DEPREM SONRASI ÇOCUK ve ERGENLERDE PSİKİYATRİK ACİLLER: TANI,MÜDAHALE ve SÜREÇ

Doç. Dr. Arzu Çalışkan Demir

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD



Doğal Afetler ve Çocuk Travması

Depremin Özellikleri

Öngörülemez, kontrol edilemez ve tekrarlayan artçı sarsıntılarla karakterize — belirsizlik çocuklar için özellikle yıkıcıdır.

Travma Kaynakları

Enkaz altında kalma, ölüm veya yaralanmaya tanıklık etme, yakınların kaybı, yerinden edilme ve uzun süreli barınak yoksunluğu.

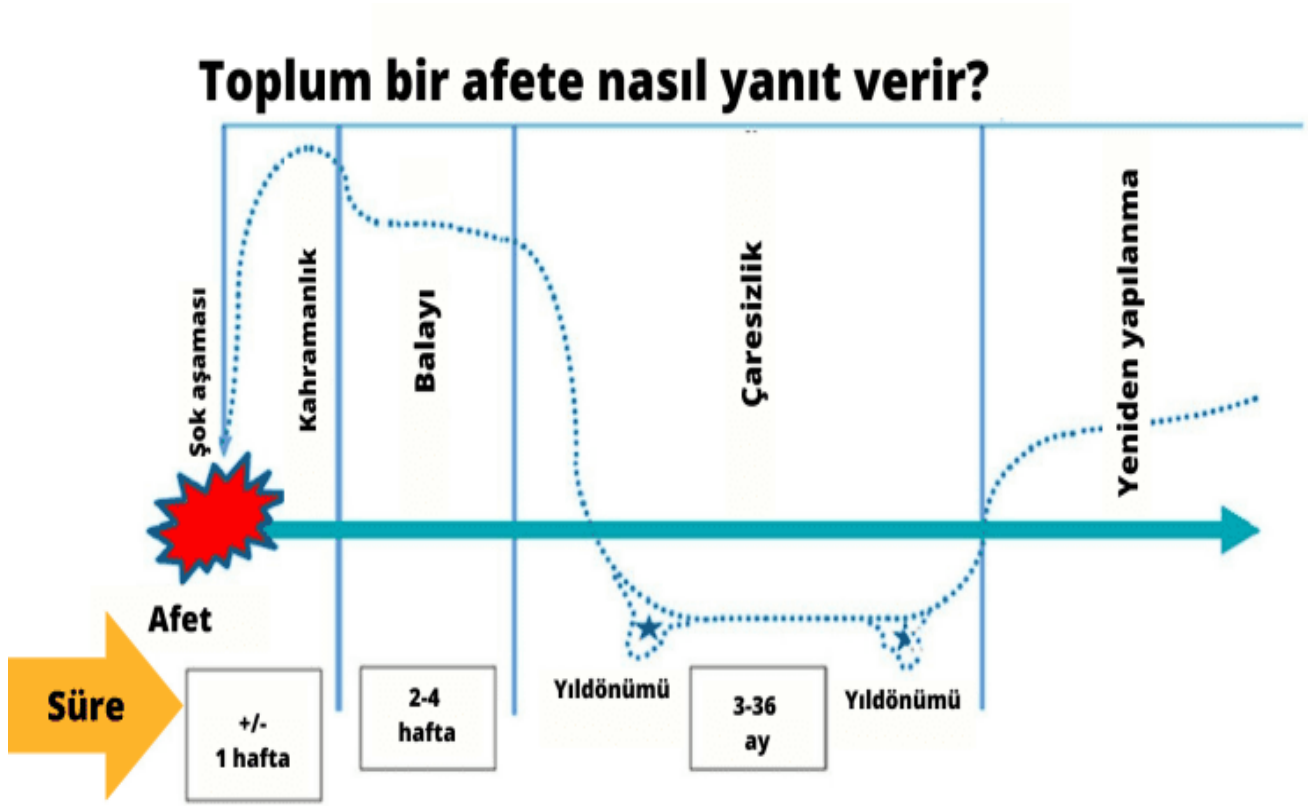
Çocuklardaki Fark

Gelişimsel sınırlamalar nedeniyle travma yetişkinlerden farklı yansır: sözel anlatı yerine davranışsal ve bedensel belirtiler ön planda yer alır.



Afetlerin Ruhsal Sağlık Üzerindeki Geniş Etkisi

- Sağlık, aile, eğitim ve ekonomik kaynakların ciddi biçimde bozulması
- Mevcut ruhsal hastalıkların kötüleşmesi veya yeni psikiyatrik sorunların ortaya çıkması
- Uzun vadeli toplumsal etki: risk gruplarında erken müdahale kritik önem taşır
- WHO verilerine göre acil sonrasında toplumun büyük çoğunluğunda psikiyatrik semptomlar görülebilir; ancak bunların bir kısmı klinik düzeyde bozukluklara dönüşür.



Kaynak: Afet Ruh Sağlığı Hizmetleri: Klinisyenler ve Yöneticiler İçin Bir Kılavuz Bruce H. Young, Julian D. Ford, Josef I. Ruzek, Matthew J. Friedman, Fred D. Gusman (Grafik uzmanlar tarafından revize edildi, Diken tarafından uyarlandı)

Klinik Değerlendirmenin Temel Sorusu

❌ Yanlış Soru

> "Bu çocukta Travmaya ilişkin bir bozukluk var mı?"

Bu yaklaşım tek bir tanıya odaklanarak kliniği daraltır ve gerekli müdahaleyi geciktirir.

✅ Doğru Klinik Yaklaşım

- **Güvenlik:** Çocuk şu an güvende mi?
- **İşlevsellik:** Günlük yaşam ne ölçüde bozulmuş?
- **Psikiyatrik tablo:** Hangi belirti kümesi mevcut?
- **Müdahale düzeyi:** Hangi seviyede destek gerekiyor?

Normal Stres Tepkileri ve Patoloji Ayrımı

Akut Dönemde Normal Tepkiler

- Korku, ağlama, şaşkınlık, irritabilite
- Uyku bozukluğu, ebeveynden ayrılmak istememe
- Aşırı tetikte olma, olayla ilgili konuşma ihtiyacı

Klinisyen İçin Kritik Uyarı

Her korku ve ağlama davranışının patolojik kabul edilmesi **gereksiz tanılanmasına** neden olabilir. Normal adaptif tepkilerle klinik bozukluk arasındaki sınır; yoğunluk, süre ve işlevsellik kaybıyla belirlenir.

⚠ Normal stres tepkileri patoloji değildir — ancak yakın takip ve destekleyici yaklaşım her zaman gereklidir.

Psikiyatrik Değerlendirme Gerektiren Belirtiler

Yoğun Duygusal ve Fizyolojik Belirtiler

Kontrol edilemeyen yoğun korku, belirgin ajitasyon, ciddi uyku sorunları, sürekli kabuslar, travmatik olayın zihinde tekrar yaşanması ve aşırı irkilme.

Dissosiyatif ve Bilişsel Bozulma

Dissosiyatif belirtiler, gerçeklik değerlendirmesinde bozulma ve işlevselliği ciddi biçimde etkileyen ağır regresyon.

Risk Davranışları

Kendine zarar verme, intihar düşüncesi, ciddi saldırganlık ve madde kullanımı — acil psikiyatrik değerlendirme endikasyonu.



Gelişimsel Dönemlere Göre Travma Belirtileri



Küçük Çocuklar

İfade edici dil yerine oyun ve bedensel belirtiler; belirgin davranış değişikliği ve ebeveyne yapışma davranışları



Okul Çağı

Korkular, uyku sorunları, somatik belirtiler, okul reddi ve davranış problemleri ön planda.



Ergenler

Depresyon, umutsuzluk, sosyal çekilme, madde kullanımı, kendine zarar verme ve intihar düşünceleri.

Okul Öncesi Çocuklarda Travma Belirtileri

- Ebeveynden ayrılma korkusu, yoğun yapışma davranışı, yalnız kalamama
- Karanlık/gece korkusu, uykuya dalma güçlüğü, gece uyanmaları, kabuslar
- Tuvalet eğitiminin gerilemesi, bebeksi konuşma, parmak emme, irritabilite
- Oyun içeriğinde travmatik temaların tekrarı, bedensel yakınmalar (karın ağrısı, baş ağrısı)

Bu yaş grubunda sözel anlatı beklenmemelidir — belirtiler daha çok oyun ve bedensel belirtiler üzerinden değerlendirilmelidir.

Akut Stres Bozukluğu

%52,9

2023 Türkiye Depremleri — Okul Öncesi

TSSB

%38,2

2023 Türkiye Depremleri — Okul Öncesi

En dikkat çekici bulgular: **hipervijilans**, artmış irkilme, belirgin korkular ve ciddi uyku sorunları.



Okul Çağındaki Çocuklarda Travma Belirtileri

Okul ve Akademik Etki

Okula gitmek istememe, akademik başarıda belirgin düşme, dikkat ve konsantrasyon güçlükleri.

Uyku ve Bedensel Belirtiler

Kabuslar, uyku bozuklukları, baş ağrısı ve karın ağrısı gibi somatik yakınmalar, irritabilite ve saldırganlık.

Sosyal ve Bilişsel Belirtiler

Arkadaş ilişkilerinde bozulma, güvenlik arama davranışları ve katastrofik düşünceler: *"Bir daha deprem olursa annem ölecek."*



Ergenlerde Travma Belirtileri

Ergenler, varoluşsal sorgulamalar ve kimlik krizleriyle travmayı daha derin biçimde yaşar.

- **Varoluşsal boyut:** Ölüm, suçluluk, geleceğin anlamsızlığı ve felsefi sorgulamalar belirginleşir
- **Duygusal belirtiler:** Depresif belirtiler, umutsuzluk, sosyal izolasyon, öfke ve davranış sorunları
- **Risk davranışları:** Madde kullanımı, riskli davranışlar, kendine zarar verme ve intihar düşünceleri
- **Nörokognitif:** Dissosiyatif belirtiler, uyku bozuklukları ve akademik başarıda belirgin düşme

İntihar düşüncesi ve kendine zarar verme her zaman doğrudan sorulmalı ve acil olarak değerlendirilmelidir.

Deprem Sonrası Psikiyatrik Aciller: Genel Bakış



İntihar Riski

İntihar düşüncesi ve davranışı — öncelikli değerlendirme gerektiren acil durum



Psikotik Belirtiler

Gerçeklik değerlendirmesinde bozulma, halüsinasyon ve sanrılar



Ajitasyon ve Agresyon

Ağır ajitasyon, kontrol edilemeyen saldırganlık ve çevreye zarar verme



Dissosiyasyon ve Uyku

Dissosiyatif belirtiler, panik ataklar ve ağır uyku bozukluğu

Panik ve Anksiyete Yönetimi

Sık Görülen Belirtiler

- Nefes alamama, çarpıntı, terleme, titreme, ölüm korkusu, yeniden deprem olacak korkusu, somatik belirtiler

Öncelikli Dışlamalar

Kardiyak

Aritmiler ve kardiyak patoloji ekarte edilmeli

Pulmoner

Solunum yetmezliği ve pnömotoraks değerlendirilmeli

Metabolik

Hipoglisemi ve elektrolit bozuklukları araştırılmalı

Günlük işlevselliği **ciddi şekilde bozan** belirtiler psikiyatrik acil değerlendirme gerektirir.

Ağır Ajitasyon ve Agresyon

1

Acil Durum Tanımı

Kontrol edilemeyen ajitasyon, saldırganlık ve çevreye zarar verme davranışı acil müdahale gerektirir

2

Diğer Tıbbi Durumların Ekartasyonu

Ağrı, hipoksi, kafa travması ve deliryum değerlendirilmelidir

3

Kritik Uyarı

Travma öyküsü olan her ajite çocuk **otomatik olarak "travma reaksiyonu"** olarak değerlendirilmemelidir



Psikotik Belirtiler: Ayırıcı Tanı

Psikotik Belirtiler

Halüsinasyon, sanrı, paranoid düşünceler ve gerçeklik değerlendirmesinde belirgin bozulma

Kritik Ayrım

Travmaya bağlı dissosiyasyon ve yoğun korku ile **gerçek psikozun ayrımı** hayati önem taşır

Klinik Kural

Yoğun korku ("deprem olacak") sanrı *değildir*; gerçeklikle uyumsuz sabit inançlar psikotik değerlendirme gerektirir



Dissosiyasyon ve Uyku Bozukluğu

Dissosiyatif Belirtiler

- Çevrenin gerçek dışı hissi (derealizasyon)
- Bedeninden ayrılma hissi (depersonalizasyon)
- Zaman ve mekân algısında değişiklik

⚠ **Belirgin bilinç değişikliği veya nörolojik bulgu** tıbbi değerlendirme gerektirir — psikiyatrik tanı koymadan önce organik neden dışlanmalıdır.

Uyku Bozukluğu

Kabuslar ve gece uyanmaları akut dönemde **beklenen** bulgulardır; ancak şiddetli ve işlev kaybına yol açan tablolar psikiyatrik değerlendirme gerektirebilir.



İntihar Riski: Kritik Değerlendirme

Acil Risk Göstergeleri

Aktif intihar düşüncesi, planı ve yönteme erişim varlığında **acil risk değerlendirmesi zorunludur, yatırılarak tedavi şarttır.**

Risk Faktörleri

Yoğun umutsuzluk, ebeveyn kaybı, ağır depresyon, psikotik belirtiler ve madde kullanımı başlıca risk faktörleridir.

Önceki Girişim

Önceki intihar girişimi ve ciddi kendine zarar verme davranışı **her zaman dikkat gerektirir.**



Birinci Basamak: Güvenlik Değerlendirmesi

Çocuğun psikiyatrik müdahalesi için ilk ve en önemli soru: **"Çocuk şu anda güvende mi?"**

Zarar Riski

- Kendine zarar riski
- Başkasına zarar riski
- Kaçma/uzaklaşma riski

Çevre Güvenliği

- Çevrenin güvenliği
- Silah, ilaç, zehir gibi araçlara erişim

Bakım & Koruma

- Bakım verenin yeterliliği
- Aileden ayrılık riski
- Çocuk koruma riski

Çocuğun fiziksel olarak güvenli bir ortamda bulunması psikiyatrik müdahalenin ön koşuludur.

İkinci Basamak: Tıbbi Değerlendirme

Afet sonrası psikiyatrik belirtiler her zaman psikiyatrik kökenli değildir. Aşağıdaki tıbbi durumlar öncelikle dışlanmalıdır.

Dışlanması Gereken Tıbbi Durumlar

- Kafa travması
- Hipoksi
- Enfeksiyon
- Hipoglisemi
- Elektrolit bozuklukları
- İlaç toksisitesi
- Madde kullanımı
- Nörolojik hastalık
- Deliryum

Üçüncü Basamak: Afete ilişkin travma değerlendirmesi

Sorgulanması Gereken Alanlar

- Olay sırasında nerede olduğu
- Enkaz altında kalıp kalmadığı
- Yaralanma durumu
- Ölüm veya ağır yaralanmaya tanıklık
- Yakın kaybı
- Ev ve okul kaybı
- Aileden ayrılık
- Tekrarlayan travmatik olaylar
- Artçıların devam etmesi
- Mevcut yaşam koşulları

⚠ Çocuk travma anlatısını ayrıntılı şekilde tekrar tekrar anlatmaya **zorlanmamalıdır.**

Psikolojik İlk Yardım: Temel Yaklaşım

Afetin ilk döneminde temel yaklaşım **psikolojik ilk yardım ve psikososyal destek** olmalıdır.

Güvenlik Sağlama	Çocuğun fiziksel ve duygusal güvenliğini güvence altına almak
Temel İhtiyaçlar	Barınma, beslenme ve temel gereksinimleri belirlemek
Sosyal Destek	Destek sistemlerine ve bakım verene yeniden bağlantıyı sağlamak
Bilgi & İşlevsellik	Sakinleştirme, bilgi verme ve günlük işlevselliği destekleme

Psikolojik İlk Yardımda Uygun Yaklaşım

Psikiyatrik ilk yardım olay hakkında ayrıntılı konuşmaya ikna etmek değildir, ancak çocuk anlatmak isterse desteklenmelidir

Uygun Olmayan Soru

> "Bana deprem sırasında başından geçenleri anlat."

Bu yaklaşım çocuğu yeniden travmatize edebilir ve iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilir.

Uygun Yaklaşımlar

- Şu anda en çok neye ihtiyacın var?
- Şu anda kendini güvende hissediyor musun?
- Yanında güvendiğin biri var mı?
- Anlatmak ve konuşmak istersen seni dinlerim.

Yüksek Risk Altındaki Çocuklar: Çocuğa Ait Faktörler

Her çocuk aynı ölçüde etkilenmez. Aşağıdaki özelliklere sahip çocuklarda risk belirgin biçimde artmaktadır:

- **Yaş grupları:** Küçük yaş ve ergenlik dönemindeki çocuklar daha savunmasızdır.
- **Önceki psikiyatrik geçmiş:** Önceki psikiyatrik hastalık, travma ve gelişimsel sorunlar riski artırır.
- **Baş etme kapasitesi:** Düşük baş etme kapasitesi ve yoğun korku tepkisi riski artırır.
- **Erken belirtiler:** Dissosiyasyon ve erken dönemde yoğun TSSB belirtileri görülebilir.

Yüksek Risk Altındaki Çocuklar: Travma ve Aile Faktörleri

Travmaya Ait Faktörler

- Enkaz altında kalma
- Ölümle yüz yüze gelme
- Ağır yaralanma
- Yakın kaybı
- Çok sayıda travmatik olaya maruz kalma
- Travmanın tekrarlaması ve artçı sarsıntılar
- Yaşam alanının tamamen kaybedilmesi

Aileye Ait Faktörler

- Ebeveyn kaybı
- Ebeveyn psikopatolojisi
- Aile bütünlüğünün bozulması
- Yetersiz bakım
- Aile içi çatışma
- Ekonomik güçlükler

Yüksek Risk Altındaki Çocuklar: Çevresel Faktörler

Çevresel Risk Faktörleri

- Barınma sorunları
- Okulun kesintiye uğraması
- Sosyal destek kaybı
- Uzun süreli yer değiştirme
- Sağlık hizmetlerine erişememe
- Devam eden güvensizlik

UNICEF, çocukların ailelerinden ayrılması, temel hizmetlerden uzak kalması, eğitim ve güvenli alanların kaybı ile ebeveynlerin ruhsal yükünün artmasının çocukların psikososyal iyilik halini olumsuz etkileyebileceğini vurgulamaktadır.

Komorbid Psikiyatrik Durumlar

Deprem sonrası klinik tablolar sıklıkla tek bir tanıdan ibaret değildir. Birden fazla psikiyatrik bozukluğun eş zamanlı görülmesi, hem tanıyı hem de tedaviyi karmaşık hale getirir.

Akut Stres Tepkisi - TSSB

Travma sonrası stres bozukluğu temel tanı olmakla birlikte, çoğunlukla diğer bozukluklarla birlikte seyreder.

Depresif Bozukluklar

Özellikle yakın kaybı ve kronik stres varlığında TSSB ile sık komorbidite oluşturur.

Anksiyete Bozuklukları

Yaygın anksiyete, ayrılma anksiyetesi ve özgül fobiler deprem sonrası sık görülen tablolardır.

Davranışsal Sorunlar

Özellikle küçük çocuklarda travma, dışa vurum belirtileriyle kendini gösterebilir.

Klinik Önemi

Komorbid tablolar tedaviye yanıtı zorlaştırır, işlev kaybını derinleştirir ve uzun vadeli prognoz üzerinde olumsuz etki bırakır. Kapsamlı psikiyatrik değerlendirme bu nedenle zorunludur.

Değerlendirme Yaklaşımı

Her çocuk için afet öncesi işlevsellik, aile bütünlüğü, kayıp deneyimi ve mevcut yaşam koşulları birlikte ele alınmalıdır.

Depresif Bozukluklar

Temel Depresif Belirtiler

- Çökkünlük
- Anhedoni
- Umutsuzluk
- Suçluluk
- Değersizlik
- Sosyal çekilme
- Uyku ve iştah değişiklikleri
- Ölüm düşünceleri

Klinik Bağlam

Deprem sonrası depresyon özellikle şu durumlarda önem kazanır:

- Yakın kaybı yaşayan çocuklar
- Yaşam koşullarının belirgin biçimde bozulduğu vakalar
- Kronik stresin devam ettiği ortamlar

2025 de yapılan bir meta-analizde deprem sonrası çocuk ve ergenlerde depresyon için **%32,35'lik oran** bildirilmiştir.

Bu oran, depresyonun deprem sonrası çocuk psikiyatrisinde göz ardı edilemeyecek bir klinik öncelik olduğunu ortaya koymaktadır.

Anksiyete Bozuklukları

Deprem sonrasında ortaya çıkabilecek anksiyete türleri geniş bir spektrum oluşturur ve yaşa göre farklı klinik görünümler sergileyebilir.

1

Yaygın Anksiyete

Günlük yaşamın birden fazla alanında kontrolsüz kaygı ve gerginlik

2

Ayrılma Anksiyetesi

Özellikle küçük çocuklarda bakım verenden ayrılmaya yönelik yoğun korku

3

Özgül Fobiler

Depremle ilişkili uyaranlara (sarsıntı, gürültü, bina içi ortam) karşı gelişen fobik tepkiler

4

Sosyal Anksiyete

Sosyal ortamlardan çekilme ve sosyal işlevsellikte bozulma

5

Panik Belirtileri

Ani başlayan yoğun korku atakları, bedensel belirtilerle birlikte

> *"Annem yanımdan ayrılırsa deprem olur."* — Bu düşünce biçimi, zaman içerisinde yoğunlaşarak okula gitmeme ve bakım verenden ayrılmayı reddetmeye dönüşebilir. Ayrılma anksiyetesi özellikle küçük çocuklarda erken müdahale gerektiren önemli bir klinik tablodur.

Uzamış Yas Bozukluğu

Yakın kaybı yaşayan çocuklarda yas doğal bir süreçtir. Ancak kaybın üzerinden yeterli süre geçmesine rağmen belirtiler devam ediyorsa klinik değerlendirme zorunludur.

Uzamış Yas Bozukluğu Belirtileri

- **Yoğun özlem** — Kaybedilen kişiye duyulan süregelen, yoğun özlem duygusu
- **Sürekli ölümle meşgul olma** — Günlük işlevselliği bozan ruminatif düşünceler
- **Kaybı kabul edememe** — Gerçekliği inkâr eden bilişsel örüntüler
- **Belirgin işlev kaybı** — Sosyal ve akademik işlevsellikte kalıcı bozulma

Klinik Ayrım: Yas ve TSSB

Yas ile TSSB birbirinden ayrılmalıdır; ancak bu iki tablonun sıklıkla birlikte bulunabileceği unutulmamalıdır.

Yas	TSSB
Kaybedilene özlem	Travmatik anıların yeniden yaşanması
Keder ve hüzün	Hipervijilanite ve irkilme
Kaybı kabul edememe	Kaçınma davranışları
Sosyal çekilme	Olumsuz bilişler ve duygu küntlüğü

Davranışsal Sorunlar ve Dışa Vurum

Özellikle küçük çocuklarda travma, içe çekilme yerine dışa vurum belirtileriyle kendini gösterebilir. Bu durum, klinisyenin travma kökenli davranış değişikliklerini birincil davranış bozukluklarından ayırt etmesini zorunlu kılar.

Saldırganlık

Akranlarına veya aile üyelerine yönelik fiziksel ya da sözel saldırgan davranışlar

Öfke Nöbetleri

Yaşa uygun olmayan yoğunlukta ve sıklıkta öfke patlamaları

Karşı Gelme

Otorite figürlerine yönelik belirgin karşı gelme ve kural tanımama davranışları

Regresyon

Daha küçük yaş dönemlerine özgü davranışlara geri dönüş (parmak emme, altını ıslatma vb.)

Okul Sorunları

Akademik performansta düşüş, devamsızlık, akran ilişkilerinde bozulma

⚠ Travmanın ardından görülen davranış değişikliklerinin tamamı yeni bir davranış bozukluğu olarak değerlendirilmemelidir. **Çocuğun afet öncesindeki işlevselliği mutlaka bilinmelidir.**

Madde Kullanımı ve Uyku Bozuklukları

Madde Kullanımı — Ergenler

Ergenlerde travma sonrası madde kullanımı önemli bir baş etme yöntemi haline gelebilir. Değerlendirme özellikle şu maddeler açısından yapılmalıdır:

- Sigara
- Alkol
- Kannabis
- Reçetesiz İlaç

Madde kullanımı hem TSSB hem de depresyon ile güçlü komorbidite oluşturur; erken tarama kritik önem taşır.

Uyku Bozuklukları — Klinik Veri

Kabuslar ve gece uyanmaları travma ile doğrudan ilişkili olabilir. Uyku bozukluğu hem TSSB'nin bir belirtisi hem de bağımsız bir komorbid tablo olarak değerlendirilmelidir.

%65,9

Kötü Uyku Kalitesi

Türkiye'deki 2023 depreminden etkilenen 8–12 yaş çocuklarla yapılan çalışmada, çocukların %65,9'unda **12. ayda hâlâ kötü uyku kalitesinin devam ettiği** bildirilmiştir.

Bu bulgu, uyku bozukluklarının deprem sonrası uzun dönemde de klinik öncelik olmaya devam ettiğini göstermektedir.

Ebeveyn Ruh Sağlığı ve Çocuk

> Afet sonrası çocuk psikiyatrisinde önemli bir klinik gerçek: **Çocuğun ruhsal iyileşmesi, bakım verenin ruhsal durumundan bağımsız değildir.**

Ebeveyn Psikopatolojisinin Çocuğa Etkisi

Ebeveynin aşağıdaki durumları çocuğun iyileşmesini olumsuz etkileyebilir:

Depresyon

Ebeveynin depresif belirtileri, çocukla duygusal bağı zayıflatır ve tutarlı bakımı engeller.

TSSB

Ebeveynin travma belirtileri, çocuğun güvenlik algısını doğrudan etkiler.

Yoğun Anksiyete

Aşırı koruyucu ya da kaçınmacı ebeveyn tutumları çocuğun uyum sürecini sekteye uğratır.

Yas ve Uyku Bozukluğu

Ebeveynin işlevselliğini bozan yas ve uyku sorunları, çocuğa sağlanan desteği kısıtlar.

Klinik Uygulama İlkesi

Çocuk psikiyatrik değerlendirmesi sırasında **bakım veren de değerlendirilmelidir.**

Bu ilke şu pratik adımları gerektirir:

- Ebeveynin kendi psikiyatrik belirtilerinin taranması
- Gerektiğinde ebeveyni yetişkin psikiyatrisi veya psikolojik destek hizmetlerine yönlendirme
- Ebeveyn-çocuk ilişkisinin kalitesinin değerlendirilmesi
- Aile temelli müdahale seçeneklerinin göz önünde bulundurulması

Ebeveyn ruh sağlığına yönelik müdahale, çocuğun tedavisinin ayrılmaz bir parçasıdır.

Travma Odaklı Psikoterapiler

Kalıcı TSSB belirtileri geliştiğinde birinci basamak yaklaşım travma odaklı psikoterapidir. **Travma Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi (TF-BDT)** çocukluk çağı TSSB'sinde ilk basamak tedavi olarak önerilmektedir.

Psikoeğitim

Çocuk ve aileye travma tepkileri hakkında bilgi verilmesi

Ebeveyn Becerileri

Bakım verenin çocuğu destekleme kapasitesinin güçlendirilmesi

Gevşeme ve Stres Yönetimi

Fizyolojik uyarılmayı azaltmaya yönelik teknikler

Duygu Düzenleme

Yoğun duyguları tanıma ve yönetme becerileri

Bilişsel Yeniden Yapılandırma

İşlevsel olmayan düşünce örüntülerinin dönüştürülmesi

Travma Anlatısı

Travmatik deneyimin güvenli bir çerçevede işlenmesi

Güvenlik Becerileri

Travma hatırlatıcılarıyla kademeli baş etme ve güvenlik planlaması

Okul Temelli Müdahaleler ve Farmakolojik Tedavi

Okul Temelli Müdahaleler

Afet sonrası okul, çocuğun yalnızca eğitim aldığı yer değil, aynı zamanda **sosyal normalleşmenin temel alanıdır.** Okul temelli psikososyal programlar afet sonrası ruh sağlığı hizmetlerinin önemli bir parçasıdır.

Yapılandırılmış Ortam

Okul rutini, çocuğa öngörülebilirlik ve güvenlik hissi sağlar.

Akran Desteği

Sosyal bağların yeniden kurulması iyileşme sürecini destekler.

Erken Tarama

Okul ortamı, risk altındaki çocukların erken tespiti için eşsiz bir fırsat sunar.

Psikososyal Programlar

Grup temelli müdahaleler geniş kitlelere ulaşmayı mümkün kılar.

Farmakolojik Tedavi

Farmakoterapinin travmanın kendisini tedavi etmediği özellikle vurgulanmalıdır. İlaç, deprem yaşamış her çocuğa değil; **klinik endikasyonu olan çocuğa** verilir.

Farmakolojik tedavi endikasyonu aşağıdaki eşlik eden klinik tablolarda ortaya çıkabilir:

- Majör Depresif Bozukluk
- Ağır Anksiyete Bozukluğu
- Obsesif-Kompulsif Bozukluk
- Ciddi Uyku Bozukluğu

Farmakolojik tedavi her zaman psikoterapiyle birlikte ve dikkatli klinik izlem altında uygulanmalıdır.

Temel İlke: Farmakoterapinin Yeri



- Çocuklarda psikoterapiye göre farmakoterapi **daha sınırlı rol** oynar
- Medikal tedavi klinik endikasyonu olan çocuğa verilir
- Ancak gerek görüldüğünde medikal tedaviden kaçınılmamalıdır
- Multimodal yaklaşımın yalnızca bir parçasıdır

Farmakolojik Tedavi Endikasyonları

Aşağıdaki komorbid bozukluklar saptandığında ilaç tedavisi değerlendirilebilir:

- Majör Depresif Bozukluk
- Ciddi Anksiyete Bozukluğu
- Obsesif-Kompulsif Bozukluk
- Ciddi Uyku Bozukluğu
- Psikotik Bozukluk
- Bipolar Bozukluk / Ağır Ajitasyon

Amaç: Komorbid bozuklukları tedavi etmek; TSSB'yi değil. Multimodal yaklaşımın bir parçası olarak uygulanır.

Akut dönemde Propranolol

Travmatik olay sonrasında propranolol kullanımının, travma anılarının pekişmesini veya ileride **TSSB gelişimini önlediğine ilişkin kanıtlar vardır ancak yeterince güçlü değildir**. Bu nedenle çocuklarda travma sonrası **rutin profilaktik propranolol kullanımı önerilmez**.
Akut dönemde belirgin adrenerjik hiperaktivite varsa, klinisyen tarafından bireysel olarak değerlendirilebilir; ancak bu yaklaşım **semptomatik ve seçilmiş bir kullanım** olarak düşünülmelidir.

Hipotansiyon

Bradikardi

Bronkospazm/astım

Akut anksiyete nedeniyle rutin kullanım mevcut kılavuzlarda **önerilmemektedir.**

Ancak Travmatik olay → sempatik aktivasyon ↑ → çarpıntı/tremor/terleme → propranolol → periferik adrenerjik belirtiler ↓

Benzodiazepinler: Kritik Uyarılar

Çocuklarda Riskler

Sedasyon

Klinik değerlendirmeyi güçleştirir

Paradoksal Disinhibisyon

Ajitasyon artışına yol açabilir

Bağımlılık

Gelişmekte olan beyinde yüksek risk

Bilişsel Yan Etkiler

Öğrenme ve hafızayı olumsuz etkiler

⊗ Korkunun farmakolojik baskılanması, psikolojik işlemleme **yerine geçmez.**

Akut travma sonrası "sakinleştirme" amacıyla rutin benzodiazepin kullanımından **kaçının.**

Akut anksiyete nedeniyle rutin kullanım mevcut kılavuzlarda **önerilmemektedir.**



Antidepresanlar (SSRI): Ne Zaman, Kime?

TSSB'ye Yönelik SSRI Kullanımı

Klinik Endikasyon Varlığında Düşünülebilir

.

- Majör depresif bozukluk
- Yaygın anksiyete bozukluğu
- Panik bozukluk
- OKB, TSSB

Kritik: Travma sonrası belirtiler ile komorbid psikiyatrik bozukluğun ayrılması zorunludur.

Uzun Dönem Seyir: Yanlış Yaklaşımlar

"Çocuk ilk üç ayda iyiyse sorun kalmamıştır" — **YANLIŞ**

Psikopatoloji Statik Değildir

Afet sonrası belirtiler zaman içinde değişir ve gecikebilir. Bazı çocuklarda belirtiler **aylar sonra** belirginleşebilir.

Prevalans Göz Ardı Edilemez

Meta-analiz verisi (71 çalışma, 137.000+ katılımcı): Çocuklarda afet sonrası ruhsal sorunlar prevalansı **%22,1.**

Uzun Süreli Takip Zorunlu

Sorunlar **yıllar boyunca** devam edebilir. İlk değerlendirme yetmez; riskli grupta aktif izlem şarttır.



Kronik Dönemde Görülen Komorbiditeler

TSSB

İntrüzyon, kaçınma, hipervijilans, kabuslar

Depresyon

Umutsuzluk, anhedoni, sosyal çekilme, akademik gerileme, **intihar düşünceleri**

Anksiyete

Ayrılma anksiyetesi, yaygın anksiyete bozukluğu

Uzamış Yas

Ebeveyn veya kardeş kaybı sonrası patolojik yas süreci

Madde Kullanımı

Ergenlerde baş etme mekanizması olarak ortaya çıkar

Kendine Zarar / İntihar

Kronik dönemde aktif tarama gerektiren acil risk faktörü



Yakından İzlenecek Yüksek Riskli Çocuklar

Kayıp ve Maruziyet

- Yakın kaybı olanlar
- Enkaz altında kalanlar
- Ağır yaralanma yaşayanlar

Psikiyatrik Risk

- Ciddi TSSB belirtileri olanlar
- Depresyon saptananlar
- İntihar düşüncesi olanlar

Önceki ve Aile Faktörleri

- Önceki psikiyatrik hastalığı olanlar
- Ebeveyn psikopatolojisi olanlar

Hastaneye Yatış Kararı

Yatış Endikasyonu Değil

TSSB veya ASB tanısı **tek başına** yatış endikasyonu değildir.

Yatış Gerektiren Durumlar

- Aktif intihar riski
- Ciddi kendine zarar verme
- Psikotik bozukluk
- Ağır davranışsal kontrol kaybı
- Güvenli bakım ortamının olmaması

Afet Koşullarında Karar Kriteri

Kaynakların sınırlı olduğu ortamlarda yatış kararı semptomların varlığından ziyade **güvenliğin başka ortamda sağlanıp sağlanamayacağına** göre verilmelidir.

Çocuk ve Aileye Psikoeğitim

Normalleştirme

Çocuğun korkması ilk günlerde normaldir; her belirti psikiyatrik hastalık anlamına gelmez.

Rutin ve Güvenlik

Günlük rutini koruyun, uyku ve beslenme düzenini destekleyin; güvenlik duygusunu güçlendirin ve okula dönüşü destekleyin.

Konuşmaya Zorlamayın

Çocuğu olay hakkında konuşmaya zorlamayın. Belirtiler uzuyor veya kötüleşiyorsa profesyonel yardım alın.

Psikiyatrik Acil vs. Acil Olmayan

Psikiyatrik Acil

- Aktif intihar düşüncesi / planı
- Ciddi kendine zarar verme veya saldırganlık
- Psikoz, ağır ajitasyon
- Gerçeklik değerlendirmesinde bozulma

Acil Olmayan (Takip Gerektiren)

- Kabus, deprem korkusu, uyku bozukluğu
- Hafif irritabilite, geçici okul isteksizliği
- Hafif somatik belirtiler

Acil olmayan belirtiler izlenmeli; kötüleşme durumunda yeniden değerlendirilmelidir.

Çocuklarda Dayanıklılık ve Posttravmatik Büyüme

Koruyucu Faktörler

- Güvenli ebeveyn ilişkisi ve aile bütünlüğü en temel koruyucu faktörlerden biridir.
- Sosyal destek psikolojik dayanıklılıkla pozitif ilişkilidir; depresyon, anksiyete ve TSSB'ye karşı koruyucudur.
- Okula dönüş, arkadaş ilişkileri ve rutinlerin yeniden oluşturulması iyileşme sürecini destekler.

Tüm çocukların psikiyatrik bozukluk geliştireceği düşünülmemelidir.

Klinik Yaklaşımın Temel İlkeleri

1. Her travma belirtisi psikiyatrik acil değildir
2. Her psikiyatrik acil durum TSSB değildir
3. Çocuğun güvenliği tanıdan önce gelir
4. Akut müdahale kadar uzun dönem izlem de tedavinin bir parçasıdır

Hekim Açısından Temel Amaçlar

Temel Klinik Öncelikler

01

Erken Farkındalık

Travmatik olayın psikolojik etkisini erken fark etmek

02

Zamanında Tanı

Yaşamı veya güvenliği tehdit eden psikiyatrik tabloları zamanında tanımak

03

Gereksiz Tıbbileştirmeden Kaçınmak

Normalin patolojiye dönüştürülmesini önlemek

04

Uygun Yönlendirme

Çocuk psikiyatrisi, psikososyal destek ve aile hizmetlerine yönlendirmek

- ***Afet sonrası çocuğun ruhsal iyileşmesi, travmayı unutmasıyla değil; yeniden güvende hissedebilmesiyle başlar. Bu iyileşme yolculuğunda hekim, yalnız ruhsal belirtileri tanıyan değil, çocuğun gelişimsel sürekliliğini sürdürebilmesine rehberlik eden kişidir.***

