksiyete bozuklukları içinde değerlendirilen TSSB, DSM 5'te ise travma ve stresörle ilişkili bozukluklar bölümü içinde akut stres bozukluğu ve uyum bozukluğu ile birlikte yer almıştır (APA 2013). DSM-5'te TSSB "korku" kökenli tanımlanmış bir bozukluk olmaktan ziyade anhedonik/disforik belirtiler de gösterebilen, negatif bilişler ve kızgınlık, dürtüsellik, kendine zarar verme gibi davranışsal belirtileri de olabilen bir sendrom olarak tanımlanmıştır.

DSM-5'te travmatik olay tanımını netleştirmek için travmatik olayla karşılaşmanın yolları listelenmiştir. DSM-5 tanımına göre kişi olayı kişi aşağıdaki yollardan biri ya da birden çoğu ile gerçek ya da göz korkutucu şekilde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olmalıdır:

1. Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama
2. Başkalarının başına gelen olay(lar)ı doğrudan görme, tanıklık etme
3. Bir aile yakınının ya da yakın arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme. Aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı, kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır.

4. Örselleyici olayın sevimsiz ayrıntıları ile yineleyici biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örneğin; felaket sonrası insan kalıntılarını toplayan kişiler, çocuk istismarının ayrıntıları ile yeniden karşılaşan polis memurları) Ancak bu tip bir karşı karşıya gelme, işle ilgili olmadıkça, elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema ya da görseller aracılığı ile olmuş ise bu ölçütün uygulanamayacağı belirtilmiştir (APA 2013).

DSM-IV'te A ölçütünde vurgulanmış olan kişinin korku, çaresizlik, dehşete düşme tepkileri olması gereği DSM-5'te kaldırılmış olup öznel tanımlamaya yer verilmemiştir. DSM-IV'te C kaçınma tepkileri içinde yer alan duygulanımda kısıtlılık, etkinliklere ilginin kaybı, insanlardan uzaklaşma, geleceği kalmadığı duygusu yaşama, travmanın anımsanmaması ve küntleşme belirtileri DSM-5'te D grubunda sınıflanmıştır. Ayrıca DSM-5'te D grubunda kendisi, başkaları ve çevre ile ilgili sürekli ve abartılı olumsuz inanış ve beklentiler, kendisini ve çevreyi suçlamasına yol açan çarpık bilişler, süreklilik gösteren öfke, korku, dehşet, suçluluk, utanç gibi olumsuz duygular tanımlanmıştır. C grubu kaçınma belirtileri içsel ve dışsal uyaranlardan kaçınma şeklinde 2 başlık altında toplanmıştır.

DSM-IV'teki D ölçütleri DSM-5'te E ölçütleri içine taşınmış olup E2 ölçütüne sakinleşme davranma ve kendine zarar veren davranışlarda bulunma eklenmiştir. Ayrıca DSM-5'te akut, kronik kavramları kaldırılmış olup "geciktirmeli dışavurum gösteren tip" tanımlanmış, ancak "kimi belirtiler kısa süre içinde başlamış olsa da" ibaresi eklenmiştir. DSM-5'te dissosiyatif belirti gösteren TSSB'nin ayrıca kodlanması istenmiş ve derealizasyon ve depersonalizasyon alt başlıkları açılmıştır (APA 2013).

Eşik Altı TSSB Kavramı

TSSB'nin eşik altı formlarının tanımlanması beraberinde klinik tartışmaları da getirmiştir. Bazı araştırmacılar eşik altı sendromların tanımlanmaya çalışılmasının travmaya verilen normal cevapları da hastalık olarak tanımlama riski doğurduğunu belirtmişlerdir (Mc Nally 2003, Breslau ve ark. 2004, Kaya 2004). Diğer araştırmacılar ise eşik altı TSSB kavramının göz ardı edilmesinin belirgin stres ve işlevsellik kaybı olan bir grup bireyin tanı alamaması ile sonuçlanacağını savunmuşlardır (Jakupcak ve ark. 2007). Ayrıca eşik altı sendromların ileride TSSB'ye dönüşme riski olmasına rağmen tanımlanmamaları halinde ihmal edileceği vurgulanmıştır (Mylle ve Maes 2004).

Smid ve arkadaşlarının takip çalışmasında travmadan sonra 2-3. haftada, 18. ayda ve 4. yılda yapılan değerlendirmelerde örneklemin %4'ünün geç başlangıçlı TSSB geliştirdiği saptanmıştır (Smid ve ar. 2012). Eşik altı TSSB ile yapılan birçok çalışmada gösterilmiş ki eşik altı TSSB klinik olarak önemli ve sosyal, mesleki ve fonksiyonel olarak bozulmaya yol açmaktadır (Marshall ve ark. 2001, Zlotnick ve ark. 2002, Grubaugh ve ark. 2005).

TSSB tedavisi için Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) onayı bulunan paroksetin gibi ilaçların eşik altı TSSB için de faydalı olabileceği düşünülmüştür (Marshall 2001). Naylor ve arkadaşları eşik altı TSSB'si olan ve paroksetin uygulanan grupta TSSB belirtilerinde olmasa da anksiyete ve depresyon belirtilerinde %30.4 iyileşme saptanmıştır (Naylor ve ark. 2013).

Yaşlı TSSB ve eşik altı TSSB olgularında günlük yaşamlarında ciddi bozulmalar olduğu, yaşamlarından sağlıklı akranlarına kıyasla daha az memnun oldukları, yıl boyu yatakta geçirilen gün sayısının daha fazla olduğu ve optimum tedaviyi alamadık saptan-

mıştır (Van Zelst ve ark. 2006). Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda koruyucu ruh sağlığı açısından eşik altı TSSB'nin yok sayılmaması gerektiği düşünülebilir.

TSSB travmatik yaşantının hemen ardından ortaya çıkabilse de DSM-5'te tanımlanan gecikmeli başlangıç tipinde belirtiler travmadan en az 6 ay sonra ortaya çıkmaktadır. Bu tanımlama araştırmacılar arasında tartışmalara neden olmuştur. Travmatik yaşantıdan sonra hiçbir belirti yokken 6 ay sonrasındaki süreçte mi ortaya belirtilerin ortaya çıkması gerektiği net değildir. Gecikmeli başlangıç gösteren TSSB aslında geç tanı konmuş TSSB olguları ya da eşik altı süren belirtilerinin çeşitli etkenlerle TSSB tanı ölçütlerini karşılar hale geldiği olgular olabilir. Ancak DSM-5 bu konuda bir derece açıklık sağlar biçimde gecikmeli başlangıç tipi için olaydan en az 6 ay geçmeden tanı ölçütleri tam olarak karşılanmıyorsa ibaresinin yanına "kimi belirtiler kısa süre içinde başlasa da" açıklaması koyarak eşik altı olguları da kısmen kapsamıştır.

Solomon ve arkadaşları Lübnan savaşından altı ay ve 5 yıl sonra psikiyatrik yardım isteyen askerleri değerlendirdikleri çalışmada eşik altı TSSB alevlenmesi olan olguların oranını %33 olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada gecikmiş yardım arayanların, savaş travmasına bağlı olarak bozukluğun başlamasına karşın, TSSB belirtilerinin yoğun düzeye ulaştığı zamana kadar tedaviye başvurmeyen kişiler olduğu ve bunların oranının %40 olduğu belirtilmiştir. TSSB belirtilerinin ilk ortaya çıktığı zamana kadar hiçbir TSSB belirtisi göstermeyen, yani gecikmiş başlangıçlı olduğu belirtilenlerin oranı ise %10 olarak saptanmıştır. Ancak bu grupta bile, travmadan sonra kâbus görme gibi bazı belirtilerin hissedildiği belirtilmiştir (Solomon ve ark. 1991).

Carty ve arkadaşlarının yaptığı izlem çalışmasında travmadan 12 ay sonra izlenen TSSB olgularının %47'sinin gecikmiş başlangıçlı olduğu bildirilmiştir. Geç başlangıçlı olguların çoğunluğunun 3. ayda eşik altı TSSB durumunda olduğu, bu nedenle klinisyenlerin eşik altı TSSB tanısını, gecikmiş başlangıçlı TSSB için potansiyel bir risk olarak düşünmesinin önemini vurgulamışlardır (Carty ve ark. 2006).

Vietnam Savaşı'nın kazileri ile yapılan bir çalışmada TSSB için yaşam boyu yaygınlık erkeklerde %30.9 ve kadınlarda %26 olarak bulunurken, aynı örnekleme kısmi TSSB yaygınlığı erkeklerde %22.5, kadınlarda %21.2 bulunmuştur. Bu çalışmada yeti yitimi TSSB grubuyla benzer olup TSSB için karşılanması gereken üç belirti kümesinin ikisini karşılayanlar "kısmi TSSB" olarak adlandırılmıştır (Weiss ve ark. 1992). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise Sivas olaylarından kurtulan travma mağdurları 18 aylık izlem çalışmasında değerlendirme boyunca 79 olgunun 45'ine değerlendirme aşamalarının herhangi birinde "sınırdaki TSSB" tanısı konulmuştur (Sungur ve ark. 2001).

Blanchard ve arkadaşları (1995) motorlu araç kazası geçiren 132 kişiyi kazadan 1-4 ay sonra değerlendirmişlerdir. Kazazedelerin %39.2'sinin TSSB, %28.5'inin üç belirti kümesinden ikisinin karşılanması ile karakterize eşik altı TSSB tanısı aldıklarını bildirmişlerdir. Tayvan'da deprem mağdurlarında yapılan bir çalışmada TSSB yaygınlığı %10.3 bulunurken, kısmi TSSB yaygınlığı %19 bulunmuş, psikososyal işlevsellikte aynı düzeyde bozulma yarattığı gözlenmiştir (Lai ve ark. 2004).

Marshall ve arkadaşları özellikle eşik altı TSSB ile komorbidite, işlevsellik kaybı ve intihar olasılığı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında; travmatik olaydan bir ay sonra yaptıkları değerlendirmelerde olguların %27.9'unda en az bir TSSB belirtisi olduğunu, %9'unun TSSB, %18.9'unun ise eşik altı olduğunu bildirmişlerdir. Eşik altı TSSB'de işlevsellikte bozulma düzeyi hem TSSB belirti sayısı hem de depresyon komorbiditesi ile ilişkili bulunmuştur. Ek olarak eşik altı TSSB'nin klinik seyirinde intihar

düşüncesinin varlığıyla da anlamlı ilişki olduğu vurgulanmıştır. Bu bağlamda eşik altı TSSB'nun ciddi bir sorun olduğu, özellikle komorbid durumların varlığının belirleyici olduğu öne sürülmektedir (Marshall ve ark. 2001).

Irak ve Afganistan savaşları gazilerinde eşikaltı TSSB görülen grubun, TSSB olmayan gruba göre daha büyük oranda sinirlilik, kızgınlık hissi yaşadığı gösterilmiştir. Agresyon açısından TSSB ile eşik altı TSSB grubu arasında fark görülmemiş olup her iki grupta agresyonun şiddeti TSSB olmayan gruptan yüksek bulunmuştur (Jakupcak ve ark. 2007). Eşikaltı TSSB insidansı trafik kazaları sonrası %2.8 (Malt 1988) ve yanık sonrası %86.5 (McLeer ve ark. 1992) arasında bulunmuştur. Eşikaltı TSSB için %86.5 insidans bildiren bu çalışmada sadece B ölçüt grubunun karşılanmış olması eşikaltı TSSB tanısı için yeterli bulunmuştur.

Eşik Altı TSSB'nin Tanımlanması

Literatür gözden geçirildiğinde kısmi TSSB ve eşikaltı TSSB kavramlarının tanımlanmasında iki ana profil göze çarpmaktadır. Bir profilde DSM-IV'te belirtilen B, C ve D ölçüt gruplarından en az birer belirti gösterenler kısmi TSSB kabul edilmişlerdir. İkinci TSSB profilinde ise kısmi TSSB tanısı koyabilmek için B, C ve D ölçüt gruplarından ikisinin karşılanması şart koşulmuştur. Örneğin Blanchard ve arkadaşları (1995) B-C ve B-D ölçüt gruplarının karşılandığı durumları kısmi TSSB olarak adlandırırken, Carlier ve Gerson (1995) 7 ayrı sınıf kısmi TSSB önermişlerdir. Bu belirti kümeleri şu biçimde tanımlanmıştır: sadece B grubu ölçütlerinin karşılanması, sadece C grubu ölçütlerinin karşılanması, sadece D grubu ölçütlerinin karşılanması, B-C grupları ölçütlerinin karşılanması, B-D grupları ölçütlerinin karşılanması, C-D grupları ölçütlerinin karşılanması ve herhangi bir ölçüt grubunu karşılamayan bir dizi belirti kümesi (Örneğin C grubundan iki belirti ve D grubundan bir belirti gibi).

Eşik altı TSSB ile artmış oranda intihar düşüncesi (Marshall ve ark. 2001), artmış alkol kullanımı (Adams ve ark. 2006) artmış öfke ve agresyon (Jakupcak ve ark. 2007), sosyal ilişkilerden kaçınma (Breslau ve ark. 2004), artmış sağlık hizmeti kullanımı ve iş kaybı bildirilmiştir.

Sonuç

“Travma sonrası” fenomen sadece psikiyatrik tanı ya da DSM gibi profesyonel başvuru araçlarında belirtilen bir tanı algoritması değildir. Travma sonrası reaksiyonların tanınması, tedavisinin planlanmasında önemlidir. TSSB gerek klinik, gerekse toplum sağlığı açısından öneme sahip bir hastalık grubudur. Eşikaltı TSSB olarak tanımlanan gruptaki kişiler, travma yaşamış ancak TSSB belirtisi göstermeyenlere oranla daha fazla fonksiyon kaybı tarif etmektedirler. Sosyal fonksiyonlar ve aile fonksiyonlarındaki kayıp bakımından eşikaltı TSSB ve TSSB grupları kıyaslanabilir düzeydedir. Yaşam boyu psikiyatrik hastalık yaygınlığı da eşikaltı TSSB ve TSSB gruplarında, travma yaşamış diğer kişilerden daha yüksektir. Tüm bu sonuçlar bir arada ele alındığında, klinisyenler ve araştırmacıların tanınma bakış açılarını genişletmelerinin gerekliliği anlaşılmaktadır. Eşikaltı TSSB, TSSB'nin gelişimi ya da iyileşmesi sürecinde de izlenebilir. Bu sebeple eşikaltı TSSB'nin saptanması sadece taksonomik, teorik bir konu değildir, eşikaltı TSSB'nin klinisyenler tarafından tanınması, önemli bir halk sağlığı sorununu ele almaktadır. Travma sonrası stres bozukluğunun eşik altı formlarını tanımlamak; insanın

sahip olduğu doğal duygusal değişimlere bir psikopatoloji olarak yaklaşmak riskini doğurmaktadır. Ancak eşik altı klinik durumları göz ardı etmek bireyin yaşamını ve işlevselliğini ciddi biçimde etkileyen bir ruhsal belirtiler kümesinin göz ardı edilmesi, tanı konma ve tedavi edilme şansının ortadan kaldırılması anlamına gelebilir.

Kaynaklar

- Adams RE, Boscarino JA, Galea S (2006) Alcohol use, mental health status and psychological well-being 2 years after the World Trade Center attacks in New York City. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 32:203-224.
- APA (1952) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1 st ed (DSM-I). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA (1968) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2nd ed. (DSM-II). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA (1980) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed. (DSM-III) Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA (1987) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed. Revised (DSM-III-R). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. (DSM-5). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Blanchard EB, Hickling EJ, Taylor AE, Loos WR (1995) Psychiatric morbidity associated with motor vehicle accidents. *J Nerv Ment Dis*, 183:495-504.
- Breslau N, Lucia V, Davis G (2004) Partial PTSD versus full PTSD: an empirical examination of associated impairment. *Psychol Med*, 34:1205-1214.
- Carlier IVE, Gersons BPR (1995) Partial posttraumatic stress disorder (PTSD): the issue of psychological scars and the occurrence of PTSD symptoms. *J Nerv Ment Dis*, 183:107-109.
- Carty J, O'Donnell ML, Creamer M (2006) Delayed-onset PTSD: a prospective study of injury survivors. *J Affect Disord*, 90:257-261.
- Freud S (1955) *The War Neurosis*. London, England, Hogarth Press.
- Freud S (1987) *Beyond the Pleasure Principle*. New York, Norton.
- Gersons BPR, Carlier IVE (1992) Post-traumatic stress disorders: the history of recent concepts. *Br J Psychiatry*, 161:742-748.
- Grubaugh AL, Magruder KM, Waldrop AE, Elhai JD, Knapp RG, Frueh BC (2005). Subthreshold PTSD in primary care: prevalence, psychiatric disorders, healthcare use, and functional status. *J Nerv Ment Dis*, 193:658-664.
- Jakupcak M, Conybeare D, Phelps L, Hunt S, Holmes HA, Felker B et al. (2007) Anger, hostility and aggression among Iraq and Afghanistan War veterans reporting PTSD and subthreshold PTSD. *J Trauma Stress*, 20:945-954.
- Kaya B. (2004) Travma sonrası stres bozukluğu ve subsendrom kavramı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5:231-238.
- Lai TJ, Chang CM, Connor KM, Lee LC, Davidson JR (2004) Full and partial PTSD among earthquake survivors in rural Taiwan. *J Psychiatr Res*, 38:313-322.
- Malt U (1988) The long-term psychiatric consequences of accidental injury: a longitudinal study of 107 adults. *Br J Psychiatry*, 153:810-818.
- Marshall RD, Olsson M, Hellman F, Blanco C, Guardino M, Struening EL (2001) Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *Am J Psychiatry*, 158:1467-1473.
- McLeer SV, Deblinger E, Henry D, Orvaschel H (1992) Sexually abused children at high risk for post-traumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adol Psychiatry*, 31:875-879.
- McNally RJ (2003) Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Annu Rev Psychol*, 54:229-252.
- Mylle J, Maes M (2004) Partial posttraumatic stress disorder revisited. *J Affect Disord*, 78:37-48.
- Naylor JC, Dolber TR, Strauss JL, Kilts JD, Strauman TJ, Bradford DW et al. (2013) A pilot randomized controlled trial with paroxetine for subthreshold PTSD in Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom era veterans. *Psychiatry Res*, 206:318-320.
- Pfefferbaum B, Newman E, Nelson SD, Nitiéma P, Pfefferbaum RL, Rahman A (2014) Disaster media coverage and psychological outcomes: descriptive findings in the extant research. *Curr Psychiatry Rep*, 16:464.

- Saigh PA, Bremner DJ (1999) The history of posttraumatic stress disorder. In *Posttraumatic Stress Disorder: A Comprehensive Text* (Eds PA Saigh, DJ Bremner):1-17. Boston, Allyn and Bacon.
- Smid GE, van der Velden PG, Gersons BPR, Kleber RJ (2012) Late-onset posttraumatic stress disorder following a disaster: a longitudinal study. *Psychol Trauma*, 4:312-322.
- Solomon Z, Miculince M, Wagsman M (1991) Delayed and immediate onset posttraumatic stress disorder: I differential clinical characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 26:1-7.
- Sungur M, Kaya B (2001) The onset and longitudinal course of a man-made post-traumatic morbidity: survivors of Sivas disaster. *Int J Psychiatry Clin Pract*, 5:195-202.
- Taylor S, Koch WJ, Kuch K (1998) The structure of posttraumatic stress symptoms. *J Abnorm Psychol*, 107:154-160.
- Van der Kolk BA, McFarlane AC (1996) Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society. In *Background Issues and History: The Black Hole of Trauma*, 2nd ed. (Eds BA Van der Kolk, AC McFarlane, L Weisaeth):3-23. New York, Guilford Press.
- Yarvis JC (2004) Subthreshold PTSD: A comparison of depression and alcohol problems in Canadian peacekeepers with different levels of traumatic stress (Doctoral thesis). Georgia, University of Georgia.
- Zimering RT, Caddell JM, Fairbank JA, Keane TM (1993) Post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans: an experimental validation of the DSM-III diagnostic criteria. *J Trauma Stress*, 6:327-342.
- Zlotnick C, Franklin CL, Zimmerman M (2002) Does "subthreshold" posttraumatic stress disorder have any clinical relevance? *Compr Psychiatry*, 43:413-419.
- Van Zelst WH, de Beurs E, Beekman ATF, Van Dyck R, Dee DDH (2006) Well-being, physical functioning, and use of health services in the elderly with PTSD and subthreshold PTSD. *Int J Geriatr Psychiatry*, 21:180-188.
- Weiss DS, Marmar CR, Schlenger WE, Fairbank JA, Jordan BK, Hough RL et al. (1992) The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in Vietnam theater veterans. *J Trauma Stress*, 5:365-376.

Eylem Özten, Yrd.Doç.Dr., Üsküdar Üniversitesi, İstanbul; **Gökben Hızlı Sayar**, Yrd.Doç.Dr., Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.

Yazışma Adresi/Correspondence: Gökben Hızlı Sayar, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul, Turkey.

E-mail: gokben.hizlisayar@uskudar.edu.tr

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir · No conflict of interest is declared related to this article

Çevrimiçi adresi / Available online: www.cappsy.org/archives/vol7/no4/

Geliş tarihi/Submission date: 20 Ağustos/August 20, 2014 · **Çevrimiçi yayım/Published online** 11 Eylül/Sept. 11, 2014
