

**T.C
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU VE AKUT
STRES BOZUKLUĞU İLE UYUM BOZUKLUĞUNUN
KLİNİK AÇIDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Serkan BİLGİÇ

**Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**ESKİŞEHİR
2011**

**T.C
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU VE AKUT
STRES BOZUKLUĞU İLE UYUM BOZUKLUĞUNUN
KLİNİK AÇIDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Serkan BİLGİÇ

**Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof.Dr.Cem KAPTANOĞLU**

**ESKİŞEHİR
2011**

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI**T.C****ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ****TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,**

Dr. Serkan BİLGİÇ'e ait "Travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu ile uyum bozukluğunun klinik açıdan karşılaştırılması" adlı çalışma, jürimiz tarafından Psikiyatri Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oybirliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:

Jüri Başkanı	Prof.Dr.Cem KAPTANOĞLU Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	İmza
Üye	Prof.Dr.Gökay AKSARAY Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	İmza
Üye	Doç.Dr.Çınar YENİLMEZ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	İmza

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu' nun
..... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof.Dr.Necmi ATA
Dekan

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasında bana yol gösteren, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, insana verdiği değer ve insan haklarının gelişmesi için gösterdiği çabayı her zaman model almaya çalışacağım değerli hocam Prof. Dr. Cem KAPTANOĞLU' na, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı' nda yapmış olduğum uzmanlık eğitimim süresince huzurlu bir çalışma ortamı sağlayan, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, paylaştıkları bilgi ve deneyimlerinin yanında kişisel gelişimime de önemli katkıları olan değerli hocalarım Prof. Dr. Gökay AKSARAY, Doç. Dr. Çınar YENİLMEZ ve Yrd. Doç. Dr. Gülcan GÜLEÇ' e, uzun süre bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım fakat bir süre önce aramızdan ayrılan değerli hocalarım, Prof. Dr. Gülten SEBER ve Prof Dr. Atila EROL' a, asistanlığım süresince birlikte çalıştığım ve hepsinden çok şey öğrendiğim araştırma görevlisi arkadaşlarıma, tezimin istatistik analizleri sırasında büyük emek harcayan Psk. Çisem UTKU' ya içtenlikle teşekkür ederim.

ÖZET

Bilgiç, S. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu ile Uyum Bozukluğunun Klinik Açıdan Karşılaştırılması. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2011. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), travmatik bir olaya maruz kaldıktan sonra ortaya çıkan, yeniden yaşantılama, kaçınma-küntleşme ve aşırı uyarılmışlık semptomları ile kendini gösteren bir sendromdur. Travmatik olaylar kişinin yaşam bütünlüğünü tehdit eden olaylar olarak tanımlanır. Travmatik olaya verilen tepki korku, dehşet ve çaresizliği içerir. Belirtilerin olay sonrası 2-30 gün sürmesi ve dissosiyatif belirtilerin eşlik etmesi durumu ise Akut Stres Bozukluğu (ASB) olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi hastalıklar, ekonomik ve kişiler arası ilişki sorunlarını içeren veya herhangi bir olumsuz yaşam olayının olmasının yeterli olduğu emosyonel cevapla karakterize duruma ise Uyum Bozukluğu (UB) denmektedir. Her üç bozukluk için de yaşam olayı sonrasında gelişmiş olma, en önemli tanımlayıcı etkidir. Bununla birlikte benzer yaşam olaylarına maruz kalan kişilerin farklı düzeyde ruhsal tepkiler göstermesi veya farklı şiddette gibi görünen yaşam olaylarına benzer ruhsal tepkiler verilmesi bu bozuklukların sınırlarının belirsizleşmesine neden olmaktadır. Bu çalışmada ASB, TSSB ve UB tanısı alan hastaların semptom şiddetlerinin ve klinik seyirlerinin karşılaştırılması hedeflenmiştir. Bu çalışmaya Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri polikliniğine başvuran 14 ASB, 15 TSSB ve 28 UB hastası alınmıştır. Hastalara SCID uygulanarak tanı konulmuştur. İlk ay ASB, TSSB ve UB grupları 1. ayın sonundan itibaren ise TSSB ve UB grupları alınarak 6 ay izlem yapılmıştır. Çalışmamızın sonucunda, algılanan sosyal destek ve genel işlevsellik düzeyinin ASB grubunda TSSB grubundan daha fazla olduğu, dissosiyatif semptomların şiddetinin ASB ve TSSB gruplarında benzer olduğu, başvuru esnasında UB grubunun travma sonrası stres semptomları dışındaki semptomlar açısından diğer gruplara benzerlik gösterdiği, fakat tedavi ile daha hızlı ve belirgin olarak düzeldiği, TSSB grubunda ilk başvurudan sonra geçici bir kısmi iyilik hali olduktan sonra zamanla işlevsellik düzeyinin ve travma sonrası stres semptomlarının şiddetinin eski düzeyine döndüğü ve Eşik altı TSSB' nin azımsanmayacak oranlarda görüldüğünü saptadık.

Anahtar Kelimeler: TSSB, akut, travmatik, tepkisel bozukluklar, stres etkeni

ABSTRACT

Bilgiç, S. Adjustment Disorder and Clinical Comparison of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Psychiatry Department, Thesis of Specialization in Medicine, Eskişehir, 2011. Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) is a syndrome characterised by symptoms of re-experiencing the traumatic event, avoidance-emotional numbness and hypervigilance symptoms that can develop after exposure to a traumatic event. Traumatic events are described as events threatening the one's physical integrity. Responses to the event include intense fear, horror and helplessness. If the duration of symptoms is between 2 and 30 days and the state is accompanied by dissociative symptoms, then it's called as Acute Stress Disorder (ASD). Adjustment disorder (AD) is characterised by emotional responses including medical disorders, problems related to interpersonal relationships and economic problems or any negative life event. For all these three disorders, the most important descriptive factor is the symptoms developing after a negative life event. Nonetheless, people reacting with different intensity to similar life events, or reacting similarly to life events of different intensity bring forth to indefinite borders between these disorders. The aim of this study is to compare the clinical prognosis and symptom severity of patients diagnosed with ASD, PTSD, AD. In this study 14 patients diagnosed with ASD, 15 with PTSD, and 28 patients with AD were recruited who resorted to a physician in Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Psychiatry Department. SCID is applied to diagnose patients. 6 months of follow-ups are conducted with recruiting the ASD, PTSD and AD group in the first month, and after this interval, PTSD and ASD groups are recruited. According to results of our study, we found that perceived social support and general functionality status was higher in ASD group than PTSD group; dissociative symptom severities were similar in ASD and PTSD groups; AD group was similar to other groups in terms of symptoms other than posttraumatic symptoms in appliance to hospital but with treatment, the improvement of this group was faster and more distinct than the other groups; in PTSD group, after first appliance to psychiatry clinic, and after a temporary well-being period, relapses are shown in symptoms of post-traumatic stress and general functionality level; and lastly Subthreshold PTSD, was seen in high rates enough not to be undervalued.

Keywords: PTSD, acute, traumatic, reactional disorders, stress factor

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xii
TABLolar DİZİNİ.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENELBİLGİLER.....	3
2.1. Travma Kavramı.....	3
2.2. Travma ile İlişkilendirilen Travma Sonrası Tablolar.....	4
2.3. Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu	5
2.3.1. Tanım.....	5
2.3.2. Tarihsel Gelişim.....	6
2.3.3. Epidemiyoloji.....	8
2.3.4. Etiyoloji.....	10
2.3.5. Klinik Özellikler.....	18
2.3.6. Tanı ve Eşik Altı Durumlar.....	20
2.3.7. Ayırıcı Tanı.....	35
2.3.8. Komorbidite.....	36
2.3.9. Tedavi.....	37
2.3.10. Gidiş ve Sonlanım.....	40
2.4. Uyum Bozukluğu.....	43
2.4.1. Uyum ve Stres.....	43
2.4.2. Tarihçe.....	44
2.4.3. Epidemiyoloji.....	45
2.4.4. Etiyoloji.....	45
2.4.5. Tanı.....	46
2.4.6. Ayırıcı Tanı ve Komorbidite.....	50

2.4.7. Tedavi.....	50
2.4.8. Gidiş ve Sonlanım.....	51
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	55
3.1. Örneklem.....	55
3.2. Araştırmanın Aşamaları.....	55
3.3. Veri Toplama Araçları.....	56
3.4. İstatistiksel Değerlendirme.....	61
4. BULGULAR.....	62
4.1. İlk Görüşmede ASB, TSSB ve UB Gruplarında Sosyodemografik Veriler.....	62
4.2. İlk Görüşmede ASB, TSSB ve UB Tanısı Alan Hastalarda Travmanın/Yaşam Olayının Niteliği ve Sayısı.....	64
4.3. ASB, TSSB ve UB Gruplarında RHÖ, SYDA, ÇBASDÖ ve SİÖ-HF Puanlarının Karşılaştırılması.....	67
4.4. ASB, TSSB ve UB Gruplarında Elde Edilen CAPS Dissosiyatif Semptom Ortalama Puanları.....	68
4.5. ASB, TSSB ve UB Gruplarında CAPS Ortalama Puanları.....	69
4.6. ASB, TSSB ve UB Gruplarında HDÖ ve HAÖ Ortalama Puanları.....	70
4.7. ASB, TSSB ve UB Gruplarında İGD Ortalama Puanları.....	70
4.8. 1-6. Aylar Arasında TSSB ve UB Gruplarında CAPS, HAÖ, HDÖ ve İGD Ortalama Puanları.....	71
4.9. Eşik altı TSSB Oranları.....	73
4.10. İlk Görüşmede ASB, TSSB ve UB Tanısı Alan Hastaların HAÖ, HDÖ, CAPS ve İGD Puanlarının 0-6 Aylık Değişimi.....	74
4.11. Birinci Ayın Sonunda Toplam TSSB ve UB Gruplarında RHÖ, ÇBASDÖ, SYDA ve SİÖ-HF Puanları.....	77
4.12. 1-6. Aylar Arasında Toplam TSSB ve UB Gruplarında CAPS, HAÖ, HDÖ ve İGD Ortalama Puanları.....	78
4.13. Toplam TSSB ve UB Gruplarındaki Hastaların İGD, HAÖ, HDÖ ve CAPS Ortalama Puanlarının 1-6 Aylık Değişimi.....	79
4.14. Çalışmayı Terk Eden Hastaların Terk Nedenleri	83
5. TARTIŞMA.....	85

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	101
KAYNAKLAR.....	103
EKLER	
EK 1: Sosyodemografik Veri Toplama Formu	
EK 2: DSM IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (SCID I)	
EK 3: Rahe-Holmes Strese Yeniden Uyum Ölçeği (RHÖ)	
EK 4: Sarason'un Yaşam Değişimleri Anketi (SYDA)	
EK 5: Sosyal İşlevsellik Ölçeği- Hasta Formu (SİÖ-HF)	
EK 6: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	
EK 7: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDÖ)	
EK 8: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAÖ)	
EK 9: Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Ölçeği (CAPS)	
EK 10: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Formu (İGD)	

SİMGELER VE KISALTMALAR

- AD:** Adjustment Disorder
- APA:** American Psychiatric Association
- ASB:** Akut Stres Bozukluğu
- ASD:** Acute Stress Disorder
- ASR:** Acute Stress Reactions (Akut Stres Tepkisi)
- BDT:** Bilişsel Davranışçı Terapi
- CAPS:** Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Ölçeği
- ÇBASDÖ:** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
- DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozukluklar İçin Tanı ve İstatiksel El Kitabı)
- EMDR:** Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme
- HAÖ:** Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
- HDÖ:** Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
- HKB:** Hayata Küsme Bozukluğu
- HPA:** Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal Eksen
- ICD:** International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Hastalıkların Uluslar Arası Sınıflandırılması Resmi Kodlaması)
- İGD:** İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Formu
- KW:** Kruskal Wallis H Testi
- LC:** Locus Coeruleus
- MAK:** Motorlu Araç Kazası
- MAOI:** Monoamin Oksidaz İnhibitörü
- NA:** Noradrenalin
- OKB:** Obsesif Kompulsif Bozukluk
- PET:** Positron Emission Tomography
- PTSD:** Posttraumatic Stress Disorder
- RHÖ:** Rahe-Holmes Strese Yeniden Uyum Ölçeği
- SCID I:** Structured Clinical Interview for DSM Disorders (DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi)
- SİÖ-HF:** Sosyal İşlevsellik Ölçeği Hasta Formu

SPECT: Single Photon Emission Computed Tomography

SSGI: Seiçi Serotonin Geri Alım İnhibitörü

SYDA: Sarason' un Yaşam Değişimleri Anketi

TCA: Trisiklik Antidepresan

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

UB: Uyum Bozukluğu

ŞEKİLLER

Sayfa

4.1. ASB, TSSB ve UB grupları için HAÖ puanlarının 1-5. görüşmelerdeki zaman içindeki değişimi (0-6 ay).....	74
4.2. ASB, TSSB ve UB grupları için HDÖ puanlarının 1-5. görüşmelerdeki zaman içindeki değişimi (0-6 ay).....	75
4.3. ASB, TSSB ve UB grupları için CAPS puanlarının 1-5. görüşmelerdeki zaman içindeki değişimi (0-6 ay).....	76
4.4. ASB, TSSB ve UB grupları için İGD puanlarının 1-5. görüşmelerdeki zaman içindeki değişimi (0-6 ay).....	77
4.5. Toplam TSSB ve UB gruplarında HAÖ puanlarının 2-5. görüşmelerindeki zaman içindeki değişimi (1-6 ay).....	80
4.6. Toplam TSSB ve UB gruplarında HDÖ puanlarının 2-5. görüşmelerindeki zaman içindeki değişimi (1-6 ay).....	81
4.7. Toplam TSSB ve UB gruplarında CAPS toplam puanlarının 2-5. görüşmelerdeki zaman içindeki değişimi (1-6 ay).....	82
4.8. Toplam TSSB ve UB gruplarında İGD puanlarının 2-5. görüşmelerindeki zaman içindeki değişimi (1-6 ay).....	83

TABLOLAR

4.1. ASB, TSSB ve UB gruplarında sosyodemografik özellikleri.....	64
4.2. ASB ve TSSB hastalarının travmanın niteliği ve sayısına göre dağılımı.....	65
4.3. UB hastalarının yaşam olayının niteliğine göre dağılımı.....	66
4.4. TSSB hastalarının travmatik olaydan sonra geçen süreye göre dağılımı.....	67
4.5. ASB, TSSB ve UB gruplarının SYDA, SİÖ-HF, ÇBASDÖ ve RHÖ puanları açısından karşılaştırılması.....	68
4.6. ASB, TSSB ve UB gruplarının disosiyatif semptomlar açısından CAPS puanlarına göre karşılaştırılması.....	68
4.7. ASB, TSSB ve UB gruplarının CAPS alt ölçek ve toplam puan ortalamaları açısından karşılaştırılması (ilk görüşme).....	70
4.8. ASB, TSSB ve UB gruplarının İGD puan ortalamaları açısından karşılaştırılması (ilk görüşme).....	70
4.9. ASB, TSSB ve UB gruplarının HDÖ ve HAÖ puan ortalamaları açısından karşılaştırılması (ilk görüşme).....	71
4.10. İlk görüşmede TSSB ve UB tanısı alan hastaların 2-5. görüşmelerde HDÖ, HAÖ, İGD ve CAPS puanları açısından karşılaştırılması.....	72
4.11. İlk görüşmede ASB ve TSSB tanısı alan hastalarda 2-5. görüşmelerde Eşik altı TSSB tanı ölçütlerini karşılama oranları.....	73
4.12. Toplam TSSB ve UB gruplarının RHÖ, ÇBASDÖ, SYDA ve SİÖ-HF puanları açısından karşılaştırılması.....	78
4.13. Toplam TSSB ve UB gruplarının 2-5. görüşmelerde HDÖ, HAÖ, İGD ve CAPS ortalama puanları açısından karşılaştırılması.....	79
4.14. Çalışmayı terk eden hastaların terk nedenleri ile ilişkili dağılımı.....	84

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Olumsuz yaşam deneyimlerine karşı gösterilen ruhsal tepkiler çok uzun süreden buyana araştırmacıların en çok ilgilendiği konular arasındadır(1-3). Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması Onuncu Baskısı (ICD-10) (4) travmaya tepki olarak ortaya çıkan ruhsal bozuklukları F43 başlığı altında üçe ayırarak incelemektedir: Akut Stres Bozukluğu (ASB) (F43.0), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) (F43.1) ve Uyum Bozuklukları (F43.2). Bunun dışında F6 başlığı altında; Stres Sonrası Görülen Kalıcı Kişilik Değişikliği (F62.1) kategorisi bulunmaktadır. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı'sı (DSM-IV) (5) ise, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) (309.8) ve Akut Stres Bozukluğunu (ASB) (308.3), Anksiyete Bozuklukları kategorisi altında, Uyum Bozukluklarını (309) ise tamamen ayrı bir kategori olarak değerlendirmektedir(6).

TSSB, travmatik bir olaya maruz kaldıktan sonra ortaya çıkan ve yeniden yaşantılama, kaçınma-küntleşme ve aşırı uyarılmışlık belirtileri ile kendini gösteren bir sendromdur. Travmatik olaylar kişinin yaşam bütünlüğünü tehdit eden olaylardır. Kişilerin bu tür olayları doğrudan yaşaması kadar, böyle olayların bir başkasının başına gelmesine tanık olmaları veya sevdiklerinin başına gelmiş olduğunu öğrenmeleri de olayların duygusal açıdan travmatik olmasını sağlar. Travmatik olaya verilen cevap, korku, dehşet ve çaresizliği içerir(7,8).

TSSB' de belirtiler bir aydan daha uzun sürer. Belirtilerin 2-30 gün sürmesi ve dissosiyatif belirtilerin eşlik etmesi durumu ise Akut Stres Bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Travma sonucunda ortaya çıkan yeniden yaşama, kaçınma, irkilme ve diğer aşırı uyarılmışlık belirtileri ana ruhsal belirtileri oluşturur. Bu belirtiler bireyin sosyal ve mesleki işlevselliğinde bozulmaya yol açmaktadır(9).

Tıbbi hastalıklar, ekonomik ve kişiler arası ilişki sorunlarını içeren veya herhangi bir olumsuz yaşam olayının olmasının yeterli olduğu, emosyonel cevapla karakterize duruma ise Uyum Bozukluğu denmektedir(5). Klinik özellikleri henüz ayrıntılı olarak tanımlanmadığı ve altta yatan etiyolojik faktörleri net olmadığı için halen sıra dışı ve geçici bir tanı kategorisi olarak görülmektedir(10,11).

Bu araştırmada psikiyatrik hastalıklar arasında etiyolojik modelle bağlantılı bir stres etkeninin şart koşulduğu ender hastalıklardan olan Akut Stres Bozukluğu ve

Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile yine bir stres etkeninin şart koşulduğu Uyum Bozukluğu tanısı alan hastaların tekrarlı ölçümlerle semptom şiddetlerinin ve klinik seyirlerinin karşılaştırılması hedeflenmektedir. Bu sayede her 3 grubun tanımlanmasında kullanılan kriterlerdeki net olmayan ve tartışmalı bazı tanımlamaların netleştirilmesine, bu hastaların izlem ve tedavilerinde özel önem gösterilmesi gereken alanların belirlenmesine katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

1. Travma sonrası akut dönemdeki ruhsal tepkiler oldukça heterojen ve değişken iken, travmatik yaşantının üzerinden geçen süre uzadıkça daha homojen ve kalıcı bir nitelik kazanır.
2. ASB, semptom profili ve gidişatı açısından bakıldığında TSSB ile belirgin farklılıklar gösterir.
3. ASB tanı ölçütlerinin ayırıcı özelliği olan şiddetli dissosiyatif semptomların bulunması gerekliliği, travma sonrası akut dönemin özgül ve sık karşılaşılan bir özelliği değildir.
4. ASB işlevsellik düzeyi açısından TSSB' den çok UB' ye benzer.
5. TSSB' de semptomlar ve işlevsellikteki bozulma ASB ve UB' den daha kalıcıdır.
6. TSSB tanısı alan hastalar, takipleri sırasında yapılan tüm değerlendirmelerde DSM-IV TSSB Tanı Ölçütleri' ni tam olarak karşılamayabilir, bununla birlikte işlevselliklerindeki belirgin bozulma devam eder.
7. Travma sonrası akut dönemde algılanan sosyal destek travmanın üzerinden geçen süre uzadıkça azalır.
8. ASB, TSSB ve UB hastaları yaşadıkları olumsuz yaşam olaylarını benzer şekilde algılamaktadır ya da bu yaşam olaylarının şiddetini ölçen ölçekler öznel algı kavramının yarattığı güçlük nedeniyle yetersiz kalmaktadır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Travma Kavramı

“Travma” sözcüğünün kökeni Eski Yunanca’ ya dayanır ve derinin bütünlüğünün bozulduğu her tür “yaralanma” anlamına gelir(12). “Travma” sözcüğünün sözlük anlamı ise “bir doku veya organın yapısını, biçimini bozan ve dıştan mekanik bir tepki sonucu oluşan yara” biçimindedir. Tıpta fiziksel ve ruhsal travmalar olarak iki farklı anlamda kullanılmaktadır(13).

Psikolojik Travma; kişinin güçsüzlüğüyle yüz yüze gelmesi durumudur. Travmatik olay denetleme, bağlantı kurma ve anlamlandırma duyularını veren olağan baş etme sistemlerini felce uğratar. Travmayı olağandışı kılan, diğer yaşam olaylarında uyumu sağlayan baş etme yollarını işlemez kılacak kadar şiddetli oluşudur. Travmatik yaşantıyı olağan olumsuz yaşantılardan ayıran, kişinin yaşamına ya da beden bütünlüğüne yönelik bir tehdit, şiddet ya da ölüm tehlikesiyle karşı karşıya gelmesidir(14).

Travma yaratan olaylar, yaşamı ve fiziksel bütünlüğü, kişinin dünyadaki yeri ve kendisi hakkındaki değerlerini tehdit eder. Bu çerçevede kendini değerli ve güvende hissetme, dünyayı adil ve güvenli olarak görme, diğer insanları iyi ve yardımsever bulma, kırılmazlık ve incinmezlik gibi duygu ve düşünceler tehdit altında kalır. Bu tür olaylar, insanın gündelik deneyimlerinin dışında kalan, belirli bilişsel şemalara oturmayan ve dolayısıyla anlamlandırılması güç olan olaylardır(15-18).

Travma üç ana başlıkta sınıflanabilir(9);

1. İnsan eliyle bilerek oluşturulan (savaş, işkence, tecavüz, terör eylemleri, cezaevi ve gözaltı uygulamaları vs.),
2. İnsan eliyle kaza sonucu oluşan (trafik, uçak, gemi, tren kazaları, iş kazaları, yangınlar vs.),
3. Doğal afetler (deprem, sel, çığ, orman yangını vs.)

İnsan eliyle bilerek oluşturulan travmalara maruz kalma biçimlerini de şu şekilde sıralamak mümkündür(19):

1. Siyasi nedenlerle işkence ya da kötü muamele görenler (gözaltına alınanlar, mahkumlar, bazı siyasi gruplar ve örgütlerin üyeleri vs.),

2. Siyasi olmayan nedenlerle işkence ya da kötü muamele görenler (sokak çocukları, adli tutuklular, çocuk ıslah evlerindeki çocuklar, sivil halk vs.),

3. Savaş travmasına maruz kalanlar (savaş tutsakları, toplama kamplarında kalanlar, savaş nedeniyle göç eden mülteciler, savaş ve savaş hali uygulamalarına maruz kalan sivil halk, devlet görevlileri ve askerler vs.),

4. Aile içi şiddete maruz kalanlar,

5. Cinsel saldırı, taciz ve tecavüze uğrayanlar,

Travmanın tanımlanmasında yalnızca özgül bir tanımın yanında, travmanın zaman içinde süregelen bir nitelik kazanıp kazanmaması, bir başka deyişle tek veya birden çok travma içermesi, sonrasında gelişecek bozukluklar için belirleyici bir diğer faktördür. Tek travma tanımı beklenmedik, kısa süreli, bir kez ortaya çıkan türdeki durumlar olan motorlu taşıt kazaları, doğal afetler gibi durumları tanımlarken, çok olaylı travma kronik durumlar olan çocukluk çağı istismarı veya süregelen savaşlar gibi durumları tanımlar(20).

Amerikan Psikiyatri Birliği' nin tanımına göre travmatik olaylar, olağan insan yaşantısının dışındadır ve hemen herkes için sıkıntı kaynağıdır. Kişinin;

*Ölüm tehdidi,

*Ağır bir yaralanma ya da yaralanma tehdidine maruz kalması,

*Başka bir kişinin ölümüne ya da ölüm tehdidi altında kalmasına tanıklık etmesi,

*Başka bir kişinin yaralanmasına ya da yaralanma tehdidi oluşturan bir olaya tanıklık etmesi,

*Ailesinden birisinin ya da başka bir yakınının beklenmedik ölümünü ya da şiddete maruz kalarak öldürülmesini, ağır yaralanmasını, ölüm ya da yaralanma tehdidi altında kaldığını öğrenmesi, olayın travmatik niteliğini tanımlayan özelliklerdir. Olayın niteliği kadar, olay karşısında yaşanan tepkiler de önemlidir. Kişinin travmatik olaya verdiği tepkiler arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır(5).

2.2. Travma İle İlişkilendirilen Travma Sonrası Tablolar

Travmaya bağlı olarak kişiler bireysel, toplumsal ve biyolojik etkenler, travmanın tipi, şiddeti, yaşanma biçimi ve diğer birçok etkene bağlı olarak çok çeşitli

tepkiler vermekte ve bunların sonucunda da bir kısmı doğrudan maruz kalınan travmatik deneyim ile ilişkilendirilen, bir kısmı ise travma ile dolaylı olarak ilişkilendirilen pek çok ruhsal bozukluk gelişmektedir. Bunların;

1. Travma ile spesifik ve doğrudan bağlantısı kurulan bozukluk ve durumlar
 - Akut Stres Tepkisi (ICD-10' da tanımlanmıştır)
 - Akut Stres Bozukluğu
 - Travma Sonrası Stres Bozukluğu
 - Uyum Bozukluğu

2. Travma öyküsünün olmadığı ya da gösterilemediği koşullarda da ortaya çıkabilen bozukluklar

- Dissosiyatif Bozukluk
- Anksiyete Bozuklukları ve Depresif Bozukluklar
- Yeme Bozuklukları
- Borderline Kişilik Bozukluğu

3. Komorbid Durumlar

- Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları
- Depresyon
- Anksiyete Bozuklukları olarak ele alınması önerilmektedir(21).

2.3. Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu

2.3.1. Tanım

Akut Stres Bozukluğu (ASB), DSM-IV' te aşırı travmatik bir stres kaynağı ile karşılaştıktan sonraki bir ay içerisinde anksiyete belirtileri, dissosiyatif belirtiler ve diğer belirtilerin görüldüğü durumlar olarak tanımlanmıştır. ASB' de belirtilerin 2-30 gün arasında ortaya çıkıp kaybolması gerekmektedir. Belirtiler 30 günden sonra da devam ediyorsa tanı TSSB olarak değiştirilir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ise DSM-IV' te, kişinin yaşadığı aşırı travmatik stres yaratan bir olayın ardından travmatik olayı tekrar tekrar yaşama, geçirilen travmayı çağrıştıran olay, yer ve etkinliklerden uzak durma, duygusal tepkilerin kısıtlı kalması ve aşırı uyarılma belirtileri ile giden tablo şeklinde tanımlanmıştır(5).

ASB ile TSSB arasındaki en önemli farklılık ASB tanısı koyabilmek için travma sırasında veya sonrasında 5 dissosiyasyon belirtisinden en az üçünün bulunmasıdır(9).

2.3.2. Tarihsel Gelişim

Travmatik olayların ruh sağlığına etkileri eski çağlardan beri bilinmektedir ve toplumun çeşitli kesimleri tarafından bu gözlemler aktarılan gelmiştir. Shakespeare' in ünlü oyununda Lady Macbeth karakterinin Duncan' ın ölümünü aklından çıkartamaması ve travmayla ilişkili tepkilerinin canlı anlatımı, yine Pushkin' in Boros Godonov karakterinin Zarevich' in öldürülüşü ile ilgili anılarla sürekli uğraşması bu gözlemlere örnek olarak verilebilir(13).

Ancak, yaşamı tehdit eden travmatik stresörlerin psikolojik uyuma olan etkilerini anlamamızdaki en büyük ilerleme savaş zamanındaki askerlerin tepkileri olmuştur. Askerlerde isimlerini, buldukları yeri bilemedikleri ya da amnezi ve depersonalizasyon gibi dissosiyatif belirtilerin olduğu tablolar gözlenmiştir(12).

Amerikan iç savaşında savaşmış olan askerlerde fiziksel ve zihinsel tükenme ile ilişkili “asker kalbi” (soldier' s heart) tanımlanmıştır. Da Costa, fiziksel belirtiler kabuslar ve sinirlilikten oluşan bu duruma “aşırı duyarlı kalp” (irritabl heart) adını vermiştir(12,22). Temel belirtileri göğüs ağrısı, çarpıntı ve baş dönmesi olduğundan Da Costa, hastalığın hipersensitivite ve sempatik aşırı uyarılmayla karakterize fonksiyonel bir kalp bozukluğu olduğunu düşünmüştür(22).

I. Dünya Savaşı sırasında ortaya çıkan benzer bir klinik tablonun, patlayan top güllerinin yarattığı beyin zedelenmesinden kaynaklandığı düşünülmüş ve “gülle şoku” (shell shock) ismi verilmiştir(23). Başlangıçta “gülle şoku” adıyla sinir sistemine zarar veren bir şok olarak sadece fiziksel anlamda tanımlanan bu tablonun, hiç patlamayla karşılaşmamış askerlerde de görülebildiği gözlenmiştir. II. Dünya Savaşı sonrasında, savaşla ilgili travmalar nedeni ile askerlerin tazminat talepleri artınca, yönetimler savaşın neden olduğu nevrozları ruhsal bozukluk olarak tanımlama yolunu seçmişlerdir. Amerika Birleşik Devletleri' nde savaş travmasına bağlı gelişen ruhsal tabloların ruhsal bir bozukluk çağrıştırmayacak, “savaş bitkinliği” (battle fatigue) terimiyle isimlendirilmesinde bu kaygılar etkili olmuştur(24).

Travmaya bağlı olarak gelişen tepkilerin sınıflandırılması, İkinci Dünya Savaşı sonrasında olmuştur. Savaş mağduru asker/sivil pek çok insanın ruhsal sorunları nedeni ile yardım arayışına girmesi sonucunda, “genel stres reaksiyonu” (gross stress reaction) bölümlenmesi DSM-I sınıflamasına eklenmiştir(25).

II. Dünya savaşının batı toplumlarının üzerindeki etkilerinin hafiflediği 1968-1980 arasındaki dönemde şekillenen DSM-II’ de ve daha sonrasında uzun süre, travmayla ilişkili ruhsal hastalıklar görmezden gelinmiş ve “geçici durumsal rahatsızlık” olarak adlandırılmıştır(25).

Vietnam Savaşı sonrasında, savaştan dönen askerlerin ruhsal-toplumsal sorunları ile ilgilenenler, bu tanı grubunun sınıflandırmadaki eksikliğini, günlük uygulamalarında fark etmişlerdir. Diğer yandan Vietnam Muharıpleri Çalışma Grubu 1974 yılında faaliyete geçmiş ve Ulusal Kiliseler Konsülü, Amerikan Ortopsikiyatri Birliği gibi meslek birlikleri ve insani yardım gruplarının da desteğini alarak, Diagnostik and Statistical Manuel of Mental Disorder III’ ü (DSM-III) hazırlamakla görevli çalışma grubunun dikkatini konu üzerine çekmişlerdir(25). Bir anlamda bu savaşın sonuçlarından bir tanesi de, TSSB’ nin tanımlanması olmuştur(26). 1978 yılında son şeklini alan DSM-III’ te TSSB tanısı yer almıştır(25).

DSM-III’ ün gözden geçirilmiş hali olan DSM-III-R’ de TSSB’ ye yol açabilecek travmalar “Kişi, olağan insan yaşantısının çok dışında, hemen herkes için belirli bir sıkıntı kaynağı olabilecek bir olay yaşamıştır” şeklinde tanımlanmıştır(27). Yine ICD-10’ da travma; “kişiyi tehdit eden ya da yıkıcı nitelikte”, “Bu olay hemen herkeste ciddi bir sıkıntıya yol açabilecek” gibi nitelemelerle tanımlanmıştır(4) ve bu haliyle DSM-III-R’ nin travma tanımına çok yakındır. Bu tanımlamalar iki açıdan eleştirilmiştir. Birincisi, olağan insan yaşantısını nesnel olarak tanımlamanın olanaksızlığıdır. Bir kişi için olağan sayılan bir olay diğeri için olağanüstü olabilir. Bunun ruhsal, toplumsal, kültürel, sınıfsal vb. belirleyicileri vardır ve bunlar kişiden kişiye değişir. İkincisi ise “herkes için belirgin bir sıkıntı kaynağı olabilecek” olayların evrensel bir tanımının yapılmasının imkansızlığıdır.

Travmatik olayın şiddeti yanında, kişinin travmayı nasıl değerlendirdiğinin yani öznel yargısının, travmanın ruhsal etkileri açısından büyük önemi vardır. Bir başka deyişle benzer travmatik olaylar, farklı kişiler üzerinde farklı etkiler yaratabilir. Bu eleştiriler çerçevesinde DSM-IV’ te travma tanımı değiştirilerek kapsamı

genişletilmiştir. DSM-III-R' de, bir olayın travmatik olup olmadığına, o olayın soyut bir insan üzerindeki beklenen etkileri dikkate alınarak karar verilirken, DSM-IV' te kişinin o olayla ilgili öznel yaşantısının ne olduğu daha fazla vurgulanmıştır(28). DSM-IV çerçevesinde ikincil travmatizasyonun, yani travmatik olayın, olayı doğrudan yaşamayan ama haberdar olanlardaki etkilerinin TSSB' ye yol açabileceği kabul edilmiştir.

Şu anda çalışmaları süren DSM-V ve ICD-11 sınıflandırma sistemlerinde travma ile ilişkili ruhsal bozuklukların ve özellikle TSSB' nin önemli bir antite olarak varlığını devam ettireceği, dissosiyatif özellikler gösteren alt tip gibi bazı yeni alt tiplerin geliştirileceği öngörülmektedir(27).

Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-IV Çalışma Grubu, uzun süren, tekrarlayan ve insan eliyle yaratılmış travmatik yaşantılar sonrası ortaya çıkan ruhsal bozuklukları, TSSB tanı ölçütlerinin yeterince tanımlayamadığı tespitinden yola çıkarak, henüz taslak halinde olan "Disorder of extreme stres not otherwise specified" (DESNOS) "Başka Türü Adlandırılmayan Aşırı Stres Bozukluğu" adıyla yeni bir bozukluk önermişlerdir. Bu öneri resmi kabul görüp DSM-IV' te yer almamasına rağmen, araştırmacıların ilgi odağı olmayı sürdürmektedir(29).

2.3.3. Epidemiyoloji

TSSB' nin prevalansına yönelik yapılan çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlar elde edilmektedir. Birçok genel toplum araştırmasında TSSB' nin yaşam boyu prevalansının %1-14 arasında değiştiği bulunmuştur(30-32). Bu oran erkeklerde %5 ile %6, kadınlarda %10 ile %14 arasında değişmektedir(33). Genel toplum çalışmalarında TSSB' nin yaygınlığı %1.3-9.2 oranındadır(30,34,35). Travma deneyimlerin şiddeti, travma öncesi, sırası ve sonrası ile ilgili bir çok etken, bireyin travmatik olay karşısındaki öznel duyarlılığı ve var olan başa çıkma becerileri bu oranları etkilemektedir(13).

Travmatik olayın tanımı, ölçeklerin duyarlılığı ve örneklem gibi yöntemsel farklılıklar nedeniyle de bu oran çeşitli çalışmalarda değişkenlik göstermektedir(33). Yapılan bazı çalışmalarda en şiddetli travmalardan sonra bile travmaya maruz kalanların ancak % 50' sinden fazlasında TSSB ortaya çıktığı belirtilmiştir(36). Breslau ve ark. TSSB' nin yaşam boyu prevalansının travma mağdurları

arasında %24 olduğunu bildirmişlerdir(35). Green tarafından yapılan geniş literatür taramasında travmatik bir olaya maruz kalan toplumda TSSB oranının %25-30 arasında değiştiği saptanmıştır(37). TSSB yaygınlığı yoğun olarak Vietnam gazilerinde çalışılmıştır. Vietnam savaşına katılan askerlerde yaşam boyu TSSB tanısı %15-31, şimdiki TSSB %2-39 arasında değişmektedir(32,38,39).

TSSB'yi değerlendiren epidemiyolojik çalışmalar sel, deprem, kasırga veya hortumları içeren birçok felaketin ardından da yapılmıştır. St. Helens Dağı Volkanik Patlaması'ndan sonra olaya maruz kalanlarla yapılan çalışmada yaşam boyu TSSB yaygınlığı %3.6 olarak saptanırken, bu oran kontrol grubunda %2.6 olarak bulunmuştur(40). Mc Farlane'ın, Avustralya Orman Yangını'ndan sonra 315 itfaiyeci ile yaptığı çalışmada 4,11 ve 29. aylarda TSSB oranları sırasıyla %32, %27 ve %30 olarak saptanmıştır(41). Marmara Depremi'nde 1150 kişi ile yapılan bir çalışmada TSSB oranı %42 bulunmuştur(42). Güney Çin'de 1998'de yaşanan deprem sonrasında 2 köyde yapılan araştırmada %24 oranında TSSB saptanmıştır(43). 1985 Meksika Depremleri sonrası %32 ve %36, 1988 Ermenistan Depremi sonrası %67, Avustralya Depremi sonrası %18 olarak tespit edilmiştir(44,45). Yine TSSB oranları fırtınalarda %21 ile %59, sel felaketlerinde %14.5 olarak saptanmıştır(46,47). Politik yaşamları nedeni ile işkenceye uğramış mağdurlar arasında yaşam boyu ve şimdiki TSSB oranı Türkiye'de %33 ve %11(48), Almanya'da %60 ve %31(49) olarak belirlenmiştir.

Travmatik deneyimlerin gasp, cinsel saldırıya uğrama, yangın, trafik kazası, örseleyici bir ölüme tanık olma, savaş alanında bulunma, fiziksel bir saldırı yaşama ve diğer felaketler olarak 10 ayrı biçimde bölümlendiği bir çalışmada, en yüksek TSSB yaygınlığı %14 ile cinsel saldırıya uğrayan bireylerde bulunmuş, bunu %13 ile fiziksel saldırıya uğrayanlar, %12 ile trafik kazası geçirenler izlemiştir(50). Yaşam boyu en yüksek TSSB oranı %57.1 ile tamamlanmış tecavüz sonrasında görülmüştür. Tecavüze uğramış, yaşamı tehdit edilmiş ve fiziksel saldırıya uğramış mağdurların %80'inde TSSB gelişmiştir(51).

Kessler ve arkadaşları tarafından 1995'te yapılan bir çalışmada, yaşanan en yaygın travmatik olayların bir ölüm veya yaralanmaya tanık olmak, yangın veya sel gibi doğal bir felakete maruz kalmak, yaşamı tehdit eden bir kaza geçirmek ve silahla tehdit edilmek olduğu gösterilmiştir(30). Soykırım kurbanlarıyla yapılan

çalışmalarda da, olguların %46' sı TSSB tanı ölçütlerini karşılamıştır. Yine bir başka toplum temelli çalışmada soykırım yaşayan erkek mağdurların %16' sının, kadın mağdurların ise %23' ünün yaşadıkları travmalarla ilişkili olarak süreğen nitelikte sıkıntı yaşadıkları gözlenmiştir(38). Motorlu Araç Kazası (MAK) geçiren bireylerde TSSB yaygınlığı %8-46 arasında saptanmıştır(52).

Cinsel Travmalar

Cinsel saldırı iç benlik uyumu ile çevre arasındaki dengeyi bozan travmatik bir olaydır(53). Saldırı sırasında kişinin vücut bütünlüğü ve zaman zaman hayatı tehlikeye girmiş ve kişi yoğun bir heyecan ile korku yaşamıştır. Cinsel saldırıya uğrayan kişi bu dönem içerisinde hayatı üzerindeki kontrolü kaybeder ve mağdur saldırı sonrasında günlerce hatta aylarca süren ve savunma mekanizmalarını bozup felce uğratan psikolojik reaksiyonlar gösterir(54). Cinsel travma ile ilgili pek çok çalışma, özellikle kadınlar arasında cinsel saldırıya maruz kalmanın oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. Helen Wu ve arkadaşlarının çalışmasında yaşamları boyunca en az bir kez cinsel saldırıya maruz kalan adolesanların oranı %21' dir(55). Bir diğer çalışmada erkeklerin %14.2' si, kadınların %32.3' ü çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü bildirmişlerdir(56). Bir başka çalışmada tecavüze uğramış, yaşamı tehdit edilmiş, fiziksel saldırıya uğramış mağdurların %80' inde TSSB gelişmiştir(51). Cinsel saldırı, fiziksel, psikolojik ve sosyal etkileri nedeni ile en ağır travmatik yaşantılardan biridir. Genel populasyon çalışmaları cinsel saldırıların ciddi boyutlarda olduğuna işaret ederken saptanan bu olgular buzdağının sadece görünen kısmıdır. Halen cinsel saldırı adli makamlara en az yansıyan gizli kalmış bir suçtur(57).

2.3.4. Etiyoloji

TSSB' nin oluşumunda üç etkenin önemi belirtilmektedir. Bunlar; travmanın niteliği ve şiddeti, travmayla karşılaşan kişinin özellikleri ve travma sonrasında yaşanan ortamın özellikleridir. Ayrıca etnik-kültürel faktörler de kişinin TSSB geliştirme olasılığında ve tedaviye cevabında önemli rol oynayabilmektedir(58). TSSB' nin etiyojisinde belirgin bir travmanın temel rol oynamasına karşın, hastalığın ortaya çıkmasında birden fazla etkenin yer aldığı düşünölmektedir. Aynı

travmatik olayı yasayan herkeste TSSB ortaya çıkmamaktadır. Benzer bir biçimde, sıradan gibi görünen ya da çoğu insan için bir felaket gibi görünmeyen birtakım olaylar, söz konusu olayın kişi için öznel bir anlamının olması nedeniyle TSSB' ye neden olabilmektedir. Stres kaynağı, bozukluğun ortaya çıkması için gerekli ise de yeterli değildir. Olayın hasta için öznel bir anlamının olması gerekmektedir. Çeşitli etnik-kültürel, psikolojik, fiziksel, ailesel ve sosyal etkenler bozukluğun patogenezinde yer almaktadır(59,60).

Stres Etkenleri (Stresör)

TSSB' nin gelişimi için travmatik bir yaşam olayının olması ICD ve DSM gibi yaygın olarak kullanılan sınıflandırma sistemlerinde şart koşulmuştur. İlk olarak sınıflandırma sistemlerine girdiği DSM-III' ten bu yana yapılan tartışmalar ve tanımlamadaki kısıtlılıkların vurgulanması nedeni ile travmatik olayın olması dışında öznel algılamayı da göz önünde bulunduran korku, dehşet ve çaresizlik gibi duyguların olmasının gerektiği tanıma eklenmiştir. Bu düzenleme ile kısmen daha kabul gören bir tanımlama olsa da, travmanın tanımı ve öznel algının ölçülmesi ile ilişkili konularda halen yoğun tartışmalar mevcuttur(5). Üzerinde çalışılan DSM-V ve ICD-11' de de bu tanımlamalarda bazı değişiklikler yapılması beklenmektedir.

Risk Etkenleri

Ölüm tehdidi içeren herhangi bir olay o kadar travmatik olabilir ki aslında bunu yaşayan herkesin TSSB geliştireceği düşünülebilir. Ne var ki travmatik bir olay yaşayan insanların büyük çoğunluğu olayı ruhsal sorunlar geliştirmeden atlatabilmektedir(61). Bu yüzden travmatik bir deneyimden sonra kimlerin TSSB riski altında olduğu, travmatik olaylar sonrası uygulanabilecek önleyici psikolojik müdahale modelleri geliştirmek ve risk gruplarına ulaşabilmek için yapılan araştırmalarda önemli bir sorudur(61-63).

Bu nedenle TSSB' nin etiolojisini inceleyen çalışmalar hastalığı ortaya çıkaran çeşitli risk faktörlerini belirlemişlerdir. Stresörün hasta için öznel bir anlamının olması, stres kaynağı ile karşı karşıya kalma süresinin uzaması, stresörün ani olması (hazırlıksız olma), katastrofik olması, insanlar tarafından oluşturulması, ölüm tehdidi içermesi, fiziksel yaralanma ile birlikte olması, gaddarlık ve insanlık dışı bir olayı

içermesi, kişinin suçluluk duygusu (hayatta kalma suçluluğu) taşıması, çok sayıda kişinin maruz kalması, travmanın şiddetini arttıran etkenler olarak sayılabilir(60,64).

Kişinin yatkınlığı olduğunu gösteren etkenler, stres kaynağının algılanan şiddetini etkileyerek travma karşısında verilen ruhsal tepkinin şiddetini arttırmaktadır. Ağır stresörlerde, kişisel faktörler önemini yitirirken, hafif stresörlerde önem kazanmaktadır. Bunlar; erken çocukluk dönemindeki örseleyici yaşantılar, borderline, paranoid, antisosyal ya da bağımlı kişilik özellikleri gösterme, içe dönüklük, nevroitiklik faktörleri, sosyal desteklerin yetersiz olması, psikiyatrik bir hastalık geliştirmeye genetik-yapısal bir yatkınlık taşıma, son zamanlarda stresli yaşam değişimlerinin olması, psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunması, önceden alkol veya ilaç kötüye kullanım öyküsünün olması, 10 yaşına gelmeden anne-babanın ayrılması, çok genç ve çok yaşlı olma, hipnoz edilebilme özelliği gibi değişkenlerdir(13,16,18).

Travma sonrasında gelişen olumsuz yaşam olayları da TSSB belirtilerinin direnç kazanmasına neden olmaktadır. Bunlar artçı depremler gibi travmanın tekrarlanması, aileden ayrılma, yeni bir yere yerleşme, barınma sorunları, işsizlik ve daha önce sunulan hizmetlerin kaybı gibi sorunlardır ve psikiyatrik morbiditeyi arttırmırlar(16,18). Felaketi izleyen günlerde insanların başlarına gelen felaketten sorumlu tutulmaları ya da kendi kendilerini sorumlu tutmaları nedeniyle retravmatizasyonun ortaya çıktığı belirtilmektedir. Travma sonrasında yaşanan ortamın destekleyici olup olmaması, bireyin yardım ağı ve destek kaynakları ve bireyin bu destek kaynaklarından yararlanabilmesinin kolaylığı veya zorluğu travmanın etkisinin çabuk atlatılıp atlatılamayacağını, TSSB' nin kronikleşip kronikleşmemesini belirleyen önemli etkenlerdir. Retravmatizasyonun oluşması genellikle sosyal desteğin yetersizliğine işaret etmektedir(16).

Psikodinamik Teoriler

TSSB' nin psikoanalitik modeli, travmatik yaşantının çözümlenmemiş iç çatışmayı harekete geçirdiği varsayımına dayanmaktadır. Freud, şiddetli travmaların tüm savunma düzeneklerini aşarak ağır, acı verici şekilde yaşandığını, bastırma savunmasının yetersiz kaldığını, egonun bununla baş etme gücünün kalmadığını ileri sürmektedir. Freud' a göre, egonun aşırı yüklenmesine neden olan travmayla ilk karşılaşan koruyucu mekanizmanın zorlanması sonucu, bireyin doğal uyum

kapasitesi yıkıma uğrar ve kişi, tekrar kompulsiyonu gibi ilkel savunma biçimlerine regrese olur. Rahatsız edici olay ya da olayların rüyada veya dissosiyatif epizodlarla tekrar tekrar yinelenmesinde, olayı pasif olarak yaşamının çaresizliğinden kurtulup, travmatik olayı aktif olarak yeniden kurarak egoya uyumlu hale getirme çabası vardır(65).

Bilişsel Teoriler

TSBB' yi açıklamaya yönelik olarak çeşitli bilişsel teoriler formülize edilmiştir. Horowitz, TSSB' nin kişinin olay karşısındaki tehdit algısını bilişsel şemalarına özümseme ihtiyacı ile duygusal ve fizyolojik uyarılmayı normal seviyede tutma ihtiyacının çelişmesinden kaynaklandığını savunmuştur. Ancak kişi uyarılmayı azaltmaya çalışırken özümseme sürecine engel olabilir, bu da yeniden yaşama (flashback) belirtilerinin daha fazla yaşanmasına zemin hazırlayabilir(66). Bir başka teoriye göre travmatik olayın kişinin kendisine ve dünyaya ilişkin oluşturduğu bilişsel şemaları bozduğu, bu yüzden şemalar yeniden yapılanırken içlerinde olumsuz ve uyumsuz inançlarında yer almaya başladığı öne sürülmüştür(67).

Bilgi işleme teorileri TSSB' yi travmatik olayın işlenmesindeki bir bozukluğa bağlar(68-70). Bu teorilere göre uyaranlarla ilgili bilgi, sözel, davranışsal fiziksel tepkiler ve bunların anlamları kişinin belleğinde "korku" yapıları olarak yerleşirler. Bu yapıların ortadan kalkması için tedavide onların önce aktive edilmesi sonra da doğru bilgi verilerek içerdikleri bilginin düzeltilmesi gerekir.

TSSB' yi açıklamaya çalışan bir diğer bilişsel teori de kişinin kendisine ve dünyaya yönelik sahip olduğu temel varsayımların sarsılmasını temel alır. Bu teoriye göre insanların temel varsayımlarının merkezinde; dünyanın iyi ve güvenli bir yer, dünyadaki olayların anlamlı, kişinin kendisini değerli bir varlık olarak algılaması yer alır. Bu varsayımlar kişinin dokunulmazlık (kendisinin başına kötü olaylar gelmeyeceği) inancına yol açar. Travmatik olay bu dokunulmazlık algısını sarsar, kişiyi tehlike ve ölüm tehdidi ile yüzleştirir(69). Bu ani karşılaşma bazı kişilerde travmaya yönelik anlamlı ve kabul edilebilir bir açıklama bulamama veya dünyanın güvenli ve adil ve düzenli bir yer olduğuna yönelik varsayımların yıkılması sonucunu doğurur(71). Bunun sonucunda mağdur travma sonrası stres sorunları yaşamaya,

kendini güvensiz ve çaresiz hissetmeye, dış dünyayı güvensiz olarak algılamaya başlar(72-76).

Yine başka bazı teoriler travmatik olayın bilişsel işlevler üzerine yaptığı değişiklikten ziyade kişinin hali hazırda sahip olduğu işlevlerinin belirleyici olduğunu savunur. Bu teorisyenler travmatik bir olayın ruhsal sorunlara yol açıp açmayacağını olayın algılanmasıyla bağlantılı olduğunu öne sürmüşlerdir(77,78). Bu düşünceye göre travmatizasyon olayın şiddeti ile baş edebilecek baş etme kaynaklarının olmadığı algısından kaynaklanır. Aynı şekilde atıf/yükleme teorileri travmatik olay meydana geldiğinde insanların bunu anlamak, kestirmek ve kontrol edebilmek için çevrelerine ve yaşadıkları olaylara yönelik atıflarda bulunduğunu ve kişinin yaptığı atfın niteliğinin onun olaya nasıl tepki vereceğini belirlediğini savunur(78-80).

Davranışçı Teoriler

Davranışçı kurama göre TSSB' de iki etkenli bir öğrenme sürecinden söz edilmiştir. Birinci dönemde, bir travmaya (koşulsuz uyarıcı) maruz kalan kişi, travmanın merkezinde olan olay, görüntü ve düşüncelerden ya da travmanın yakınında (koşullu uyarıcı) oluşan durumlardan üzüntü duyacağını öğrenir. Dolaylı öğrenme (instrumental learning, operant condition) ise ikinci etkeni oluşturur. Hem koşullu hem de koşulsuz uyarıcılardan kaçınma, kaygıda azalmayı sağlamak için süreklilik kazanır. Sonuçta çok fazla uyarıcıya genelleştirilebilir ve bunlar uyarılmışlık durumlarının oluşmasına neden olur(81).

Biyolojik Teoriler

Stres sırasında çeşitli nörotransmitter sistemlerinde de çeşitli değişiklikler ortaya çıkmaktadır.

Nörotransmitter Sistemleri

Noradrenerjik Sistem

Noradrenalin (NA) organizmanın tehlikelerle başa çıkabilmesi için temel nörotransmitter olarak kabul edilmektedir. Noradrenalinin en fazla poststaki Locus

Ceruleus (LC)' ta yer aldığı saptanmıştır. Bu çekirdek “travma merkezi” olarak adlandırılmaktadır. Korku ve alarm yanıtlarına aracılık eder(82). LC' un tahrip edilmesi hayvanlarda aldırılmaz bir biçimde cesaretle tehlikeli davranışlar yapılmasına neden olur(83).

TSSB' de en çok incelenen sistem olan noradrenerjik sistem anksiyete, korku, uyanıklık ve seçici dikkatte rol oynamaktadır. Ayrıca bellek ve öğrenmede önemli bir yere sahiptir. Travma ile ilk kez karşılaşıldığında noradrenalin sentez ve salınımında artış olur, ancak tekrarlayan stres sırasında sentezin hipotalamus, hipokampus, amigdala, LC ve korteks gibi bölgelerde tüketilen noradrenalinin karşılamadığı düşünülmektedir(84). Buna bağlı olarak, yani aşırı tüketime bağlı noradrenalin eksikliği postsinaptik adrenerjik reseptörlerde duyarlılık artışına ya da upregülasyona neden olmaktadır. Tüketim sonucu aşırı üretim, tekrarlayan hafif stresler karşısında bile koşullanmış bir cevap olarak kendini gösterir. LC' u baskılayan trisiklik antidepressanlar (TCA), monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI), benzodiazepin, etanol ve noradrenerjik blokaj yapan klonidinin TSSB semptomlarını hafifletmesi(84,85) ve katekolamin depolarını boşaltan metil tirozin, rezerpin, yohimbin ve kokain gibi ilaç ve maddelerin TSSB semptomlarını arttırması(86) bu yolla olmaktadır. Vietnam gazileri ile yapılan bir çalışmada 24 saatlik idrarda noradrenalin metabolitlerinin artmış olduğu saptanmıştır(87).

Dopaminerjik Sistem

Stres yaratan bir yaşantı medial prefrontal kortekste dopaminerjik sistemi aktive eder. Prefrontal kortekste ve nükleus akkumbenste dopamin metabolitlerinde artış görülür(82,83,85,88,89). Bellekle ilişkili olan prefrontal korteksin stres sonrası aktive olması nedeni ile TSSB' de görülen bellek bozukluklarının dopaminerjik sistem ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür(90).

Serotonerjik Sistem

Serotonerjik sistemin noradrenerjik sistem ile yakın ilişkisi nedeni ile TSSB patogenezinde rol aldığı düşünülmektedir. Hastaların büyük kısmının serotonin geri alınımını engelleyen ilaçlardan (SSGI) yarar görmesi bu görüşü desteklemektedir(91).

Serotonin düzeyinde azalmanın agresyonu arttırdığı, serotonin öncülü veya agonisti ajanların da agresyonu azalttığı tespit edilmiştir(92).

Opioid Sistemi

Kontrol edilemeyen stres endojen opioid sisteminde bazı değişikliklere yol açmaktadır(82). Kontrol edilemeyen stres ile karşılaşan hayvanlarda stresin tetiklediği analjezinin ortaya çıktığı görülmüştür(93). Eğer önceden gelişmiş duyarlılık söz konusu ise, kontrol edilebilen stresler de analjezi oluşturabilmektedir. Naloksan gibi opiyat reseptör blokerlerinin stresin oluşturduğu analjeziyi önlemeleri etkinin opiyat sistemi aracılığı ile olduğunu göstermiştir(94). Van der Kolk ve ark. endojen opiyat salınımının travmaya eşlik eden dissosiasyon ve psişik uyuşmada da rol oynadığını ileri sürmektedirler(82). Opiyatlar LC nöronlarının ateşlenme hızını düşürmekte, böylece uyarılmayı azaltmaktadır(93). Opiyat yoksunluğu belirtileri (anksiyete, iritabilite, öfke patlamaları, uykusuzluk, uyarılabilirlik, duygusal labilite vb.) TSSB belirtilerine benzemektedir. Bu iki durum biyolojik olarak aynı etiyojolojiye sahip kabul edilebilir(95).

Savaş sonrası TSSB gelişen ve gelişmeyen askerler üzerinde yapılan bir çalışmada, yalnız TSSB gelişen deneklerde savaş filmi izlerken analjezi ortaya çıktığı ve bu analjezinin bir opiyat reseptör blokeri olan naloksan ile engellenebildiği görülmüştür(94).

GABA ve Glutamat

Alkol ve benzodiazepinlerin TSSB hastalarındaki belirtilerde rahatlama sağlaması GABA ile ilgili çalışmaları artırmıştır. GABA ile yakın ilişkili olan glutamat sistemi de yine TSSB ile ilişkilidir. Aşırı stres sonucu GABA sisteminde down regülasyon ve glutamat sisteminin etkinliğinin artmasının travmatik anıların belleğe yerleşmesinden sorumlu olduğu ve bununda izleyen dönemdeki “yeniden yaşantılama-flashbackler” ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür(96). Kontrol edilemeyen bir strese maruz kalan hayvanlarda benzodiazepin reseptörüne bağlanma miktarı %30 azalmaktadır(97). TSSB’ si olan hastalarda medial prefrontal korteksteki benzodiazepin reseptörlerinde azalma veya afinite azalması gözlenmiştir(98).

Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal Eksen (HPA)

İnsan ve hayvanlarda strese cevap olarak görülen temel endokrin tepki HPA aktivasyonudur(99). Bu aktivasyon, hipotalamusun paraventricüler çekirdeğinden portal venöz dolaşıma çıkan CRF tarafından başlatılır. CRF salınması ön hipofizden ACTH ve β endorfin salınmasına neden olur. ACTH ise dolaşıma geçerek adrenal korteksten glukokortikoid salınmasına yol açar. Stresörle artan CRF, LC' ta bulunan reseptörleri vasıtasıyla bir yandan da LC noradrenerjik aktivitesini artırmaktadır. Hipotalamustan CRF salınması hipokampustan gelen inhibitör uyarılarla kontrol edilir(100). Glukokortikoidler, noradrenerjik sistem ile birlikte stres yaratan durum karşısında, stresle başa çıkmayı ortalama düzeyde tutabilmek için bedende ortaya çıkan kardiyovasküler tonusta artış, kaslarda enerji birikimi, bağışıklık sisteminin harekete geçirilmesi, üreme fizyolojisi, iştahın baskılanması, beyin kan akımında ve bilişsel fonksiyonlarda artış gibi değişikliklerden birinci derecede sorumludurlar(101,102). HPA eksen aktivasyonu dışında CRF' nin direkt etkileri de önemli rol oynar. İntraserebroventriküler olarak hayvanlara uygulanan CRF karakteristik anksiyete davranışını oluşturmakta ve LC nöronlarının ateşlenme hızını arttırmaktadır(103,104).

Akut stres döneminde CRF, ACTH ve periferik kortizol düzeylerindeki artışın TSSB belirtilerinden anksiyete, korku, bellek dalgalanmaları ve aşırı uyarılmadan sorumlu olabileceği düşünülmektedir. Noradrenerjik sistemle CRF-HPA sistemi arasında karşılıklı bir uyarım söz konusudur. Kronik TSSB olan Vietnam gazilerinde yapılan çalışmalarda kortizol seviyeleri düşük, deksametazon supresyon testinde de süpersupresyon olduğu ve CRF ye ACTH yanıtlarının da anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür(103).

Sonuç olarak travmayla ilişkili olarak ortaya çıkan endokrin değişikliklerin değerlendirildiği bir derlemede TSSB bulunan kişilerde glukokortikoidlere daha uzun süre ve daha yüksek şiddette maruz kalma sonucu hipokampal hacimde küçülme olduğu saptanmıştır(105-107). TSSB' de zamanla kortizol değerlerinin düştüğü belirtilmişse de, travmaya maruz kalan bireyler travmayı ilk yaşadıkları dönemde ve stres etkeni ile karşılaştıkları akut dönemde kortizolün yükseldiği düşünülmektedir(20).

Travma ve Nöroanatomik-Nörofizyolojik İlişki

TSSB’deki nöral devreler, duyuşsal uyarıların ana giriş kapısı olan talamus, kısa dönem bellek ve olaya ait korku ile ilişkili olan hipokampus, koşullu korku yanıtı ile ilişkili olan amigdala, posterior singulat, görsel uzaysal süreçler ve tehdit algısının değerlendirilmesi ile ilişkili olan pariyetal ve motor korteks, anterior singulat, orbitofrontal ve daha ilkel subkortikal yanıtları inhibe ettiğine inanılan subkallozal girustan oluşan medial prefrontal korteks arasındaki karmaşık etkileşimleri kapsamaktadır(108).

Bremmer ve ark. TSSB’ si olan Vietnam gazilerinde sağ hipokampus hacminin kontrol grubundan daha küçük olduğunu ve bunun da sözel bellekte bozukluğa yol açtığını göstermişlerdir(109). PET ve SPECT çalışmalarında sağ hemisfer limbik yapılarda, sol paralimbik yapılarda ve sağ ikincil görme alanında akım artışı, sol inferior frontal (Broca Alanı) ve sol orta temporal kortekste akım azalması bulunmuştur(110).

Sonuç olarak; TSSB’ de şimdiye kadar yapılan görüntüleme çalışmaları hipokampus, medial prefrontal korteks, pariyetal korteks ve anterior singulat gibi belli beyin bölgelerine işaret etmekte ve bildirilen bu anatomik bölgelerdeki anormallikler, TSSB’ de ortaya çıkan belli başlı semptomlarla yakından ilişkili gibi görünmektedir(111-115).

2.3.5. Klinik Özellikler

Travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, travmatik olay öncesinde olan, travma esnasında ve sonrasında ortaya çıkan bir çok faktör tarafından belirlenmektedir(25). Mağdurun yaşadığı travmatik olayı özümseyip, anlamlandırması süreci TSSB’ nin klinik görünümünü şekillendirir. Bu süreç kabaca 5 aşamada gerçekleşir;

1- Karmaşa Aşaması: Bu dönem “şok” aşaması olarak da adlandırılır. Mağdur kontrolünü kaybeder, travmatik olay üzerinde kontrol sağlamak için bilinçli bir çaba bu dönemde gösteremez. Travma mağdurunun olayla ilgili öznel algısına bağlı olarak güvende olduğu hissi oluşuncaya dek ya da travmatik olayın “ilk vuruş etkisi” ortadan kalkıncaya kadar sürmektedir.

2- Rahatlama ve Şaşkınlık Aşaması: Travmanın “vuruş etkisi” ortadan kalktıktan sonra geçici bir rahatlama olur. Ardından şaşkınlık döneminde mağdurda “ne oldu?, neden oldu? ve bu olayın sonuçları neler olabilir?” sorularıyla bir yargılama süreci başlar.

3- Kaçınma Aşaması: Bu aşamada mağdur travmayı çağrıştıran her türlü uyardan kendini uzak tutmaya çalışır. Bu yüzden sosyal ortamlardan kaçınır ve içe kapanır. Kaçınma korku, gerginlik ve huzursuzluğu geçici olarak hafifleten bir başa çıkma yöntemidir.

4- Yeniden Değerlendirme Aşaması: Travma ile yeniden yüzleşme aşamasıdır. Mağdur travmatik süreci zihninde tekrar gözden geçirir. Yapmaya çalıştığı, kendiliğini en az yaralayacak şekilde travmatik olayın öyküsünü yeniden yazmaktır. Tekrarlayarak, anlatarak, bu haliyle kabul edilmesi çok zor olan travmatik gerçekliği, kendilik imgesine yerleştirmeye çalışır. Bu dönem çok uzun sürebilir, hatta aşılamayabilir.

5- Uyum Aşaması: Travmaya maruz kalan bireyin bu son döneme ulaşabilmesi için, olayı, olay esnasındaki davranışlarını ve izleyen süreçte yaşananları özümsemesi gerekir. Uyum dönemine ulaşmada kişinin travma öncesi bazı özellikleri yanında, stresle baş etme gücü, travmatik olayın şiddeti, görülen zararın düzeyi, olay sonrası yeterli toplumsal, ruhsal, tıbbi destek görüp görmeme gibi etkenler belirleyici rol oynar(116).

Bu süreçle ilişkili olarak TSSB belirtileri, klinikte üç ana grupta ele alınır(25).

1. Travmatik Olayın Tekrar Tekrar Yaşanmasıyla İlgili Belirtiler: İstem dışı yinelenen düşünceler, duygular veya bedensel belirtiler şeklinde travmatik olayın yeniden anımsanmasıdır. Travmatik olayı çağrıştıran bir uyaranla karşılaşan kişi, aynı olay sanki yeniden oluyormuş gibi hisseder ve davranır. Tekrar yaşantısı, genellikle travmatik olayla ilgili canlı görsel imgeler ve o sırada yaşanan bedensel duyumların yaşanması şeklindedir(117).

2. Kaçınma Belirtileri: Kişi travmatik olayı anımsatan her türlü etkinlikten uzak durur. Kişi travmayı çağrıştıran duygular, düşünceler ve ortamlardan bilinçli olarak kaçınmakta ve bu durumdan yakınmamaktadır. Travma sonucu sevdiklerini kaybedenlerin, yeniden sevme bağlanma korkusu taşıdıkları için, insanlardan uzak durmaya, yakın ilişkiler kurmamaya çalıştıkları ifade edilmektedir. Sevgi, bağlanma

gibi duygular travmatik olayı tekrar canlandırabileceği, bununda kaçınma davranışlarına yol açabileceği belirtilmektedir. Ortaya çıkan kaçınma belirtileri nedeniyle TSSB olgularında çevreye yabancılaşma ve içe kapanmanın yanı sıra, çevrede olanlara karşı göreceli yanıtızlık gelişebilmektedir. Duygusal tepkileri azalmış ya da kısıtlanmış olan bu bireylerde sevgi, yakınlık, paylaşım, cinsellik gibi duyguların eskisi gibi yaşanmadığı bir “duygusal anestezi” ‘den söz edilmektedir(118).

3. Artmış Uyarılmışlık Belirtileri: Bu belirti grubunda uyku bozuklukları ön plandadır. Sıklıkla uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede bozukluk biçiminde görülür. Hasta uykusunu kabusların böldüğünden yakınır. TSSB tanısı alan kişilerde uyku sırasında şiddetli kol, bacak ve vücut hareketleri olabilir. Bunun yanında uyarana tepki verme eşiğinin düşmesi (irritabilite), öfke patlamaları, yoğunlaşma güçlüğü, irkilme tepkileri ortaya çıkar. Travmatik olay her an tekrar yaşanacak duygusu aşırı tedirginlik ve tetikte olma hissi, kendini diken üstünde hissetme TSSB tanısı konulan bireylerde en yaygın görülen aşırı uyarılma belirtisidir. Ses, ışık, dokunma gibi uyaranlara aşırı irkilme tepkisi verme, çarpıntı, solunum sıkıntısı, yerinde duramama gibi sempatik hiperaktivasyona bağlı belirtiler de bu belirti grubunda sayılabilir(27).

2.3.6. Tanı ve Eşik altı (Subsendromal) Durumlar

Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri ve halen üzerinde çalışmalar devam eden DSM-V’ te yapılması düşünülen düzenlemeler bu bölümde ele alınmıştır.

Akut Stres Bozukluğu

TSSB’ nin ilk tanımlandığı DSM-III’ te ASB tanısı yer almamıştır. TSSB travmatik olaydan hemen sonraki ilk 6 ayda gelişmiş ve 6 ay sürmüştü Akut TSSB, 6 aydan daha fazla sürmüştü Kronik TSSB olarak tanımlanıyordu. DSM-III-R’ de önemli bir değişiklik yapılarak TSSB tanısı konulabilmesi için belirtilerin en az 30 gün sürmesi koşulu getirilmiştir. Bu değişiklikle amaçlanan travmatik olaydan hemen sonra ortaya çıkan ve pek çok kişide görülen ruhsal tepkileri normalize etmek, bir başka deyişle travmaya verilen sağlıklı ve sağlıklı olmayan tepkileri ayırabilmektir.

TSSB tanısının travma sonrası 30 gün içerisinde kendiliğinden iyileşmeyenlere konulabilmesi, travmatik olay sonrasında ilk 30 gün içerisinde, TSSB tanı ölçütlerini karşılayan belirtileri olmasına rağmen hastalara travma ile ilgili bir tanı konulamamasını veya UB gibi tanıları konulmasını getirmiştir. Bu açığı kapatmak amacıyla DSM-IV' e ASB tanısı eklenmiştir(25).

ASB' de belirtilerin 2 günle 30 gün arasında ortaya çıkıp kaybolması gerekmektedir. Belirtiler 30 günden sonrada devam ediyorsa tanı TSSB olarak değiştirilir. ASB ile TSSB arasındaki en önemli farklılık ASB tanısı koyabilmek için travma sırasında veya sonrasında 5 dissosiyasyon belirtisinden (derealizasyon, depersonalizasyon, uyuşma-yabancılaşma, afallama, dissosiyatif amnezi) en az üçünün bulunmasıdır(5). ASB' de çekirdek belirti grubunun dissosiyatif belirtiler olması klinikte bazı zorluklar çıkarmaktadır. TSSB belirtilerini karşılayan ancak dissosiyatif belirti vermeyen hastalara travmayla ilişkili herhangi bir tanı konulamamaktadır. Fiziksel saldırıya uğramış mağdurlar üzerinde yapılan bir çalışmada, travma sonrasında mağdurların tümü TSSB tanı ölçütlerini karşılarken, yalnızca %43' ü ASB tanısı alabilmiştir(119). ASB tanısı konulanların daha yüksek olasılıkla TSSB geliştirdikleri ve prognozun daha kötü olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir(119). ASB' nin çekirdek belirtileri olan dissosiyatif belirtilerin travma sırasında veya sonrasında bulunması kişinin ileride TSSB geliştireceğini gösteren önemli bir etken olarak yorumlanmaktadır. Bazı çalışmacılar ise ASB geliştirenlerin genellikle travma öncesi psikopatolojilerinin bulunduğunu, depresyon ve anksiyete düzeylerinin travma öncesi de yüksek olduğunu ve bu bağlamda ASB' nin ayrı bir bozukluktan çok, TSSB belirtilerinin daha şiddetli ortaya çıktığı bir klinik tablo olduğunu ileri sürmüşlerdir(119).

ICD-10' da olağandışı bir fiziksel veya ruhsal strese yanıt olarak gelişen ruhsal tablo "Akut Stres Tepkisi" (ASR) olarak sınıflandırılmıştır. ASR belirtilerin stresli uyarının veya olayın etkisinden sonra dakikalar içinde ortaya çıktığı ve 2-3 günde kaybolduğu tamamen ayrı bir sendrom olarak tanımlanmıştır(25).

DSM-IV-TR' ye göre Akut Stres Bozukluğu Tanı Ölçütleri

A- Aşağıdakilerin her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:

1. Kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir,

2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır,

B- Sıkıntı doğuran olayı yaşarken ya da bu olayı yaşadktan sonra kişide aşağıdaki dissosiyatif semptomlardan üçü (ya da daha fazlası) bulunur:

1. Öznel uyuşukluk, dalgınlık duyuları ya da duygusal tepkisizlik,

2. Çevrede olup bitenlerin farkına varma düzeyinde azalma (örneğin “afallama”)

3. Derealizasyon,

4. Depersonalizasyon,

5. Dissosiyatif amnezi (travmanın önemli bir yanını anımsayamama),

C- Travmatik olay şunlardan en az biri yoluyla sürekli olarak yaşanır:

1. Göz önüne tekrar tekrar gelen görüntüler,

2. Tekrarlayan düşünceler, rüyalar, illüzyonlar, “flashback” epizodları,

3. O yaşantıyı yeniden yaşar gibi olma,

4. Travmatik olayı anımsatan şeylerle karşılaşınca sıkıntı duyma,

D- Travma ile ilgili anıları uyandıran uyaranlardan belirgin kaçınma (örneğin düşünceler, duygular, konuşmalar, etkinlikler, yerler, insanlar).

E- Belirgin anksiyete ya da artmış uyarılmışlık semptomları: (uyumakta zorluk çekme, irritabilite, düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü, hipervijilans, aşırı irkilme tepkisi gösterme, motor huzursuzluk).

F- Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur ya da bireyin travmatik yaşantısını aile bireyelerine anlatarak kişisel destek kaynaklarını harekete geçirmek ya da yardım almak gibi gerekeni yapmasının peşinde koşma yetisini bozar.

G- Bu bozukluk en az 2 gün, en fazla 4 hafta sürer ve travmatik olaydan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkar.

H- Bu bozukluk bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir, kısa psikotik bozukluk olarak açıklanamaz ve

daha önceden var olan bir eksen I ya da eksen II bozukluğunun sadece bir alevlenmesi değildir(5).

DSM-V' te ASB tanı ölçütlerinin revizyonu beklenmektedir. Henüz çalışmalar devam etmekle ve kesin netleşmiş hali olmamakla beraber APA tarafından uzun süredir üzerinde çalışılmakta ve 2013' te yayımlanması planlanmaktadır. DSM-V' deki yeni ASB tanı ölçütleri ve DSM-IV ile DSM-V arasındaki farklılıklar ve tartışmaların devam ettiği alanlar aşağıda ele alınmıştır(120).

DSM-V' te Planlanan Akut Stres Bozukluğu Yeni Tanı Ölçütleri

A. Kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da ağır yaralanma tehdidi, gerçek bir tecavüz ya da tecavüz tehdidinden biri veya daha fazlasını aşağıdaki yollardan biri ya da birden fazla yolla yaşamıştır:

1. Olay(lar)ı kişinin kendinin deneyimlemesi,
2. Olay(lar)ın başkalarının başına gelmesine şahit olmak,
3. Yakın akraba veya arkadaşlarının, şiddet içerikli bir olay veya kaza sonucu gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi yaşamış olduklarını öğrenmek,
4. Olay(lar)ın tiksindirici detaylarına aşırı düzeyde veya tekrarlı bir şekilde maruz kalma.(örn. Vücut parçalanmalarını gören ilk müdahale ekibi çalışanları ve tekrarlı bir biçimde çocuk istismarı detaylarına maruz kalan polisler gibi). Bu maruz kalma iş ile ilişkili olmadığı sürece elektronik medya, televizyon, filmler, veya fotoğraflarla maruz kalmayı içermez,

B. Travma olay(lar)ını yaşamadan veya olaydan sonra daha kötüleşmeden önce bulunmayan aşağıdaki 8 (ya da daha fazla) semptomun varlığı:

Yeniden Yaşantılama Semptomları

1. Travmatik olayın kendiliğinden veya anımsatan bir yaşantı sonrasında tekrarlı, istemsiz, ve sıkıntı yaratan hatırlaraları,
2. İçeriği veya duygudurumu travmatik olayla ilişkili tekrarlı sıkıntı yaratan rüyalar,
3. Travmatik olayın yeniden oluyormuş gibi hissedildiği veya yaşandığı disosiyatif reaksiyonlar(örn. flashbackler),
4. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran içsel ya da dışsal olaylarla karşılaşma sonrasında yoğun veya uzun süren bir psikolojik sıkıntı yaşama,

Disosiyatif Semptomlar

5. Subjektif bir uyuşma, diğer insanlardan kopma duyumu ve normalde duygusal bir tepki verilen olaylara karşı duygusal tepkilerin azalması,

6. Kişinin çevresi ve kendisi ile ilgili gerçeklik algısının değişimi (örn. kendisini başkalarının gözünden değerlendirebilmek, zaman yavaşlaması, şaşkınlık/afallama hali),

7. Travmatik olay(lar)ın önemli bir yönünü hatırlayamama. (tipik olarak disosiyatif amnezi; kafa travması alkol veya uyuşturuculara bağlı olmayan),

Kaçınma Semptomları

8. Travmatik olayı hatırlatan düşünce, diyalog ve duygulardan kaçınmak için süregelen bir çaba gösterme,

9. Travmatik olayı hatırlatan aktivite, yer ve fiziksel hatırlatıcılardan kaçınmak için süregelen bir çaba gösterme,

Aşırı Uyarılmışlık Semptomları

10. Uyku bozuklukları (örn. uyumakta ve uykuyu sürdürmekte güçlük veya huzursuz uyku),

11. Hipervijilans,

12. Tepkisel veya agresif davranışlar,

13. Aşırı irkilme tepkileri,

14. Ajitasyon veya huzursuzluk,

C. Bozukluk sosyal, iş veya diğer önemli fonksiyonellik alanlarında klinik olarak anlamlı sıkıntı yaratır.

D. Bozukluğun(B ölçütündeki semptomlar) süresi travma sonrası 3 gün ile 1 ay arasındadır.

E. Bu bozukluk bir maddenin(örn. ilaç ya da alkol) direk fizyolojik etkilerine veya genel tıbbi bir duruma (örn. travmatik beyin yaralanması, koma) bağlı değildir ve semptomlar Kısa Psikotik Bozukluk semptomlarıyla sınırlı değildir.

DSM-V' te ASB Tanı Ölçütlerinde Yapılması Planlanan Değişikliklerin Özeti ve Süren Tartışmalar

- A1 Ölçütü: Travmatik olayın tanımı ile ilgili eleştiriler devam etmektedir.
- DSM-IV' teki A2 ölçütünün işe yaramadığı düşünülerek A2 ölçütünün

kaldırılması planlanmaktadır.

- B. İlgili semptomlar tek bir kümede birleştirilerek 8 ya da daha fazla sayıda semptom gerekliliği öne çıkarılmaktadır. Semptomlar DSM-IV' teki genel küme tanımları yerine özelleştirilmiştir. Veriler, akut travma sonrası tepkilerin değişkenlik gösterebileceğini ve disosiyatif veya diğer DSM-IV Akut Stres Bozukluğu semptom kümelerini içermek zorunda olmayabileceğini göstermektedir.

- DSM-IV' teki B1' de sadece küçük kelime değişimleri yapılmıştır.
- DSM-IV' teki B2' nin kaldırılması planlanmaktadır. B2' nin başka kelimelerle ifade edilmesinin kültürlerarası daha geçerli olacağı düşünülmektedir.
- DSM-IV' teki B3 ve B4' ün birleştirilmiştir.
- DSM-IV' teki B5' te de sadece küçük kelime değişiklikleri yapılmıştır.
- DSM-IV' teki C Kümesi 4 farklı yeniden yaşantılama semptomu olarak maddelenmiştir. 4-7. maddeler TSSB kriterlerindeki aynı kelimeleri içermektedir.
- DSM-IV' teki D Kümesi 2 ayrı kaçınma semptomu olarak belirlenmiştir. 8 ve 9. maddelerde yer almaları planlanmaktadır.
- DSM-IV' teki E Kümesi 5 ayrı aşırı uyarılmışlık semptomu olarak belirlenmiştir. 10-14. maddelerde yer almaları planlanmaktadır.
- DSM-IV C ölçütünde değişiklik yapılmamıştır.
- DSM-IV D ölçütünde bulunan semptomların devam etmesi gereken en kısa süre olarak tanımlanan 2 gün sürenin, yanlış pozitiflikleri azaltmak için 3 gün olarak değiştirilmesi planlanmaktadır.
- DSM-IV' teki E ölçütünde değişiklik yapılmamıştır.
- Yine alternatif bir seçenek olarak B ölçütündeki konu başlıklarını dahil etmeme konusu ve gerekli semptom sayısı üzerinde çalışma grubunun henüz net olmadığı ve çalışmalarını sürdürdüğü belirtilmiştir(120).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TSSB tanısının konulabilmesi için gereken DSM ölçütleri altı bölüme ayrılmıştır. A ölçütünde travmatik stres etkeni tanımlanmıştır. DSM-IV bu açıdan travmayı kişide güçlü bir yanıtı yol açtığı sürece geniş bir ölçüde tanımlamaktadır. B ölçütünde travmatik olayı sürekli yeniden yaşıyormuş duygularının eşlik etmesinden oluşan beş madde yer almaktadır. C ölçütünde ise travmayı anımsatıcı uyaranlardan

kaçınmayı içeren yedi alan belirtilmiştir. Son olarak D ölçütünde kişinin aşırı uyarılmışlık belirtilerinin değerlendirilmesi yer alır ve beş maddeden oluşur. E ölçütü bu yaşanan belirtilerin 1 aydan uzun sürmesi gerekliliğini içerir. F ölçütü ise bu belirtilere bağlı kişide klinik olarak anlamlı işlevselliğinde bozulma olmasına vurgu yapar. TSSB tanısı konulabilmesi için kişinin en az bir yeniden yaşama, üç kaçınma ve iki aşırı uyarılmışlık belirtisi göstermesi, bu belirtilerin bir aydan uzun sürmesi ve bireyin özel, sosyal ya da mesleki işlevselliğinde bozulmaya yol açması gerekir.

DSM-IV-TR TSSB Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:

1. Kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir,

2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır,

B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır,

1. Olayın elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşlemler, düşünceler ya da algılar vardır (küçük çocuklar travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler),

2. Olayı sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme (çocuklar içeriğini tam anlamaksızın korkunç rüyalar görebilirler),

3. Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyanmak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, hallüsinasyonları ve dissosiyatif “flashback” epizodlarını kapsar),

4. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma,

5. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme,

C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan):

1. Travmaya eşlik eden düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları,
2. Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları,
3. Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama,
4. Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması,
5. İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları,
6. Duygulanımda kısıtlılık (örn. sevme duygusunu yaşayamama),
7. Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (örn. bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama),

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması:

1. Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük,
2. İritabilite ya da öfke patlamaları,
3. Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme,
4. Hipervijilans,
5. Aşırı irkilme tepkisi gösterme,

E. Bu bozukluk (B, C ve D tanı ölçütlerindeki semptomlar) 1 aydan daha uzun sürer.

F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur(5).

Akut TSSB ve Kronik TSSB

DSM-IV' te TSSB belirtileri, 3 aydan daha kısa sürerse , “Akut TSSB” 3 aydan daha uzun sürerse “Kronik TSSB” olarak tanımlanmıştır(5). Akut TSSB ayrımının herhangi bir pratik faydası olmadığı için TSSB’ nin akut ve kronik olarak ayrımının gerekliliği tartışmalıdır.

Gecikmiş Başlangıçlı TSSB

TSSB' nin, travmatik olaydan en az 6 ay sonra ortaya çıkması durumunda bu tanı konulur. Gecikmiş Başlangıçlı TSSB tanısı alan hastaların %90' ının başvurmadan önce de semptomatik olduğu bildirilmiştir. Bu tanıyı alan hastaların bir bölümünü de başka psikiyatrik tanılarla izlenen ve sonra TSSB ile tanı değişikliği yapılanların oluşturduğu bilinmektedir(121).

Karmaşık (Komplex) TSSB

Travmatik olayların süreğen olarak yaşandığı veya travmanın tekrar yaşanması olasılığının yüksek olduğu, bir başka deyişle, “travma sonrası” ’ na uzun bir süre geçmesine rağmen ulaşılamayan durumlarda ortaya çıkan ruhsal tablo “Basit TSSB” ’ den farklı olmaktadır. TSSB’ de “travma sonrası” tanımı travmanın geçmişte olup bittiğini, tekrar yaşanması olasılığının hemen hemen genel popülasyonla eşitlendiğini düşündürmektedir. Belki bir trafik kazası sonrasında veya sel felaketi ardından “travma sonrası” nitelemesi, bireyin travmayla tekrar karşılaşma olasılığında önemli bir değişiklik olmadığını vurgulamak için uygun olabilir. Ancak çocuklukta cinsel-fiziksel-ruhsal kötüye kullanım, eşi tarafından sürekli aşağılanma/dövülme, toplama kampında yaşama, özel tip cezaevlerinde tutulma, zorunlu göç, sıcak savaş ortamında yaşama, işkence görme ve tekrar işkence görme tehdidi altında olma gibi süreğen travmatik olaylarda “travma sonrası”, Basit TSSB’ de olduğundan farklı bir içerik kazanmaktadır. Tekrarlayan travmalarla karşılaşan mağdurların geliştirdikleri klinik tablolar belirtilerin niteliği, şiddeti, kalıcı kişilik değişikliklerine yol açabilmeleriyle daha karmaşık olmaktadır(122,123).

Karmaşık TSSB, Basit TSSB’ den oldukça farklı bir klinik görünüme sahiptir. Bazı çalışmacılar, Karmaşık TSSB ve Basit TSSB farklılığının üç ana başlıkta ele alınabileceğini belirtmişlerdir(12);

1- Belirtiler: Karmaşık TSSB’ de belirtiler değişkenlik gösterir ve bedensel belirtiler sıktır. Belirtiler somatizasyon, dissosiyasyon ve affektif belirtiler başlıklarında toplanabilir. Somatizasyon belirtileri genellikle baş ağrısı, karın, sırt veya bel ağrıları, bulantı, boğulma hissi ve sindirim sistemiyle ilgili çeşitli yakınmalar şeklinde olur. Dissosiyasyon, çocukluk döneminde cinsel ve/veya fiziksel kötüye kullanıma uğrayan kişilerde genellikle çoğul kişilik bozukluğu şeklinde

ortaya çıkar. Affektif belirtiler, genellikle süreğen intihar düşüncelerinin eşlik ettiği şiddetli travmatik depresyon şeklindedir. Hekimlerin tabloyu, sıklıkla salt depresyon olarak değerlendirdikleri, altta yatan travmayı atlayabildikleri bilinmektedir.

2- Kişilik Değişiklikleri: Süreğen travmaya uğrayan mağdurlarda, insan ilişkilerinden kaçınma, güçsüzlük hissi, terk edilme korkusu, edilgenlik, aşırı çekingen veya isyankar davranışlar ortaya çıkar. Mağdur, saldırgan aşıırı düzeyde bağımlılık geliştirebilir (Traumatic bonding).

3- Kendine Zarar Verme ve Şiddete Başvurma: Mağdurlarda, kendine zarar verme ve intihar davranışı görülebilir. Süreğen travmatik yaşantılardan sonra kendine zarar verme ve intihar davranışlarının, tek bir travmatik olay sonrasına göre daha sık ortaya çıktığı bilinmektedir.

Gilboa ve arkadaşları ise ağır yanık vakalarında, yanık tedavisinin çok uzun sürmesi ve kalıcı sekel bırakması nedeni ile TSSB de farklı bir klinik tabloya “Continuous PTSD” olarak tanımladıkları duruma dikkat çekmişlerdir(124). ICD-10’ da toplama kampı yaşantıları, işkence, doğal felaketler, uzun süre yaşamın tehdit altında olduğu koşullarda bulunmanın (rehin alınma, uzun süre her an öldürülme olasılığı ile esir tutulmak gibi), kalıcı kişilik değişikliklerine yol açabileceği belirtilmiş ve bu durumlar, “Travma Sonrası Kalıcı Kişilik Değişikliği” başlığında ele alınmıştır. Bu bozukluğun tanı ölçütleri şunlardır(4):

- a)Dünyaya karşı düşmanca ya da güvensiz bir tutum,
- b)Sosyal çekilme,
- c)Boşluk ve umutsuzluk duyguları,
- d)Sürekli tehdit ediliyormuş gibi kronik bir sinirlilik hali,
- e)Yabancılaşma,

Travma Sonrası Kalıcı Kişilik Değişikliği’ nde, Karmaşık TSSB’ ye göre kişilik değişikliği üzerine daha fazla vurgu yapılmış olsa da, bu iki tanının örtüştüğü söylenebilir(12).

Kısmi (Parsiyel/Eşik altı) TSSB

TSSB’ nin DSM’ de belirtilen tanı ölçütlerinin katı bir biçimde sınırlandırılması çeşitli tartışmaları da birlikte getirmektedir. Bu tartışmalar DSM ölçütlerini karşılamayan ancak işlevselliği bozulan olguları ve DSM ölçütlerini

karşıladığı halde işlevselliği bozulmamış olguları kapsamaktadır. TSSB' nin tanı ölçütlerini tam olarak karşılamayan bir birey, dikkatli değerlendirme sonucunda tedavi gerektiren önemli fonksiyonel bozukluklar gösterebilir. DSM-IV' e göre; "C kümesi" ölçütlerden bir veya ikisini ve/veya "D kümesi" ölçütlerden birisini karşılayan, fakat klinik olarak belirgin fonksiyonel bozulması olan bireylerin "Eşik altı (parsiyel) TSSB" tanısı almaları uygundur(125). Yine bu olgular "borderline" ya da "subsendromal" isimlendirmeleriyle de tanımlanmaktadır. Başka ve son yıllarda daha fazla kabul gören tanılamaya göre DSM-IV' teki TSSB Tanı Ölçütleri B, C ve D ölçütlerinden en az iki tanesinde tanı için gerekli sayıda belirtisi olan ve işlevselliğinde belirgin bozulma gözlenen olgular "Borderline TSSB" olarak tanımlanmaktadır(126).

Sınıflama sistemlerine göre bozukluk sınırlarında tanımlanmayan bu eşik altı görünüm, TSSB' nin seyri ile ilgili belirsizliklere ışık tutacak önemli bir tartışma potansiyelini barındırmaktadır(127). Sınıflandırmanın sınırlarına dayanılarak bakıldığında "normal" olarak değerlendirilen bu olgular, sınıflamanın sınırlarının dışına çıktığında kronik bir TSSB olgusunu tanımlıyor olabilmektedir(128). Böyle bir durumda DSM' nin gösterdiği "Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) Anksiyete Bozukluğu" tanı kodu travma sonrası oluşan gerçek klinik durumu karşılayamamakta, sonuç olarak travmanın etkilerini görünmez kılmaktadır(126,129).

Bununla ilgili yapılan bir çalışmada Vietnam gazilerinde TSSB yaygınlığı erkeklerde %30.9, kadınlarda %26.9 oranında bulunurken, Parsiyel TSSB yaygınlığı %22.5 ve %21.2 bulunmuştur. Türkiye'de Sivas Olayları mağdurlarıyla yapılan çalışmada 79 olgunun 45' inde 18 aylık takip dönemlerinin birisinde "Borderline TSSB" tanısı konulmuştur. Stein ve arkadaşları "parsiyel" olarak tanımladıkları Eşik altı TSSB' nin bireyin iş, özel ve sosyal yaşamında bozukluk yarattığını belirtmişlerdir. TSSB yaygınlığı kadınlarda %5, erkeklerde %1.7 bulunurken, Eşik altı TSSB yaygınlığı %5.7 ve %2.2 bulunmuştur(125).

Bu çalışmaların ortaya koyduğu tartışmalar TSSB olgularının izlem sürecinde gösterdiği belirti kümelerinin kimi zaman tanı ölçütlerini karşılaması kimi zaman karşılamamasının bu bireylerin psikiyatrik değerlendirmesi ve izleminde zorluklara yol açtığı, yine travma sonucunda etkilenen bireylerin sayısının tam olarak bilinmemesi gibi bazı güçlükleri beraberinde getirdiği görülmektedir. Bir diğer

önemli sonuç ise travmaya maruz kaldığı ve birçok ruhsal belirti sergilediği halde tanı ölçütlerini karşılamayan olguların yeterli destek ve tedaviye ulaşamaması ya da yanlış tanı konması nedeniyle uygun tedavinin uygulanmaması sorunudur(13). DSM-V' te TSSB tanı ölçütlerinin revizyonu beklenmektedir. Henüz çalışmalar devam etmekle ve kesin netleşmiş hali olmamakla beraber DSM-V' teki yeni TSSB tanı ölçütleri, DSM-IV ile DSM-V arasındaki farklılıklar ve tartışmaların devam ettiği alanlar aşağıda ele alınmıştır(130).

DSM-V' te Planlanan TSSB Yeni Tanı Ölçütleri

A. Kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da ağır yaralanma tehdidi, gerçek bir tecavüz ya da tecavüz tehdidinden biri veya daha fazlasını aşağıdaki yollardan biri ya da birden fazla yolla yaşamıştır:

1. Olay(lar)ı kişinin kendisinin deneyimlemesi,
2. Olay(lar)ın başkalarının başına gelmesine şahit olmak,
3. Yakın akraba veya arkadaşlarının, şiddet içerikli bir olay veya kaza sonucu gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi yaşamış olduklarını öğrenmek,
4. Olay(lar)ın tiksindirici detaylarına aşırı düzeyde ve/veya tekrarlı bir şekilde maruz kalma.(örn. vücut parçalanmalarını gören ilk müdahale ekibi çalışanları ve tekrarlı bir biçimde çocuk istismarı detaylarına maruz kalan polisler gibi). Bu maruz kalma iş ile ilişkili olmadığı sürece elektronik medya, televizyon, filmler, veya fotoğraflarla maruz kalmayı içermez,

B. Aşağıdakilerden bir ya da daha fazlasının bulunduğu, travmatik olay(lar)dan sonra başlayan ve travmatik olay(lar)la ilişkili yeniden yaşantılama semptomları:

1. Travmatik olayın kendiliğinden veya anımsatan bir yaşantı sonrasında tekrarlı, istemsiz, ve sıkıntı yaratan hatırlanmalar (Çocuklarda travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunların tekrarlı oynanması şeklinde gözlenebilir),
2. İçeriği ve duygudurumu travmatik olay(lar)la ilişkili olan tekrarlı sıkıntı veren rüyalar (Çocuklarda, fark edilebilir içeriği olmaksızın kabuslar görülebilir),
3. Travmatik olayın yeniden oluyormuş gibi hissedildiği veya yaşandığı disosiyatif reaksiyonlar (örn. flashbackler). Bu tür reaksiyonlar bir spektrum şeklinde oluşabilir, en uç noktasını mevcut zaman dilimindeki etrafla ilgili farkındalığın

tamamıyla kaybedilmesi oluşturabilir. (Çocuklarda, oyun içinde travmaya özgü yeniden canlandırma oluşabilir),

4. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran içsel ya da dışsal olaylarla karşılaşma sonrasında yoğun veya uzun süren bir psikolojik sıkıntı yaşama,

5. Travmatik olayı hatırlatan olay(lar)a karşı anlamlı fiziksel reaksiyonlar,

C. Aşağıdakilerden biri ya da daha fazlasının bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli kaçınma (travmadan önce olmayan):

1. Travmatik olay(lar)ı yeniden hatırlatan içsel hatırlatıcılarından (düşünceler, duygular, veya fiziksel duyumlar) kaçınma,

2. Travmatik olay(lar)ı yeniden hatırlatan dışsal hatırlatıcılarından (kişiler, yerler, aktiviteler, nesnelere, durumlar) kaçınma,

D. Aşağıdakilerden üçü ya da daha fazlasının bulunması ile belirli, travmatik olay(lar)dan sonra başlamış veya kötüleşmiş ve travmatik olay(lar)la ilişkili bir biçimde biliş ve duygudurumdaki negatif değişimler (Çocuklarda 2 ya da daha fazlasının bulunması ile belirli):

1. Travmatik olay(lar)ın önemli bir özelliğini hatırlayamama (tipik olarak disosiyatif amnezi; kafa travması, alkol veya uyuşturuculara bağlı değil),

2. Kişinin kendisi, başkaları veya dünya hakkında süreğen ve aşırı negatif düşüncelerinin olması (örn. “Ben kötüyüm”, “Kimseye güvenilemez”, “Ruhumu sonsuza dek kaybettim”, “Tüm sinir sitemim kalıcı bir şekilde mahvoldu”, “Dünya tamamıyla tehlikeli”),

3. Travmatik olay(lar)ın sebep ve sonuçları hakkında süreğen bir şekilde kendini veya başkalarını suçlama,

4. Yaygın negatif duygulanımlar (örn. korku, dehşet, öfke, suçluluk veya utanç),

5. Önemli aktivitelere anlamlı bir ilgi veya katılım kaybı,

6. İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaşma duyguları,

7. Pozitif duyguları deneyimlemede süreğen yeti kaybı (örn, sevgi duyguları deneyimlememe , ruhsal uyuşukluk/hissizleşme),

E. Aşağıdakilerden üçü ya da daha fazlasının bulunması ile belirli, travmatik olay(lar)dan sonra başlamış veya kötüleşmiş ve travmatik olay(lar)la ilişkili bir

biçimde aşırı uyarılmışlık yönünde değişimler (Çocuklarda 2 ya da daha fazlasının bulunması ile belirli):

1. İrritabilite veya agresif davranışlar,
2. Düşüncesizce ya da kendine zarar verici davranışlar,
3. Hipervijilans,
4. Aşırı irkilme tepkileri,
5. Konsantrasyon problemleri,
6. Uyku bozuklukları (örneğin, uykuya dalmakta, uykuyu sürdürmekte güçlük

veya dinlendirici olmayan uyku),

F. Bozukluk (B, C ve D ve E tanı ölçütlerindeki semptomlar) 1 aydan daha uzun sürer.

G. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin diğer önemli alanlarında bozulmaya neden olur.

H. Bu bozukluk bir maddenin(örn. ilaç ya da alkol gibi) direk fizyolojik etkilerine veya genel bir tıbbi duruma (örn. travmatik beyin yaralanması, koma gibi) bağlı değildir.

Geç Başlangıçlı TSSB: Eğer teşhissel eşik olaydan sonra 6 ay veya daha fazla süre aşılmamışsa) (bazı semptomların başlangıcı daha erken olabilir)(130).

DSM-V' te TSSB Tanı Ölçütlerinde Yapılması Planlanan Değişiklikler ve Süren Tartışmaların Özeti

- DSM-IV A1 Ölçütü travmatik olayın tanımı nedeniyle eleştirilmiştir. Yeni tanım A1 Ölçütünü daha netleştirerek travmatik olaylar ve sıkıntı yaratan ancak travmatik eşiği aşmayan olaylar arasında ayırım yapmayı sağlar.
- DSM-IV A2 Ölçütünün işlevinin bulunmadığı düşünülmekte olup kaldırılması planlanmaktadır.
- B1 Ölçütünün TSSB' deki, kendiliğinden veya alevlenmiş tekrarlı, istemsiz, sıkıntı veren anıları, depresif ruminasyonlardan ayırması hedeflenmiştir.
- B2 Ölçütü: Küçük değişimlerle kriterin kültürlerarası daha uyarlanabilir hale getirilmesi hedeflenmiştir.
- B3 Ölçütü: Flashbacklerin disosiyatif deneyimler olduğunu netleştirmiştir.
- B4 Ölçütü: Değişmemiş.

- B5 Ölçütü: Küçük değişiklikler yapılmıştır.
- C1 Ölçütü: Büyük oranda değişmediği gözlenmektedir. Odak noktası subjektif içsel reaksiyonlardan kaçınmadır.
- C2 Ölçütü: Büyük oranda değiştirilmediği gözlenmektedir.
- Odak noktası dışsal davranışlardan veya fiziksel ve geçici hatırlatıcılardan kaçınma üzerinedir.
- C3 Ölçütü: Büyük oranda C1 ve C2' deki kişiler arası hatırlatıcılardan kaçınma üzerine odaklanmıştır.
- D Ölçütü: Yeni Teşhis kümesidir. C ölçütünü doğrulayıcı faktör analizi çalışmalarına dayanarak bölmektedir.
- D1 Ölçütü: Çok küçük değişimler vardır. Psikojenik amnezinin daha spesifik bir formülasyonu gibi görünmektedir.
- D2 Ölçütü: Kişinin kendisi, başkaları ve geleceği ile ilgili olumsuz beklentiler olarak tanımlanan olumsuz gelecek algısı tanımı genişletilerek yeniden formüle edilmiştir. Sinir sistemi ve ruh ile ilgili ekler ölçütü kültürlerarası alanda daha uygulanabilir kılmıştır.
- D3 Ölçütü: Yeni ölçüttür. Travmatik olayla ilgili kendini suçlamayı vurgular.
- D4 Ölçütü: Yeni ölçüttür. Korku, çaresizlik ve dehşete düşme duygusuna ek olarak daha kapsamlı olarak olumsuz duygusal durumları tanımlamaktır.
- D5 Ölçütü: Değişmemiş.
- D6 Ölçütü: Değişmemiş.
- D7 Ölçütü: Değişmemiş.
- E1 Ölçütü: Odak noktasını öfke duygularından (D4' te tanımlanan) agresif davranışlara kaydırarak değiştirir.
- E2 Kriteri: Yeni ölçüt. Odak düşüncesizce ve kendine zarar veren davranışlar üzerinedir.
- E3 Ölçütü: Değişmemiş.
- E4 Ölçütü: Değişmemiş.
- E5 Ölçütü: Değişmemiş.
- E6 Ölçütü: Değişmemiş.
- F Ölçütü: Değişmemiş.

- G Ölçütü: Değişmemiş.
- Akut veya Kronik tanımları kaldırılmıştır. Çünkü bu tür ayrımları destekleyen kanıtlar bulunmamaktadır.
- Gecikmiş başlangıç netleştirilmiştir.

TSSB semptomlarının okul çağı ve ergen çocuklardaki görünümleri DSM-V’te de bulunmaktadır. Önerinin önemli noktalarından biri de DSM-V’teki yeni bir sendrom olan ”Gelişimsel Travma Bozukluğu” sınıfını ekleme önerisidir. DSM-V’te değişik yaş gruplarında kullanılan kriterlerin yaşa özgü ifade edilişleri üzerinde halen çalışılmaktadır(130).

2.3.7. Ayırıcı Tanı

TSSB belirtileri geniş bir yelpaze oluşturur. TSSB; Anksiyete Bozuklukları, Depresyon, Kişilik Bozuklukları ve Psikotik Bozukluklar’ın bir kesişim kümesi gibidir. Bu bozuklukların belirtileri değişik oranlarda ön plana çıkmaktadır. Bu nedenle özellikle Anksiyete Bozuklukları, Depresyon, Uyum Bozukluğu, Madde Kullanım Bozuklukları ile ayırıcı tanısının yapılması önem kazanmaktadır(131).

Psikolojik travmayla birlikte fiziksel travmaya yol açan stresörlere (kafa travması, işkenceye bağlı fiziksel hasar, kötü beslenme vb.) bağlı oluşabilecek Organik Mental Bozukluk ayırıcı tanısının yapılması önemlidir. Bellek bozukluğu, konsantrasyon güçlüğü, ilgi azlığı, konvülfif nöbetlerin olması ve demansiyel belirtiler organik patolojiyi düşündürmelidir(131).

TSSB ile Yaygın Anksiyete Bozukluğu; uyku bozuklukları, irritabilite, konsantrasyon güçlüğü, artmış otonomik uyarılmışlık ve aşırı irkilme belirtileri bağlamında birbiriyle karışabilir(12). TSSB’de olumsuz olan ve kişinin zihnini meşgul eden düşünceler travma ile ilgili iken, Yaygın Anksiyete Bozukluğu’nda endişeler günlük yaşam olayları ve gelecekle ilgilidir(132).

Obsesif Kompulsif Bozukluk’ta (OKB) da tekrar eden ısrarcı düşünceler olabilir. Fakat bunlar TSSB’de olduğu gibi travmatik olayla ilişkili değildir. OKB’de görülen ısrarcı düşünceler genellikle uygunsuzdur(131,132).

TSSB ile Panik Bozukluğu arasında da benzerlikler vardır(133). Her ikisi de kronik anksiyete, ani uyarılma episodları (flashback, panik atak) ile karakterizedir. TSSB de gözlenen yeniden yaşantılama belirtileri (flashback), Panik Bozukluğu olan

hastalarda görülmez(12). Panik semptomlara sıklıkla agorafobi eşlik ederken, bu bulgu TSSB ile birlikte sık görülmez(132). TSSB ve Basit Fobi' leri ayırt etmek oldukça zordur. her ikisi de korku ve spesifik uyarandan kaçınma ile karakterizedir. Basit Fobi' de korku ve spesifik uyarandan kaçınma dışında diğer TSSB belirtileri yoktur(134).

Sosyal içe çekilme, anhedoni, uyku bozuklukları, konsantrasyon güçlüğü, irritabilite, disfori ve suçluluk duyguları hem TSSB' de hem de Major Depresyon' da görülebilen belirtilerdir(133). Ayırt edici özellikler aşırı irkilme yanıtı, travmatik olayın sık sık yeniden yaşanması ve travmayı hatırlatan uyaranlarla karşılaşıldığında gösterilen fizyolojik tepkileri içerir. TSSB' de stresörün olağan dışı olması gerekir. Tersine Uyum Bozuklukları' nda stresörün olağan dışı olması gerekmemektedir. DSM-IV' e göre olağan dışı stresöre verilen yanıt eğer TSSB tanı ölçütlerini karşılamaz ya da kardeş doğumu, taşınma, yeni okula başlama gibi olağan dışı olmayan bir stresöre yanıt olarak gelişmişse Uyum Bozukluğu tanısının konulması gerekmektedir(135,136).

TSSB ile Madde Kullanım Bozuklukları' nın birlikteliği, maddenin anksiyeteyi azaltma özelliğine bağlanmaktadır. Bu durumda hem kullanılan maddenin oluşturduğu belirtilerin, hem de yoksunluk belirtilerinin TSSB belirtilerine benzemesi tanısız karışıklığa yol açmaktadır(132). TSSB' de görülen geri dönüşlerin (flashback) Psikotik Bozukluklar' da, Deliryum' da, Madde Kullanımının Yol Açtığı Bozukluklar' da görülen illüzyon, halüsinasyon ve diğer algı bozukluklarından ayırt edilmesi gerekmektedir(131).

2.3.8. Komorbidite

Hem klinik hem de epidemiyolojik çalışmalar TSSB tanısı konulan kişilerin büyük çoğunluğunda en az bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiğini saptamışlardır. TSSB sıklıkla Duygudurum Bozuklukları, Psikoaktif Madde Kötüye Kullanımı/Bağımlılığı, Kişilik Bozuklukları, Somatoform Bozukluklar, Dissosiyatif Bozukluklar, Yeme Bozuklukları, Cinsel İşlev Bozuklukları ve Psikotik Bozukluklar ile birlikte görülebilmektedir(137,138).

Kessler ve arkadaşlarının çalışmasında, psikiyatrik bozukluklar %27.9 ile %51.9 oranında TSSB' ye eşlik etmiştir. Erkeklerde en sık görülen bozukluk,

Alkol Kötüye Kullanımı/Bağımlılığı' dır. Bunu Depresyon, Davranım Bozukluğu ve Madde Kötüye Kullanımı/Bağımlılığı izlemektedir. Kadınlarda ise en sık görülen bozukluk Depresyon' dur. Bunu Basit Fobi, Sosyal Fobi ve Alkol Kötüye Kullanım/Bağımlılığı izlemektedir. TSSB olgularında Madde Kötüye Kullanımı %73, Depresyon %26, Antisosyal Kişilik Bozukluğu %31, Distimi %21 ve OKB %10 oranında saptanmıştır(30).

Bazı yazarlar, TSSB ile Sınırdaki (borderline) Kişilik Bozukluğu arasında da bir komorbidite olduğunu ileri sürmektedirler, hatta bunlar arasında Sınırdaki Kişilik Bozukluğu' nun çok ağır ve kronik bir TSSB olduğunu ileri sürenler bile bulunmaktadır. Anksiyete ve Depresif semptomların eşlik etmesinin Kronik TSSB için önemli bir yordayıcı olduğu gösterilmiştir(12). TSSB' ye eşlik eden diğer psikiyatrik durumlar travmanın türü, biçimi, şiddeti ve sosyokültürel değişkenler gibi birçok etkenden etkilendiğinden, bu çalışmalarda farklı oranlar saptandığı bildirilmektedir(13).

2.3.9. Tedavi

Hem psikoterapi hem de farmakoterapi TSSB' nin tedavisinde etkilidir(139). TSSB tedavisinde hem farmakolojik hem de psikososyal tedaviler kullanılmaktadır ve literatürde kombine tedavilerden daha fazla yarar sağlandığı belirtilmektedir(59). Ciddi travmalardan etkilenen kişiler genellikle tedaviye gelme eğilimi göstermezler ve bu hastalarla terapötik ilişki oldukça karmaşık bir süreçtir. Bu nedenle, travmatize kişilerle etkileşimde tedavinin sürekliliğini sağlayabilmek için iletişimin temel ilkelerini kullanma becerisi önem kazanmaktadır(15,59,131,140,141).

Bir klinisyen travmaya uğramış bir hasta ile karşılaştığında hasta ile travma hakkında konuşmalı, olayı ve olayla ilgili durumlarını anlatmasına fırsat vermelidir. Hastaya çeşitli baş etme becerileri kazandırması gereklidir. Hasta kısa zaman içerisinde günlük işlevselliğine dönmek konusunda yüreklendirilmelidir(132).

TSSB' de psikolojik eğitim, psikolojik yaklaşımların temelidir. Psikolojik eğitim; hastalık ve tedavisi hakkında bilgi, günlük problemler ile baş etme, kişilerarası ilişkiler, rol değişimleri, benlik saygısı, uygun kaynakları bulma, endişeleri paylaşma, stresle baş etme becerilerinin öğretilmesi, gevşeme egzersizleri gibi konuları içermektedir. Kişi sorununu ve nelerin yapılabileceğini bilmek ister.

Semptomları ve sendromu tanıdığımızı belirtmek, anlatmak, açıklamak kişiye anlaşıldığı mesajını iletir. Belirtilerin neden-sonuç ilişkilerini açıklamak kişinin yaşadıklarını tanıması açısından önemlidir. Ruhsal sorunların olağan üstü duruma verilen olağan, anlaşılabilir bir tepki olduğunu açıklamak, yalnız ve tek olmadığını belirtmek yarar sağlar(131).

Kendine zarar verme veya dissosiyasyon ve hallüsinasyon şeklinde flashbackler yaşayan hastaların tedavisinin hastanede yapılması daha uygun görünmektedir. TSSB tedavisinden önce, eğer mevcutsa Alkol/Madde Bağımlılığı detoksifikasyon tedavisi gerekli görülmektedir(132,142).

Psikoterapötik müdahaleler; Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT), Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme [Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)], Grup Terapileri ve Psikodinamik Terapiler olarak belirtilmektedir. Gevşeme Egzersizleri gibi spesifik teknikler de faydalı olabilirler. BDT, interaktif psikoeğitim, bilişsel tekrar yapılandırma ve anksiyete ile başa çıkma çalışmalarından oluşmaktadır(142).

Tedavide en sık kullanılan ve etkili olduğu kabul edilen psikoterapötik yaklaşım BDT' dir. Bu tedaviler temelde örseleyici olayı yaşayan kişiyi, bu yaşantılarla değişik teknikler aracılığıyla sistematik bir şekilde yüz yüze getirerek anksiyete ile başa çıkma yöntemlerinin öğretilmesi, kaçınma davranışlarının ortadan kaldırılması ve kaybedilen kontrol duygusunun yeniden kazandırılması amacına yöneliktir. İnsanlara travma sonrasında kontrol ve tahmin edebilirlik duygusunun mümkün olduğunca hızlı bir şekilde kazandırılması TSSB riskini azaltabilmektedir(143,144).

Tedavide anksiyete uyaranlarına maruz bırakma ilkesine dayanan ve Alıştırma Terapisi olarak bilinen davranışçı yöntemler en çok umut veren yaklaşımlardır. Bunlar sistematik duyarsızlaştırma, uyaran yükleme ya da yoğunlaştırma gibi yöntemlerdir. Duyarsızlaştırma tedavisiyle, hastaya korktuğu durumla ilgili uyaranlar belirli bir hiyerarşi içerisinde az uyarıcıdan çok uyarıcıya doğru verilir. Bu sırada gevşeme ile uyaranın etkisi inhibe edilerek anksiyetenin sönmesi sağlanır(87).

EMDR, hastanın göz hareketleri ve el vurma (hand-tapping) gibi dışı uyaranlara odaklandığı esnada emosyonel olarak ona rahatsızlık veren imaj, düşünce

ve duyumlara da ardışık dozlarda odaklanması talimatı verilerek yapılan entegre bir terapi yöntemidir. Bu yöntem, travmatik hatıranın stres yapıcı doğası azalınca ve travmayla ilgili daha uygun bilişler oluşuncaya kadar tekrar edilmektedir(142). Shapiro ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada iki farklı travma mağdurları EMDR ve farklı bir tedaviye alınmış ve sonuçta EMDR uygulanan grupta travma tekrar hatırlanmışındaki anksiyetenin azaldığı görülmüştür(143).

TSSB' de uygulanan Psikodinamik Tedaviler' le ilgili kontrollü çalışmalar oldukça azdır. TSSB tanısı konan hastalarda Duyarsızlaştırma, Hipnoterapi ve Kısa Psikodinamik Psikoterapi' nin karşılaştırıldığı bir çalışmada tedaviler arasında belirgin fark olmadığı, ancak izlemde Psikodinamik Psikoterapi uygulananların daha fazla iyileşme gösterdiği bildirilmiştir(145). Grup Terapileri bir çok insanı aynı anda tedavi edebilme avantajına sahiptir ve TSSB hastalarında sık görülen reddetme ve izolasyon tutumlarını azalttığı bildirilmiştir(143).

Grup Terapisi, benlik değeri ve kişiler arası ilişkiler ile ilgili problemlerde olduğu gibi TSSB semptomlarını azaltmada da yardımcı olduğu için, birçok klinisyen bireysel tedavi sürecine başladıktan sonra grup tedavisini de tavsiye etmektedir. Bilişsel süreç modeli uygulanan Grup Terapisi' nin hem TSSB semptomları hem de depresif semptomlar üzerinde önemli bir gelişme sağladığı belirtilmektedir(59).

Tedavi yöntemini seçerken hastanın ihtiyaçlarının, bozukluğun özelliklerinin, dış desteklerin varlığının, kültürel faktörler gibi özelliklerin göz önüne alınarak kişi için en uygun yöntemin belirlenmesine dikkat edilmelidir. Ayrıca bireyin fiziksel ve tıbbi ihtiyaçlarının karşılanmış olması da psikolojik yaklaşımlara zemin hazırlaması açısından önem taşımaktadır(131).

Birçok uzman farmakolojik ajanların, ağır vakalarda psikoterapiyi kolaylaştırmak amacıyla kullanılması gerektiği görüşünde birleşmektedir(133). İlaç tedavilerinin etkinliği, doğru tanı, doğru ilaç, uygun doz ve yeterli süre kullanmaya bağlıdır. Travma yaşamış kişilerde ilaç tedavisine uyum, zaman zaman ciddi bir sorun olmaktadır. İlaç tedavisinin etkili olması için, hastanın ilaç kullanma fikri ile barışık olması gerekmektedir. Çoğu TSSB hastası, psikotrop ilaç kullanımını kabul etmediğinden, ilk basamak hastanın tıbbi tedavinin rolünü anlamasına yardım etmek olmalıdır.

İlaç tedavileri üç fazı içerir. Bunlar; stabilizasyon, idame ve kesmedir. Stabilizasyonda ilk adım hastayla anlaşma sağlanmasıdır. Tedaviye yanıt alındığında ve sürekliliği sağlandığında kesme düşünülür(131). İlaçlar düşük dozda başlanır, keserken de doz azaltarak kesilir. İlaç tedavilerinde genellikle antidepresanlarla iyi sonuçlar alınmaktadır. Tedavi Akut TSSB için 6-12 ay, Kronik TSSB için 12-24 ay sürmelidir(131).

TSSB tedavisinde kullanılan ilaçlar; Seçici Serotonin Geri alım İnhibitörleri (SSGİ) , Trisiklik Antidepresanlar (TCA), Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI), Nefazodon, Trazodon, Mirtazapin, Venlafaksin, Tianeptin, Lityum, Beta Blokerler, Klonidin, Benzodiazepinler, Karbamazepin, Valproik Asit olarak sınıflanabilir(138). Geniş ölçekli ve çok merkezli kontrollü klinik çalışmada SSGİ' nin TSSB tedavisinde ilk seçenek farmakolojik tedavi olduğu ifade edilmiştir. SSGİ yeniden yaşantılama, kaçınma, duygusal küntleşme ve aşırı uyarılmışlık belirtilerinin tedavisinde en geçerli ve yaygın kullanılan ilaçlardır. SSGİ' lere yanıt vermeyen hastalarda Nefazodon, Venlafaksin, TCA ve MAOI düşünülmelidir(138,141). Karbamazepin, Valproik Asit, Topiramet, Lamotrijin, Lityum gibi duygudurum düzenleyiciler travmatik olay sonrasında ilk haftalar ve aylarda gelişen limbik sistem duyarlanmasını azaltıcı etkiye sahiptirler. Kronik TSSB olgularındaki dürtüsel, saldırgan davranışları ve duygudurum sorunlarında ilk seçenek olan SSGİ' lere dirençli vakalarda tek başlarına veya SSGİ ile kombine olarak faydalı olduğu bildirilmiştir(146,147). Propranolol' ün gece kabusları, tekrarlayıcı anksiyete yaratan durumları hatırlama, sıçrama, uyku bozuklukları ve benlik saygısı üzerine olumlu etkileri olduğu saptanmıştır(139).

2.3.10. Gidiş ve Sonlanım

TSSB' nin gidiş ve sonlanımı travma öncesi, travma sırası ve sonrasındaki etkenlere bağlı olarak değişmektedir(15).

Travma Öncesi Etkenler: Bireyin demografik özellikleri, psikiyatrik öykü, ailede psikiyatrik hastalık olup olmaması, boşanma, işsiz kalma, bir felakete, şiddete veya işkenceye maruz kalma vs.

Travma Sırasındaki Etkenler: Maruz kalınan travmanın, yaşanan korku ve dehşetin şiddeti, yaşamı ne ölçüde tehdit ettiği, bireyin kontrol düzeyi ve zihinsel hazırlığı vs.

Travma sonrası Etkenler: Temel gereksinimler ve bunların nasıl karşılandığı, fiziksel ve ruhsal kaynakların kaybı, bireyin başa çıkma yöntemleri, toplumsal destek düzeyi ve retravmatizasyonun varlığı vs.

Kabuslar, zorlayıcı düşünceler, flashbackler, irritabilite, öfke patlamaları ve travmayı sembolize eden durumlarda fizyolojik tepkiler gösterme gibi pozitif semptomların ağırlıkta olduğu TSSB tablosu, anhedoni, amnezi, affektif küntlük, insanlara yabancılaşma ve kaçınma davranışları gibi negatif semptomların ağırlıkta olduğu TSSB tablosuna göre daha iyi bir prognoza sahiptir.

İyi prognoz göstergeleri; belirtilerin ani başlaması ve kısa sürmesi, hastalık öncesi işlevselliğin iyi olması, sosyal desteğin iyi olması, fiziksel yaralanma ya da tıbbi hastalığın olmaması, başka bir psikiyatrik bozukluğun olmaması ve madde kullanımının olmaması olarak değerlendirilir(148). Kronikleşme açısından bakıldığında farklı travma gruplarında veya aynı travmaya maruz kalan olgularda farklı kronikleşme oranları görülmektedir.

Genel nüfusta yapılan uzunlamasına çalışmalar, TSSB belirtilerinin yıllarca devam etme eğiliminde olduğunu göstermiştir. Kessler ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, TSSB tanısını karşılayan olguların 1/3' ünün on yıl sonra bile TSSB tanı kriterlerini karşıladığı gösterilmiştir(30). Davidson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, TSSB geliştirenlerin %46' sında bozukluğun kronik hale geldiği belirtilmiştir(31). Özellikle yaralanmanın olduğu, tecavüz ve saldırıya maruz kalan kişilerde yapılan çalışmalarda(35,51,59), TSSB' nin kronik ve yüksek oranlarda olduğu gösterilmiştir. Politik şiddete ve işkenceye maruz kalan kişilerde yapılan araştırmalarda(149-152) da Kronik TSSB' nin yüksek oranları bildirilmiştir. Travmanın şiddeti sadece TSSB oluşumunu değil aynı zamanda bozukluğun gidişini de etkiler. Bir okulun bahçesinde öldürücü bir silahla taranma deneyiminden 1 ay sonra bahçede olan çocukların %77' sinde, içeride olan çocukların ise % 67' sinde TSSB saptanmıştır(153).

TSSB riski travmanın tipi kadar, önceki travmaların tipi ve sayısı ile de değişmektedir. Breslau ve arkadaşlarının, önceki travmaların sonraki travmaları

izleyen TSSB riski üzerindeki etkilerini araştırdıkları çalışmada, 19 tip travmayı sorgulayacak şekilde 2181 kişi ile görüşülmüştür. En yüksek TSSB gelişme riski şiddet içeren travmalara maruz kalanlarda saptanırken, en düşük risk sevdiği birinin travmaya maruz kaldığını öğrenenlerde bulunmuştur. Deneklerin travma yaşadıkları son 5 yıllık süre göz önünde bulundurularak, önceki travmaların sayısının TSSB gelişimi üzerindeki etkisine bakıldığında, önceden travmatik yaşantısı olmayanlarla, tek bir travmaya maruz kalanlar arasında TSSB gelişme riski açısından bir fark bulunmamıştır. Önceden iki, üç veya daha fazla travmatik olayla birlikte TSSB gelişme riskinin de arttığını göstermişlerdir. nceki travmaların tipi söz konusu olduğunda, şiddet içeren travmatik yaşantı öyküsü olanlarda, şiddet içermeyen travmalara göre TSSB riski iki kat daha yüksek bulunmuştur(154).

Kadınlarda Kronik TSSB gelişme ihtimali erkeklerden dört kat daha fazladır. Dul veya boşanmış kişilerde kronikleşme riski, evli olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Yaşın etkilerini araştıran çalışmalarda, orta yaş kişilerin psikolojik problemler açısından en fazla riske sahip oldukları gösterilmiş, bu yaş grubunda sıklıkla görülen stresörlerin Kronik TSSB için bir risk faktörü olabileceği belirtilmiştir(155). Eğitim düzeyi de TSSB ile baş edebilmenin bir ölçüsüdür. Yaşamın herhangi bir anındaki TSSB yayınlığı, eğitim düzeyinin artması ile önemli ölçüde azalır(35).

TSSB genellikle travmanın hemen ardından ortaya ıkırsa da, travmadan yıllar sonra bile gelişebilmektedir(156). Ancak ‘‘Gecikmiş Başlangıçlı TSSB’’ ‘nin geçerliliğini sorgulayan kimi araştırmacılar, bunların aslında geç tanı konulmuş TSSB vakaları ya da Eşik altı TSSB’ nin alevlenmesi olduğunu öne sürmektedirler. Solomon ve arkadaşlarının Lübnan Savaşı’ ndan altı ay ve beş yıl sonra psikiyatrik yardım isteyen İsrail’ li askerleri değerlendirdikleri çalışmada, vakaları beş grupta toplamışlardır: 1)Gecikmiş yardım arama %40 2)Eşik altı (subklinik) TSSB alevlenmesi %33 3)1973’ teki Yom Kippur Savaşı’ ndan kaynaklanan ve daha sonra iyileşmiş TSSB’ nin reaktivasyonu 4)Geç başlangıçlı TSSB %10 5)TSSB dışındaki psikiyatrik bozukluklar %4.1. Geç yardım isteyenler, savaşa bağlı travmadan sonra hastalığın başlamasına karşın, semptomlar dayanılmaz hale gelene kadar bekleyen kişiler olarak yorumlanmıştır. Alevlenmiş subklinik ve Reaktif TSSB, evlilik sorunları, fiziksel hastalık ya da yedek askerlik için çağrılma gibi travmatik olmayan

çeşitli stresörlerden sonra ortaya çıkmaktadır. Gerçek gecikmiş başlangıçlı vakalarda bile, travmadan sonra en az birkaç semptomun görüldüğünü belirtmişlerdir(121).

TSSB olan kişilerin sıklıkla yetersiz veya uygunsuz tedavi aldıkları gösterilmiştir. Vakaların 1/3' ünde tedavi ne olursa olsun, bozukluğun kronikleştiği saptanmıştır(157). TSSB genellikle yaşam kalitesinde düşme ve fonksiyonel bozulma ile birliktedir. Vietnam Savaşına katılmış eski askerlerden TSSB tanısı almış olanların şimdi %35' i evsizdir, %50' si başta şiddet içeren suçlar olmak üzere çeşitli nedenlerden tutuklanmış ve 1985 yılına kadar dokuz bin kişi intihar ederek ölmüştür(158).

2.4. Uyum Bozukluğu

2.4.1. Uyum ve Stres

İnsanın kendisinden, başkalarından veya çevresinden kaynaklanan talepler karşısında verdiği reaksiyona uyum denmektedir(159). Uyum stresle başa çıkmak için gösterilen herhangi bir çabadır. Her uyum ister başarılı ister başarısız olsun, çevreden gelen istek ve beklentiler ile kendi isteklerimiz arasında denge kurma, gereksinimlerimizi gerçek koşullar göre ayarlama ve içinde bulunduğumuz durumun sınırları çerçevesinde elimizden geldiğince başa çıkma çabasıdır(160). Stres ise bir gerginlik hali ya da tehdit oluşturan ve değişme ya da uyum gerektiren herhangi bir çevresel istek ya da beklentilerdir(160).

Stres yaratan etkenler biyolojik ve psikososyal olarak 2 grup altında incelenebilir(161). Psikososyal stres etkenleri, dolaylı bir yolla stres reaksiyonuna neden olurlar, çünkü olayın kendisi değil algılanması stres reaksiyonunun asıl sebebidir. Herhangi bir talebin doğru ya da yanlış bir şekilde muhakeme edilmesi sonucunda bir reaksiyon ortaya çıkar. Dolayısıyla reaksiyon gerçekten talebin ne olduğuna karşı değil muhakeme sonucu algılanana karşı verilmektedir(162). Gelişme ve uyum sürecinin önemli unsurları; taleplerin muhakeme edilişi sonucunda ortaya çıkan reaksiyonlar, verilen reaksiyonların davet ettiği diğer reaksiyonlar ve ortaya çıkan yeni durumun muhakemesidir. Bu unsurların niteliği sağlıklı ve sağlıklı uyumu birbirinden ayıran ölçütleri de belirleyebilir(162).

Uyum Bozukluğu, ASB ve TSSB ile birlikte etiolojisinde stres yaratan bir yaşam olayının şart koşulduğu psikiyatrik bozukluklardandır(25). UB, zorlayıcı bir durum ya da olaya karşı verilen emosyonel yanıtla karakterize bir grup klinik tabloyu içermektedir. Zorlayıcı olay tıbbi hastalıklar, ekonomik ya da kişilerarası ilişkiler, ortam değişikliği gibi durumları içermektedir. Ortaya çıkan semptomlar, anksiyöz ya da depresif duygudurumu ya da davranım sorunlarını içerebilir. Tanım gereği semptomların zorlayıcı durum ya da olay ile karşılaştıktan sonraki ilk üç ay içerisinde ortaya çıkması ve olay ya da durumdan uzaklaştıktan sonraki altı ay içerisinde kaybolması gerekir(163).

2.4.2. Tarihçe

Birkaç yüzyıl önce dinin “normal” ile “anormal” arasındaki ayrımı, “iyi” ile “şeytani” arasındaki dikotomiye dayandığı ve akıl hastalıklarının doğaüstü güçlerle ilişkisine kuvvetle inanıldığı bir çağda, XVII. yüzyılda yaşamış olan Napier, delilikten daha az akut ve daha az şiddetli olan, hastaların “gamlı” diye tanımlanabileceği bir çeşit akıl hastalığı daha tanımlamıştır. Bu “gamlı” kadın ve erkekler, başta iç sıkıntısı ve yalnızlık olmak üzere tipik melankoli belirtilerinden yakınıyorlardı. Napier bu tabloya ilişkin vakalar bildirmekte ve bunların ruhsal sıkıntılarının dışsal zorlanmalarla ilişkisine de dikkat çekmekteydi. Tıp tarihçesi Mac Donald, bugün UB olarak tanımladığımız tablonun Napier’ in bildirdiği vakalarla benzerliğine dikkat çekmektedir. Uyum Bozukluğu’ nun konvansiyonel ve kültürel bir temeli vardır; bu tür bozuklukların bütün sosyal gruplarda evrensel olduğu bildirilmektedir. Bu tür bozukluk ya da hastalıklar hemen her toplumda kendine özgü bedensel ve ruhsal belirtiler gösterir(11).

Uyum Reaksiyonu terimi ilk olarak 1980’ de DSM-II’ de psikiyatrik bir tanı olarak yer almıştır(4,27,164). ICD’ nin 8. baskısında tanımlanmıştır. DSM-II, UB’ yi bebeklik, çocukluk çağı, adolesan, yetişkin ve geç yaşam evrelerine göre tanımlanmış “Geçici Durumsal Bozukluk” olarak kavramsallaştırılmıştır. ICD-8 UB’ yi nevrotik, kişilik ve diğer psikotik olmayan mental bozuklukları da içeren “Geçici Durumsal Bir Reaksiyon” olarak tanımlamıştır. DSM-III ve ICD-9’ da Uyum Bozukluğu terimi ilk defa kullanılmıştır. DSM-III; depresif duygudurumun, anksiyöz duygudurumun, karışık duygudurumun bulunması gibi klinik belirtilere göre veya

iş/akademik alanla ilgili sorunların, belirtilerin nedeni olmasına göre UB' yi alt tiplere ayırırken, ICD-9, UB' yi strese akut bir reaksiyon olarak tanımlamıştır(165). DSM-III ve DSM-III-R Uyum Bozukluğu' nu, tanı ölçütleri daha net tanımlanmış temel tanılar karşılamayan eşik altı durumlar için bir çerçeve oluşturmak amacıyla "Rezidüel" bir kategori olarak tanımlamıştır(5).

2.4.3. Epidemiyoloji

UB klinik uygulamada sık karşılaşılan bir tablo olup yaygınlığı %7-35 arasında değişmektedir(166). UB, dahili ve cerrahi nedenlerle hastanede yatan hastalar arasında en sık rastlanılan psikiyatrik tanılardan biridir(167). Tıbbi nedenlerle hastanede yatan hastalar arasında UB oranı %13.7 olarak saptanmıştır(168). UB konsultasyon için gönderilen yatan hastalarda sıklıkla 1000' in üzerindeki konsultasyon hastasında yapılan bir çalışmada bu tanı hastaların %12 sinde saptanmıştır(165). Yine birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan bir çalışmada tüm Eksen I tanılarının %17.9' u UB olarak bulunmuştur(169). UB, yaygınlığına rağmen çok az araştırılan bir tanı kategorisi olmaya devam etmektedir(166,170).

2.4.4. Etiyoloji

UB' nin etiolojisinde üzerinde durulan birkaç nokta vardır. Birincisi, mizaç ve çevre yanıtının karşılıklı etkileşimidir. Bazı bireyler çevresel stresörlere olması gerektiğinden fazla tepki göstermektedirler(164). İkincisi, çocukluk yaşantılarının bozukluğa yatkınlık oluşturmasıdır. Kontrol kaybının yaşandığı çocukluk dönemi deneyimleri bilişsel şemalar yoluyla daha sonra meydana gelen olayların kontrol edilemeyeceği şeklinde yorumlanmasına neden olmaktadır(171). Son olarak aile istismarı, aşırı koruyuculuk ve erken ayrılık anksiyetesi UB' nin gelişiminde önemlidir. Ailesel ve genetik etkenler stresli yaşam olayları ile karşılaşma riskini etkilemektedir. Ayrıca, son zamanlarda yaşanan olumsuz yaşam olayları birikerek bozukluğa karşı duyarlılığı artırmaktadır(172,173).

Freud, sıradan bir zorlanmanın neden bazı kişilerde hastalığa yol açarken, diğerlerinde yol açmadığını merak etmiştir(167). Psikoanalitik araştırmalar bir kişinin zorlanmaya yanıt verme kapasitesinde annenin ve destekleyici çevrenin

rolüne önem vermektedirler. Winnicot' un "Yeterince İyi Anne" (good-enough mother) kavramı bu konuda önemle üzerinde durulan bir kavramdır. "Yeterince İyi Anne", çocuğunun gereksinimlerini karşılayabilen ve büyüyen çocuğun yaşamdaki engellenmeleri kaldırabilmesini yeterince destekleyebilen kişidir(174).

Çocukluk çağındaki ruhsal bir zedelenme; boşanma, işle ilgili sorunlar, bedensel hastalıklar gibi zorlanmalarla karşılaşıldığında normal bir kişiyi, UB geliştirmeye yatkın kılabilir denmektedir(175). UB geliştiren hastaların kişilik yapısının daha değişken ve daha nevroitik olduğu belirtilmektedir(176). Psikoanalitik yaklaşıma göre UB' ye yol açtığı düşünülen güncel zorlanmanın, çocuklukta yaşanmış zedelenme ve düş kırıklıklarını uyandırarak etkili olması önemli bir olasılıktır, bu nedenle UB olan kişiler, şimdiki olayın geçmişteki zedeleyici olaylara benzer yanlarını araştırmaları için cesaretlendirilmelidirler(167).

2.4.5. Tanı

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 1994' te hazırlanan DSM-IV ve Dünya Sağlık Örgütü'nün 1992' de hazırladığı ICD-10' un her ikisi de klinik bir kavram olarak faydalı olan UB tanısını içermektedir. ICD-10' a göre; UB stresli bir yaşam olayı veya yaşam değişikliğinin meydana gelmesinden sonra 1 ay içerisinde gelişmeli ve semptomların süresi genellikle 6 ayı geçmemelidir diye tanımlanır(4).

DSM-IV' te UB tanısı için bulunması gereken ilk ve en önde gelen ölçüt stresörün varlığıdır. Fakat stresörün doğası son derece belirsizdir. DSM-IV yalnızca stresörün tanımlanabilirliğini ifade etmiş fakat stresörün niteliğinin ne olacağını açıklamamıştır. Herhangi bir stresörün bir stres cevabının gelişmesine yol açıp açmayacağına tespiti hekime bırakılmıştır. DSM IV' e göre; UB, stres etkeninin veya sonuçlarının sonlanmasından sonra 6 ay içerisinde sonlanmalıdır (E ölçütü); ancak semptomlar kronik bir stres etkenine veya stres etkeninin devam eden sonuçlarına yanıt olarak görülüyorsa uzamış bir periyot için dirençli olabilirler. Yani DSM-IV' e göre UB' nin kronik bir formu 6 ay süresini aşabilir. Fakat en fazla ne kadar sürebileceği, tekrarlayan stres etkenlerine yanıt olarak gelişen UB' nin arasındaki zaman diliminin ne kadar olması gerektiği gibi hususlarda ve konunun çerçevesinde de tam bir netlik yoktur(5).

DSM-IV 'e Göre Uyum Bozukluğu Tanı Ölçütleri

A- Zorlanma yaratan etkenin başlangıcından sonraki üç ay içinde, bu etkene tepki olarak duygusal ya da davranışsal belirtilerin gelişmesi.

B- Aşağıdakilerden birinin varlığı ile kanıtlandığı üzere bu belirtiler ya da davranışlar klinik açıdan önemlidir:

1. Zorlanma etkeniyle karşı karşıya kalma sonucu ortaya çıkması beklenene göre çok daha aşırı, belirgin sıkıntı,

2. Toplumsal ya da mesleki/egitimsel işlevsellikte belirgin bozulma,

C- Zorlanmayla ilişkili bozukluk başka özgül bir Eksen I bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamaz ve sadece önceden var olan bir Eksen I ya da II bozukluğunun bir alevlenmesi değildir.

D- Bu belirtiler yası göstermemektedir.

E- Zorlanma etkeni (ya da bunun sonuçları) bir kez sonlanınca belirtiler ek bir 6 aylık süreden daha uzun sürmez.

Akut: 6 aydan kısa sürerse.

Kronik: Kronik bir zorlanma kaynağına tepki olarak bozukluk 6 aydan daha uzun sürerse.

UB, önde gelen belirtileri vurgulayan alt tiplere ayrılır:

Depresif Duygudurum ile Giden UB: Depresif duygudurum, ağlamaklılık, umutsuzluk gibi belirtiler ön plandadır.

Anksiyete ile Giden UB: Sinirlilik, üzüntü, aşırı kaygı, çocuklarda asıl bağlandığı kişilerden ayrılma korkusu gibi belirtiler ön plandadır.

Karışık Anksiyete-Depresif Duygudurum ile Giden UB: Yukarıda sayılan belirtiler bir aradadır.

Davranım Bozukluğu ile Giden UB: Başkalarının haklarına saldırı ya da yaşının gerektirdiği önemli toplumsal değerler ve kuralları bozma (okuldan kaçma, kırıp-dökme, pervasızca araba kullanma, kavgacılık, yasal yükümlülükleri yerine getirmeme vb.) gibi belirtiler ön plandadır.

Karışık Duygudurum-Davranım Bozukluğu ile Giden UB: Hem depresyon, anksiyete gibi duygular hem davranım bozukluğu belirtileri bir aradadır.

Belirlenmemiş Tip: Fiziksel yakınmalar, toplumdan uzaklaşma, işte ya da okulda ketlenme gibi çeşitli belirtileri içerebilir(5).

UB tanısında 2 alanda itilaf vardır. Birincisi normal uyum reaksiyonu ve uyum bozukluğunun çeşitli belirtileri arasında belirsiz bir ayrım olmasıdır. Bu ayrım DSM-IV ve ICD-10’ da işlevselliğin bozulması gerekliliğinin vurgulanması ile aşılmaya çalışılmıştır(27). İkinci itilaf alan ise diğer bozukluklarla üst üste binen problemlerdir. ICD-10 ve DSM-IV’ ün her ikisi de “kriterler başka bir bozukluğu karşılarsa, o zaman uyum bozukluğu tanısı konulmamalıdır.” tanımlaması ile bu problemi aşmaya gayret eder(27).

Çeşitli çalışmalar ile UB olan hastalarda psikososyal zorlanmaların ortalama şiddeti normal kontrollerden ve başka psikiyatrik bozukluğu olan hastalardan anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur(177).

DSM-V’ te UB’ nin başka bir teşhissel sınıflandırma kategorisi içinde yeniden sınıflandırılmasının uygun olduğu önerilmektedir. Çalışma grubu bu bozukluğun Travma ve stresle ilişkili bozukluklara dahil edilmesini önermektedir. DSM-V’ teki yeni UB tanı ölçütleri ve DSM-IV ile DSM-V arasındaki farklılıklar ve tartışmaların devam ettiği alanlar aşağıda ele alınmıştır(178).

DSM-V’ te Planlanan Uyum Bozukluğu Yeni Tanı Ölçütleri

A. Stres (ruhsal zorlanma) yaratan tanımlanabilir bir etkenin başlangıcından sonraki 3 ay içinde, bu etkene bağlı olarak duygusal ya da davranışsal semptomların gelişmesi.

B. Aşağıdakilerin birisi ya da daha fazlasının varlığı ile kanıtlandığı üzere bu belirtiler ya da davranışlar klinik açıdan önemlidir:

1. Dışsal içerik ve kültürel faktörlerin semptom şiddetini ve belirtilerini etkileyebileceğini göz önünde bulundurarak, stres etkeniyle karşı karşıya kalma sonucu ortaya çıkması beklenene göre çok daha fazla, belirgin sıkıntı,

2. Toplumsal ya da meslekle ilgili veya diğer önemli fonksiyonellik alanlarında belirgin bozulma,

C. Zorlanmayla ilişkili bozukluk başka özgül bir ruhsal rahatsızlık ölçütlerini karşılamaz ve sadece önceden var olan bir ruhsal rahatsızlığın bir alevlenmesi değildir.

D. Stresör (veya sonuçları) sonlandığında semptomlar ek bir 6 aylık süreden daha fazla sürmez. Alt Tipleri şöyledir;*

Depresif Duyguduruma İle Giden UB: Baskın semptom görüntüleri depresif duygudurum, ağlamaklılık veya çaresizlik duyguları olduğunda,

Anksiyete İle Giden UB: Baskın semptom görüntüleri sinirlilik, kaygı, endişe, aşırı heyecan veya çocuklarda bağlanma figürlerinden seperasyon korkuları olduğunda,

Karışık Anksiyete ve Depresif Duygudurum İle Giden UB: Baskın semptom görüntüleri depresyon ve anksiyetenin kombinasyonu olduğunda,

Davranım Bozukluğu İle Giden UB: Baskın semptom görüntüleri başkalarının haklarının çiğnenmesi ve yaşa uygun sosyal norm ve kuralların çiğnenmesi durumunda (örn. okuldan kaçma, yıkıcı davranışlar, kavgacılık, riskli otomobil kullanımı, kavgacılık, yasal sorumluluklarını yerine getirmeme gibi),

Karışık Duygu ve Davranım Bozukluğu İle Giden UB: Baskın semptomlar, duygusal semptomlar ve davranım bozukluğunu içerdiğinde,

TSSB-benzeri veya ASB-benzeri semptomlarla Giden UB: Baskın semptomlar, TSSB-benzeri veya ASB-benzeri semptomlar iken, TSSB/ASB stressörleri ve/veya semptom kriterleri karşılanmadığında,**

Özgül Olmayan UB: Stresörlere adaptif olmayan, UB alttıpleri altında sınıflandırılmayan reaksiyonlar için (örn. fiziksel şikayetler, sosyal çekilme, veya iş-akademik durağanlaşma/ketlenme) çok eksenli bir değerlendirmede stresör doğası Eksen 4 kullanılarak belirtilebilir(örn. boşanma).

* Alttıpler yeniden tartışılacaktır.

** Bu alttipin DSM-V' e dahil edilmesi konusu net değildir(178).

DSM-V' te Uyum Bozukluğu Tanı Ölçütlerinde Yapılması Planlanan Değişiklikler ve Süren Tartışmaların Özeti

Bu ölçütler DSM-IV' e çok yakındır. Travmatik Olmayan sıkıntı veren olaylarla karşılaştıktan sonra verilen anlamlı sıkıntı ve fonksiyonelliğin bozulması sonucunda bireylere rezidüel teşhis imkanı sağlamaktadır. Baskın semptomların doğası, TSSB veya ASB benzeri olduğunda, ancak kriterler karşılanmadığında bir teşhis sağlanmış olması hedeflenmektedir(178)

2.4.6. Ayırıcı Tanı ve Komorbidite

UB' nin ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken başlıca bozukluklar şunlardır(10,175);

- Majör Depresyon
- Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- Yas Reaksiyonu
- Yaygın Anksiyete Bozukluğu
- Davranış Bozukluğu
- Somatizasyon Bozukluğu
- Alkol ve Madde Bağımlılığı
- Kısa Psikotik Bozukluk
- V kodları
- İlaç yan etkisi
- Bazı fizyolojik durumlarda ortaya çıkabilen belirti ve bulgular.

En sık komorbid durumlar Kişilik Bozuklukları ve Madde Kullanım Bozuklukları' dır. Hastane şartlarında, UB tanısı alan hastalarda Organik Mental Bozukluk komorbiditesi sık olarak bulunmuştur(179).

2.4.7. Tedavi

UB çeşitli semptom örüntüleri ile ortaya çıkabildiğinden dolayı, bozukluğun heterojen klinik tabloları için tek bir tedavi yaklaşımı yoktur. Psikoterapi ya da ilaç tedavisi vakaların önemli bir bölümünde gerekmez, kendiliğinden olan düzelmeler oldukça sıktır(167). Tedavinin esas amaçları, semptomların hafifletilmesi ve önceki işlevsellik deresine veya öncekinden daha iyi bir işlevselliğe dönmektir. Çoğu hasta için kısa süreli tedavi yeterli olmaktadır. Bununla birlikte stresi tolere edememe yatkınlık özellikleri gösteren bireylerde daha uzun tedaviler gerekebilir. Hasta duygu ve düşüncelerini açıkça tartışması konusunda cesaretlendirilmeli, zorlanmaya ilişkin endişeleri normalize edilip bu endişelerin anlaşılabilir olduğu vurgulanmalı, bu endişelere ve diğer belirtilere empati ile yaklaşılmalıdır(180). Daha sonra destek, öneriler, öğrenme, sosyal desteklerin harekete geçirilmesi ve gerekirse kısa süreli hastaneye yatırma ile hastanın durumunda hızlı bir düzelmeye sağlanmaya çalışılır. Eğer ortadan kaldırılamayacak bir zorlanma etkeni söz konusuysa, psikoterapi

hastanın bu duruma uyum sağlamasına yardımcı olacaktır. Bireysel psikoterapi araştırıcı değil destekleyici olmalıdır. Bireysel psikoterapinin yanında benzer durumlarla karşı karşıya kalmış kişilerde grup psikoterapisi özellikle yararlı olabilir. Anksiyete belirtilerinin giderilmesinde gevşeme tekniklerinin uygulanması dūřünülebilir(167,180). UB tedavisi için semptomların doğasını ve Őiddetini, kōtū premorbid işlevsellik ve kalıcı stresōrler gibi kōtū gidişat ile ilişkili risk faktōrlerini iyi değerlendirmek gerekmektedir.

Bazı TSSB alışmaları travma odaklı psikolojik tedavilere başarılı yanıtları bulunan, olasılıkla tanısı UB olan Subsendromal TSSB' li bireyler içermektedir(181). İntihar dūřüncesi ya da davranışı ve aşırı yıpratıcı duygusal yanıt mevcutsa hastaneye yatış tedavinin önemli bir kısmını oluşturur(182).

UB' de farmakolojik tedavinin etkinliğini değerlendiren çalışmalar hemen hemen yoktur. İlaç tedavisi gerekli gōrölürse kısa süreli olarak ve hastada önde gelen belirtilere gōre seçilmeli; kısa etkili benzodiazepinlere ve sedatif-anksiyolitik etkisi olan antidepresanlara öncelik verilmelidir(167,180).

2.4.8. Gidiş ve Sonlanım

UB' de belirtilerin düzelmesinin diğer psikiyatrik bozukluklara gōre daha hızlı ve tam olduğu; bu hastaların büyük bōlümünün daha önceki işlevsellik düzeylerine döndükleri bildirilmektedir(10,177). Birçok çalışmada gençlerde daha az iyileşmenin, yetişkinlerde ise daha iyi gidişatın olduğu gōsterilmiřtir. Kōtū gidişatın başka gōstergeleri, semptomların kronikleşmesi ve davranışsal semptomların olmasıdır.

Bazı alışmalarda UB olarak değerlendirilen hastaların diğer Duygudurum Bozukluğu tanısı konulan hasta grubuna gōre daha az tedavi gerektirme eğiliminde oldukları, daha kısa sürede işlerine dōnebildikleri ve daha az tekrarlayan bir bozukluk ortaya çıkardıkları bulunmuştur(170). UB tanısı alanların %17' sinden azında kronik bir gidiş olabilir(170).

Travma Sonrası Hayata Kūsmeye Bozukluęu

Gōmenlerde UB, Duygudurum Bozuklukları, Anksiyete Bozuklukları, TSSB ve Somatoform Bozukluklar başta olmak üzere tüm psikiyatrik bozuklukların daha

yüksek oranda bulunduğunu ortaya koyan birçok araştırma bulunmaktadır(183,184). Bütün bunların yanında gözlenen tablolardan biri de ICD-10 ya da DSM-IV' e göre herhangi bir bozukluğun tanı ölçütlerini tam olarak karşılamayan, depresif duygudurumun eşlik ettiği bir belirtiler yumağıdır(6,185).

Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu (HKB), ilk olarak 1999 yılında, Demokratik Almanya Cumhuriyeti' nin dağılmasını izleyen süreçte, bu bölgeden gelen hastaların yoğun olarak başvurdukları bir psikiyatri kliniğinde yapılan pilot bir çalışmada tanımlanmıştır(186). Her zaman ortaya çıkabilecek ve yaşamı tehdit etmeyen, her gün de maruz kalınmayan yaşam deneyimlerine karşı gelişen bu ruhsal tepki, HKB olarak adlandırılmıştır. Duvarın yıkılmasından sonra Almanya'nın doğusundan batısına bir göç yaşanmıştır. Bu göçmenler "Batı Almanlar" tarafından iyi karşılanmamışlar, "Doğulu Göçmen" muamelesi görmüşlerdir. Duvarın yıkılmasından hemen sonra bu göçmenlerde ruhsal bozukluklar bakımından belirgin bir artma görülmemiştir(187).

Bu bireylerde bedensel belirtilerin ön planda olduğu bir tablo söz konusu olup, buna sosyal geri çekilme ve enerji kaybı eşlik eder(6,188). Uzun bir süreçte ortaya çıkan bu tablo, birey tarafından bir hastalık olarak değil, göçmenlik yaşantısının doğal bir parçası olarak algılanır. Bireyin iş performansı büyük oranda etkilenmez. İş yerinde yaşanan çok ağır olmayan bir kaza, devlet dairelerinde ve iş yerlerinde maruz kalınan psikolojik taciz (mobbing), bedensel bir hastalığın teşhisi, aile bireylerinden birinin hastalanması, aile içi çatışma ya da çocuklardan birisinin okul veya uyuşturucu sorunu, tablonun beklenenden çok daha fazla kötüleşmesine, bireyin işgücünün azalmasına, haksızlığa uğradığı duygusunun gelişmesine ve hayata küsmesine neden olabilir. Tetikleyici etkenin travmaya neden olacak şiddette olmaması tedaviyi üstlenen sağlık kuruluşlarında sık sık simülasyon olarak yorumlanır ve bireyin kendini yalnız ve anlaşılmamış hissetmesine, insanlara olan güveninin azalmasına, bir düşmanlık duygusu geliştirmesine neden olur(6).

Ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında tetikleyici etken yukarıda da belirtildiği gibi çoğunlukla, işten çıkarılma gibi kesin olumsuz sonuçlara yol açabilecek, hayal kırıklığı yaratma olasılığı yüksek olan, bireyin temel yaşamsal ve bilişsel değer yargılarını örseleyebilecek, alışılmamış dışında, ama hayatı tehdit etmeyen önemli bir yaşantıdır. Bunun sonucunda bireyler hayata küsme olarak

tanımlanabilecek bir tablo geliştirmektedir(6). Hastalar, TSSB' ye benzer biçimde olayı sık sık anımsama ve tetikleyici etkene karşı kaçınma davranışı gibi belirtiler geliştirmektedir. Olayın anımsanması durumunda duygusal dalgalanmalar görülmekte, kişi depresif duygudurum, enerji kaybı, hiddet ve şiddete eğilim gösterme gibi belirtiler geliştirebilmektedir. Diğer zamanlarda duygudurumda bir bozulma görülmemekte, birey normal yaşantısına büyük oranda devam edebilmektedir(189)

Hastaların çoğu her türlü yardımı geri çevirirler. Çoğunlukla aile hekimlerinden hasta raporu alırlar, ama herhangi bir tedaviyi de kabul etmezler. Psikiyatri kliniklerine çoğunlukla yakınmaları başladıktan çok sonra başvururlar. Hastaların hepsi, öznel olarak acı verici ve yaralayıcı özelliği olan en az bir önemli yaşantıdan söz etmektedirler. Hastaların hepsi hastalıklarının nedeni olarak bu olayları göstermektedir. Bu olaylar sıklık sırasına göre; işten çıkarılma, iş yerinde sorun yaşama, bir yakının ölümü/kaybı ve aile içi çatışmadır. Hastaların büyük çoğunluğu, haksızlığa uğradıkları ve bu durumun geriye dönüşümü olmadığı duygusu içindedirler. Yaşantıladıkları, öncelikle hayata küskünlük, hiddet ve çaresizlik duygularıdır. HKB göçmenlerde ayrılık, iş yerinde baskı ya da işten çıkarılma gibi değişik yaşam olayları sonucunda görülmektedir. Bu tür olaylar yaşamın her anında görülebilirken, önemli dönüşüm zamanlarında ortaya çıktıklarında bireyin yaşama dair temel değer yargılarını sarsabilmektedir(6,186)

Hayata küsme olarak adlandırabilecek olan durumun, birlikte görülebilir olsa da, depresif duygudurum, umutsuzluk ya da hiddetle karşılaştırıldığında farklı bir kategoride değerlendirilmesi gereken bir duygu olduğu öne sürülmektedir(190,191). Hayata küsme, toplumsal olarak haksızlığa uğrama durumlarında ortaya çıkan bir duygu ya da uzun süren işsizliğe gösterilen duygudurumsal bir tepki olarak tanımlanmaktadır(192,193). Hayata küsmenin hastalık değeri, örneğin Depresyon ya da Anksiyete Bozuklukları' nda gözlenen belirtilerde olduğu gibi bireyin hayatını ne ölçüde kısıtladığı ile ölçülmektedir. Bireyin gündelik işlevlerini yerine getirmesini engelliyorsa ve başka belirtilerle birlikte görülüyorsa bir hastalık değeri var demektir(6,186).

HKB' de seyir çoğunlukla kötüdür. UB' nin aksine 6 ay içinde bir düzelme görülmez, daha çok süregenleşme ve kötüleşmeye meyillidir. Hastalık tanısı yaşanan

olay üzerinden değil, psikopatolojinin türü, ağırlığı ve gidişi göz önünde bulundurularak konulur(186). Tetikleyici etkenin tanı koydurucu önemi vardır. Bozukluğun gelişimi tetikleyici etken göz önüne alınmadan anlaşılabilir ve tedavi planlanamaz. Tetikleyici etken, yaşamı tehdit edici bir olay olmamasına karşın her zaman yaşanan sıradan bir olay da değildir. Bu nedenle, yaşanan bu olayın gerçek bir “travma” olup olmadığı da sorulması gereken bir sorudur. Hasta açısından bakıldığında bunun böyle olduğuna dair herhangi bir şüphe yoktur. Hasta olayı günü ve saati ile anımsar, kendini hayal kırıklığına uğramış, yaralanmış yani travmatize olmuş olarak algılar. Tetikleyici etken ve bireyin algısı arasında, depresyonda olduğu gibi özgül olmayan bir bağ değil, TSSB’ de olduğu gibi doğrudan bağ vardır(6).

Psikopatolojik olarak da olayın elde olmadan sık sık anımsanması ve kaçınma davranışı gibi, TSSB’ ye benzer belirtiler görülür. Fakat TSSB’ de ölüm korkusu ve dehşet duygusu özgülken, HKB’ de yaşanan olay hastada daha çok, hiddet ve küskünlük yaratır. HKB kısmen UB ile örtüşüyor olsa da, zaman kriteri göz önüne alındığında UB’ den daha çok TSSB ölçütlerine uymaktadır(6). Tüm bu nedenlerden dolayı HKB, TSSB ve UB arasında bir tablo olarak değerlendirilebilir. Örseleyici yaşam olaylarına bağlı olarak göçmenlerde ortaya çıkan ruhsal belirtiler kümesinin gösterdiği çeşitlilik DSM-IV ve ICD-10 tanı sistemlerinin sınırlarını zorlamaktadır. Bu nedenle neredeyse üç kişiden birinin göçmen olduğu bir dünyada DSM-IV ve ICD-10 gibi tanı sistemlerinin bu durumu daha fazla göz önünde bulundurması açısından bu yöndeki olgu sunumlarının ya da topluma dayalı araştırmaların artması ve tartışmaların zenginleşmesi gereklidir(6).

Bütün bunların yanında, yukarıda tanımlanan tablonun göç olgusundan bağımsız olarak da ortaya çıkıp çıkmadığı, ayrı bir tanı kategorisi olarak mı değerlendirilmesi gerektiği, yoksa TSSB ya da UB’ nin tanı ölçütlerinin genişletilmesi mi gerektiği soruları yeni çalışmalarla açıklanmayı beklemektedir(6).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı genel polikliniğine ve adli vaka polikliniğine Haziran 2009- Ocak 2010 tarihleri arasında başvuran hastalar, ilgili birimdeki hekim tarafından değerlendirildikten sonra araştırmacıya ardı sıra yönlendirilmişlerdir. Araştırmacı tarafından SCID I uygulanarak DSM-IV' e göre tanı konulan 14 Akut Stres Bozukluğu, 15 Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve 28 Uyum Bozukluğu hastası çalışmaya alınmıştır. Çalışma 3 Nisan 2009 tarih ve 29 sayılı yazı ile Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Etik Kurulu' nca onaylanmıştır.

Araştırmaya Alınma Ölçütleri:

- 18-65 yaş arasında olmak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- Okur-yazar olmak,
- DSM-IV' e göre Akut Stres Bozukluğu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Uyum Bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamak.

Araştırmaya Alınmama Ölçütleri:

- Mental Retardasyonun olması,
- Alkol-Madde Bağımlılığı' nın olması,
- Demans tanısı ya da bulgularının olması,
- SCID uygulanması ve yarı yapılandırılmış görüşme sonucunda, Akut Stres Bozukluğu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Uyum Bozukluğu tanıları dışında Eksen I tanılarının olduğunun saptanması.

3.2. Araştırmanın Aşamaları

Katılımcılarda ASB, TSSB ve UB tanıları SCID I Klinik Görüşme Formu uygulanarak değerlendirilmiştir. İlk görüşmede hastalara araştırmacının hazırladığı; Sosyodemografik Veri Toplama Formu, Rahe Holmes Strese Yeniden Uyum Ölçeği (RHÖ), Sarason'un Yaşam Değişimleri Anketi (SYDA), Sosyal İşlevsellik Ölçeği Hasta Formu (SİÖ-HF), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDÖ), Hamilton Anksiyete

Değerlendirme Ölçeği (HAÖ), Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Ölçeği (CAPS) ve İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGD) uygulanarak başlıca stres yaratan olaylar, şiddetleri ve etkileri değerlendirilmiştir. Uygulamaya başlamadan önce, katılımcılara araştırmanın amacı anlatılmış, yazılı olarak rızaları alınmış, uygulanacak anketler ve ölçekler hakkında bilgi verilmiştir.

Hasta gruplarına 4, 12, 18 ve 24. haftalarda HDÖ, HAÖ, CAPS ve İGD ölçekleri yeniden uygulanmıştır. Çalışma 2 aşamalı olarak planlanmıştır

Birinci aşamada: Başvuru anında ASB, TSSB ve UB tanıları alan hastaları çeşitli değişkenlere göre karşılaştırılmış, benzerlik ve farklılıkları saptanmaya çalışılmıştır. Daha sonra da ASB, TSSB ve UB tanısı alan hastaların 0, 4, 12, 18 ve 24. haftalarda semptom şiddetleri açısından karşılaştırmaları yapılmış ve tekrarlı ölçüm grafikleri oluşturulmuştur.

İkinci aşamada: İlk görüşme esnasında TSSB tanısı alan ve 1. ayın sonunda ASB' den TSSB' ye dönüşen hastalardan oluşan Toplam TSSB hasta grubu ile UB hasta grubu çeşitli değişkenlere göre karşılaştırılmış, benzerlik ve farklılıkları saptanmaya çalışılmıştır. Daha sonra da Toplam TSSB grubu ve UB grubu hastalarının 4,12,18 ve 24. haftalarda semptom şiddetleri açısından karşılaştırmaları yapılmış ve tekrarlı ölçüm grafikleri oluşturulmuştur.

ASB, TSSB ve UB hastaları araştırmaya alınırken DSM-IV Tanı Ölçütleri' ne göre değerlendirilmiş ve bu ölçütlere göre tanı konulmuştur. CAPS ölçeği her ne kadar DSM-IV Tanı Ölçütleri' ne benzer maddelerden oluşan bir ölçek olsa da, farklı olarak niceliksel değerlendirme imkanı da sağlayarak semptomların olup olmamasının yanında şiddeti hakkında da fikir veren bir ölçektir. Araştırmamızda, DSM-IV Tanı Ölçütleri' ne göre ASB, TSSB ve UB tanıları alan hastaların başlarından geçen olay/olaylardan ruhsal olarak ne düzeyde etkilendiğini değerlendirmek için CAPS ölçeği kullanılmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Toplama Formu: Araştırmacı tarafından araştırmaya katılanların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sayısı, yaşadığı yer, iş durumu, gelir durumunun değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır.

DSM IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (SCID I): SCID I, 1997 yılında DSM IV' e göre Eksen I Bozuklukları' nın değerlendirilmesi ve tanı konulması amacıyla First ve ark. (194) tarafından geliştirilmiş, şunda ve yaşam boyu tanı koymaya yönelik yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Özkürkçigil ve ark. (195) tarafından Türkçe' ye çevrilmiş ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır.

Rahe-Holmes Strese Yeniden Uyum Ölçeği (RHÖ): RHÖ, Holmes ve Rahe' nin (196) geliştirdiği bir öz bildirim ölçeğidir. Son 1 yıl içerisinde eşin ölümü, boşanma, yakın akraba ölümü, iş değişikliği, çevre değişikliği, hastalık öyküsü gibi stres yaratan önemli yaşam olaylarını belirlemek için kullanılır. Toplam 43 madde içerir. Eşin ölümü, boşanma, ayrılık ve aile üyelerinden birinin ölümü gibi kayıplar çok daha yüksek puanlar almaktadır. Holmes ve Rahe (196) on iki ay içerisinde skaladan 300 ve daha yüksek puan alanların daha düşük skor alanlara göre hastalanma oranlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Türkiye' de ilk kez Birsöz ve Sorias' ın kullandığı RHÖ' nün ülkemizde kapsamlı geçerlik güvenirlik çalışmasına rastlanmamıştır(197).

Sarason' un Yaşam Değişimleri Anketi (SYDA): SYDA, yaşam olaylarının etkisinin bireye göre değerlendirilmesi amacıyla olumlu ve olumsuz yaşam olaylarını ayrı ayrı değerlendirmek için dizayn edilmiştir. Son 1 yılda kişinin yaşadığı olayları kendi kendine değerlendirmesine olanak sağlayan bir ölçektir. 65 maddeden oluşur. Yaşam değişimleri anketine cevap verirken, olayların arzu edilirliliği ve etkileri değerlendirilir. Olayların ayrıntılı olarak değerlendirilebilmesi için -3' ten +3' e kadar değişen bir dereceleme ölçeğinden yararlanır. Kişi yaşadığı olayları olumlu ve olumsuz olarak değerlendirdikten sonra “az” , “orta” veya “çok” gibi bir derecelendirmeye tabi tutar. Eksi puanların toplanması ile “olumsuz değişim puanı” , artı değerlerin toplanması ile “olumlu değişim puanı” ve bu iki değerlerin toplanmasıyla da “toplam değişim puanı” elde edilir (198) Türkçe' ye uyarlanması Aslanoğlu (199) tarafından yapılmıştır.

Sosyal İşlevsellik Ölçeği Hasta Formu (SİÖ-HF): SİÖ, Birchwood ve ark. Tarafından 1990 yılında geliştirilmiştir. Altı alt ölçekten oluşur. Bunlar; Sosyal uğraşı/sosyal geri çekilme, kişiler arası davranış, öncül sosyal etkinlikler, boş zaman etkinlikleri, bağımsızlık, iş/meslek. Her alt ölçekten alınan toplam puanların yüksek

olması işlevsellikte olumluya doğru gidişin olduğunu göstermektedir(200). Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirliği Erakay tarafından yapılmıştır(201).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ): 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bunlar; aile, arkadaş ve özel bir insandır. Her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Her alt ölçekteki 4 maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilir ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilir. Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirliği Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır (202).

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDÖ): Ölçek Hamilton (203) tarafından, Depresyon tanısı almış hastalarda Depresyonun şiddetini değerlendirmek amacıyla 1950' lerin sonunda geliştirilmiştir. Klinisyen tarafından 17 depresyon semptomunu, üç ya da beş dereceli bir boyut üzerinden değerlendirmektedir. 0 ile 4 arasında puanlar alınabilir. En yüksek 53 puan alınabilir.

HDÖ' ye göre alınan puanlar;

0-7= Depresyon yok

8-12= Hafif Düzeyde Depresyon

13-17= Orta Düzeyde Depresyon

18-29 = Major Depresyon

30-52 = Ağır Major Depresyon şeklindedir.

Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği Akdemir ve ark. (204) tarafından yapılmıştır. Yeterli iç tutarlılığa, test tekrar güvenilirliğine, değerlendiriciler arası güvenilirliğe, yapı ve ölçüt bağlantılı geçerliğe sahip olduğu gösterilmiştir.(205) Hastaların tedaviye yanıtını değerlendirirken de oldukça güvenli bir ölçek olduğu ifade edilmektedir.

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAÖ): Hamilton (206) tarafından geliştirilen bu ölçek bireylerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Sağlıklı bireyler ve psikiyatrik hasta gruplarına uygulanabilir. Beşli likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Hem ruhsal hem bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeden oluşur. Ölçekte maddelerin varlığı ve şiddeti görüşmeci tarafından değerlendirilir. Yönergesinin anlaşılır olması ve yarı yapılandırılmış sorgulama nedeni ile uygulanması kolaydır. Son 72 saat

içerisindeki anksiyete düzeyini değerlendirmek üzere kullanılır. Her maddeden elde edilen puan toplanarak toplam puan elde edilir. Her maddenin puanı 0-4 arasında, ölçeğin toplam puanı ise 0-56 arasında değişmektedir. Türkiye’ de yapılan çalışmada kesme puanı hesaplanmamıştır. Bu nedenle yalnızca karşılaştırmalı çalışmalarda anlam taşır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve ark.(207) tarafından yapılmıştır.

Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Ölçeği [Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)]: CAPS gerek araştırma, gerekse klinik ihtiyaçlara uygun olarak hazırlanmış, yapılandırılmış bir klinik görüşme formudur(208). Savaş, doğal afet, trafik kazaları, işkence, cinsel taciz ve tecavüz gibi travmalara bağlı TSSB belirtilerinin değerlendirilmesi ve herhangi bir tedavinin etkinliğinin izlenmesi için yaygın olarak kullanılan güvenilir ve geçerli bir araçtır. Tanısal görüşmeler konusunda deneyimli ruh sağlığı profesyonellerince kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Genel olarak tüm puanlamalar hastanın ifade ettiği bilgilere dayanır. Ancak, sonuç puanının belirlenmesinde hastadan alınan bilgilerin yanı sıra, görüşmecinin bu bilgilere güveni ve hastanın görüşme sırasındaki davranışlarını da içeren genel bir değerlendirme yapılır.

Ölçekteki soruların 17’ si belirtilerini değerlendirirken, diğer 8 soru ise “TSSB’ ye Eşlik Eden Belirtiler” başlığı altında yer almaktadır. Bunların dışında CAPS, şunları da değerlendirmeye olanak sağlar:

1. Her semptomun sıklık ve şiddeti,
2. Semptomların, hastanın sosyal ve mesleki işlevselliğine etkisi,
3. Semptomlar kompleksinin toplam ağırlığı,
4. Hastanın ilk görüşmeden buyana gösterdiği global gelişme,
5. Elde edilen puanların geçerliliği,

İki formdan oluşur. Her maddenin puanlanması için öngörülen zaman çerçevesi Form 1 için, bir önceki ay ve/veya travma sonrasındaki bir aylık süre (şimdiki ve yaşam boyu tanısal uyarlaması), Form 2 için ise bir önceki haftadır (1 haftalık semptom uyarlaması). CAPS’ in birinci formu, klinik görüşmecinin o anda ve yaşam boyu TSSB tanılarını koymasını sağlar. Form 2 ise, var olan TSSB belirtilerini yalnızca son 1 hafta için değerlendirip bu belirtilerin kısa aralıklarla incelenmesine olanak vermektedir. Her madde beşli likert tipi bir ölçekle

değerlendirilir. Bu özellik, hastalığın belirti şiddetinin ve sıklığının daha iyi derecelendirilebilmesini sağlar. Toplam ölçek puanı daha çok bozukluğun şiddetiyle ilgili bir fikir verip, belirtilerin sıklık ve şiddet puanlarının toplanmasıyla elde edilir ve 0 ile 136 arasında değişir. CAPS' e göre bir belirtinin varlığının saptanması sıklık ve şiddet değerlerinin birlikte değerlendirilmesi ile mümkün olmaktadır. Bir belirtinin var olarak kabul edilebilmesi için, sıklığının en az 1 (belirlenen zaman diliminde en az 1 kez ortaya çıkması), şiddetinin ise en az 2 (orta derecede sıkıntı verici/ rahatsız edici olması) gerekmektedir. Yani, o belirtiyeye ait sıklık ve şiddetin toplam puanı en az 3 olmalıdır. TSSB tanısı için, en az 1 tekrar yaşantılama belirtisi, 3 kaçınma veya küntleşme belirtisi ve 2 tane de aşırı uyarılmışlık belirtisinin bulunması gerekmektedir.

Her iki form aşağıdaki bölümlerden oluşur:

Travma puanlama sayfası:

TSSB Semptomları: Kriter B: Madde 1-4

Kriter C: Madde 5-11

Kriter D: Madde 12-17

Yaşam Boyu Tanı Klavuzu (sadece CAPS-I için)

CAPS Global Puanlaması: Madde 18-22

İlişkili veya Varsayılan Özellikler (İsteğe Bağlı): Madde 23-30

CAPS' in İngilizce versiyonu Vietnam Savaşı gazileri üzerinde yapılan çalışmalarla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe' ye uyarlanması ve geçerlik-güvenirlik çalışması Aker ve ark. tarafından yapılmıştır(209).

İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Formu (İGD): DSM-IV' ün V. Ekseninde kullanılmakta olan bu ölçek, kişinin fiziksel ya da çevresel faktörlerin neden olduğu bozulma dışındaki psikolojik, sosyal ve mesleki işlevselliğini değerlendiren bir ölçüm aracıdır. Puanlama eğitimli bir uzman tarafından 0-100 arasında tek bir rakamın seçilmesi ile yapılır. Ölçek 10 işlevsellik alanına bölünmüş olmakla birlikte, değerlendirmeyi yapan uzman gerektiğinde ara değerler de kullanabilir. Ölçekten alınan yüksek puanlar işlevselliğin yüksek olduğuna işaret eder. (210,211).

3.4. İstatistiksel Değerlendirme

Örneklemeden elde edilen verilerin analizini yapmak için SPSS 17.00 paket programı kullanılmıştır. Örneklem oluşturan gruplar normallik sayıltılarından birisi olan grupların en az 30 kişiden oluşması şartını karşılamadığından nonparametrik analiz yöntemleri kullanılmıştır. Örneklem grubunu oluşturan ikili gruplar arasında bağımsız değişkenler açısından fark olup olmadığını anlamak için Mann Whitney U-Testi Analizi kullanırken, üçlü grupların karşılaştırılmasından Kruskal Wallis H-Testi Analizi kullanılmıştır. Sosyodemografik verilere ait oranların anlamlılığını belirlemek için de Ki-Kare Analizi yapılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmaya konu olan ASB ve TSSB' nin klinik özellikleri nedeniyle, bulgular iki ayrı başlık altında verilecektir.

1. AŞAMA

Bu bölümde, çalışmada yer alan 14 ASB, 15 TSSB ve 28 UB hastası toplam 57 katılımcının travma sonrası stres, anksiyete, depresyon, işlevsellik, algılanan sosyal destek, başından geçen yaşam olayları, yaşam değişimleri ve sosyal işlevsellik düzeylerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

4.1. İlk Görüşmede ASB, TSSB ve UB Gruplarında Sosyodemografik Veriler

Katılımcıların sosyodemografik verileri incelendiğinde, ASB' si olan 14 kişinin 1' inin (%7.1) erkek, 13' ünün (%92.9) kadın, TSSB' si olan 15 kişinin 1' inin (%6.7) erkek, 14' ünün (%93.3) kadın, UB' si olan 28 kişinin ise 3' ünün (%10.7) erkek, 25' inin (%89.3) kadın olduğu saptanmıştır. Grupların yaş ortalamalarına bakıldığında ASB' si olanların 30.43, TSSB' si olanların 27.2 ve UB' si olanların ise 37.25 olarak bulunmuştur. Eğitim durumlarına göre, ASB' si olanların %35.7' si ilköğretim, %35.7' si lise, % 28.6' sı yüksekokul, TSSB' si olanların %53.3' ü ilköğretim, %33.3' ü lise, %13.3' ü yüksek okul mezunu iken, UB' si olanların %42.9' u ilköğretim, %32.1' i lise ve %25' i yüksekokul mezunudur. Medeni durumlarına göre, ASB' si olanların 6' sı (%42.9) evli, 8' i (%57.1) bekar, TSSB' si olanların 6' sı (%40) evli, 6' sı (%40) bekar, 1' i (%6.7) boşanmış/dul, 2' si (%13.3) ayrı yaşıyor iken, UB' si olanların 15' i (%53.6) evli, 6' sı (%21.4) bekar, 6' sı (%21.4) boşanmış/dul, 1' i (%3.6) ise ayrı yaşıyordu. Gelir düzeyi açısından ise, ASB grubunda yer alanların %21.4' ü 0-400 TL, %28.6' sı 401-800 TL, %14.3' ü 801-1200 TL, %35.7' si 1201-1500 TL, TSSB grubunda yer alanların %20' si 0-400 TL, %66.7' si 401-800 TL, %13,3' ü 801-1200 TL kazanca sahipken bu oran UB grubunda yer alanlarda % 11,1' i 0-400 TL, %44,4' ü 401-800 TL, %14,8' i 801-1200 TL, %18,5' i 1201-1500 TL ve %11,1' i 1501 TL ve üstü şeklindedir. İş durumu açısından bakıldığında, ASB grubunda yer alan 8 kişinin (%57.1) düzenli işinin olduğu, 4 kişinin (%28.4) öğrenci olduğu ve 2 kişinin (%14.3) ev hanımı olduğu, TSSB grubunda yer alan 1 kişinin (%6.7) düzenli işinin olduğu, 3 kişinin (%20) işsiz

veya geçici işçi olduğu, 4 kişinin (%26.7) öğrenci olduğu ve 7 kişinin de (%46.7) ev hanımı olduğu gözlenirken, UB olanlarda 5 kişi (%17.9) düzenli işi olan, 5 kişi (%17.9) işsiz veya geçici işçi, 2 kişi (%7.1) emekli, 4 kişi (%14.3) öğrenci ve 7 kişi (46.7) ev hanımıdır. Katılımcıların çocuk sayıları incelendiğinde, ASB grubunda yer alanlardan %71.4' ünün çocuğunun olmadığı, %14.3' ünün 1 çocuğunun olduğu, %14.3' ünün 2 çocuğunun olduğu, TSSB grubunda yer alanların, %53.3' ünün çocuğunun olmadığı, %20' sinin 1 çocuğunun olduğu, %20' sinin 2 çocuğunun olduğu ve %6.7' sinin ise 3 çocuğunun olduğu görülmüştür. Uyum Bozukluğu grubunda yer alanların ise, %35.7' sinin çocuğunun olmadığı, %28.6' sının tek çocuğunun olduğu, %25' inin 2 çocuğunun olduğu ve %10.7' inin de 3 çocuğunun olduğu gözlenmiştir. Son olarak, ASB grubunda yer alan 3 kişi (%21.4) yalnız, 10 kişi (%71.4) ailesiyle, 1 kişi de (%7.1) yurt veya pansiyonda, TSSB grubunda yer alan 12 kişi (%80) aile bireyleriyle ve 3 kişi de (%20) yurt veya pansiyonda yaşamaktadır. UB' si olan kişilerin 2' si (%7.1) yalnız, 25' i (%89.3) aile bireyleriyle yaşarken, 1' i (%3.6) diğer ortamlarda yaşamaktadır. Yukarıda bahsedilen sosyodemografik özelliklere ilişkin bilgiler Tablo 4.1.' de özetlenmiştir.

Tablo 4.1. ASB, TSSB ve UB gruplarında sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	ASB		TSSB		UB		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cinsiyet								
Kadın	13	92.9	14	93.3	25	89.3	52	91.2
Erkek	1	7.1	1	6.7	3	10.7	5	8.8
Eğitim Düzeyi								
İlköğretim	5	35.7	8	53.3	12	42.9	25	43.9
Lise	5	35.7	5	33.3	9	32.1	19	33.3
Yüksek Okul	4	28.6	2	13.3	7	25	13	22.8
Medeni Durum								
Evli	6	42.9	6	40	15	53.6	27	47.4
Bekar	8	57.1	6	40	6	21.4	20	35.1
Boşanmış/Dul	0	0	1	6.7	6	21.4	7	12.3
Ayrı Yaşıyor	0	0	2	13.3	1	3.6	3	5.3
Gelir Düzeyi								
0-400 TL	3	21.4	3	20	3	11.1	9	16.1
400-800 TL	4	28.6	10	66.7	12	44.4	26	46.4
800-1200 TL	2	14.3	2	13.3	4	14.8	8	14.3
1200-1500 TL	5	35.7	0	0	5	18.5	10	17.9
1500 TL ve üstü	0	0	0	0	3	11.1	3	5.4
İş Durumu								
Düzenli işi olan	8	57.1	1	6.7	5	17.9	14	24.6
İşsiz/geçici işçi	0	0	3	20	5	17.9	8	14
Emekli	0	0	0	0	2	7.1	2	3.5
Öğrenci	4	28.4	4	26.7	4	14.3	12	21.1
Ev hanımı	2	14.3	7	46.7	7	46.7	21	36.8
Çocuk Sayısı								
Çocuğu olmayan	10	71.4	8	53.3	10	35.7	28	49.1
1 çocuk	2	14.3	3	20	8	28.6	13	22.8
2 çocuk	2	14.3	3	20	7	25	12	21.1
3 ve üzeri çocuk	0	0	1	6.7	3	10.7	4	7
Kiminle Yaşadığı								
Yalnız	3	21.4	0	0	2	7.1	5	8.8
Ailesiyle	10	71.4	12	80	25	89.3	47	82.5
Yurt/pansiyon	1	7.1	3	20	0	0	4	7
Diğer	0	0	0	0	1	3.6	1	1.8
	Ort.	sd	Ort.	sd	Ort.	sd		
Yaş	30.43	11.17	27.2	8.94	37.25	12.61	32.93	12.05

4.2. İlk Görüşmede ASB, TSSB ve UB Tanısı Alan Hastalarda Travmanın/Yaşam Olayının Niteliği ve Sayısı

İlk görüşmede ASB ve TSSB tanısı alan hastaların travmanın niteliği ve sayısına göre dağılımına bakıldığında 14 ASB hastasından 9'unun (%64.3) cinsel taciz ve/veya tecavüze uğradığı, 2'sinin (%14.3) fiziksel şiddete uğradığı ve/veya yaralandığı, 3'ünün (%21.4) de birisinin ölümü, ölüm tehtidi ve/veya

yaralanmasına tanık olduğu, 14 hastanın hepsinin (%100) travmaya bir defa uğradığı, birden fazla defa travmatik olaya maruz kalan olmadığı (%0) saptandı. TSSB hastalarına bakıldığında 15 hastanın 6' sının (%40) bir defa, 1' inin ise (%6.7) birden fazla defa olmak üzere 7' sinin (%46.7) cinsel taciz ve/veya tecavüze uğradığı, 3' ünün (%20) birden fazla defa fiziksel şiddete uğradığı ve/veya yaralandığı, 2' sinin (%13.3) bir defa motorlu araç ve/veya iş kazası geçirdiği, 3' ünün (%20) de bir defa birisininin ölümü, ölüm tehtidi ve/veya yaralanmasına tanık olduğu saptandı. Toplamda ASB ve TSSB hastalarından oluşan 29 kişiden 16' sının (%55.1) cinsel taciz ve/veya tecavüze uğradığı, 5' inin (%17.3) fiziksel şiddete uğradığı ve/veya yaralandığı, 2' sinin (%6.9) motorlu araç ve/veya iş kazası geçirdiği, 6' sının (%20.7) birisininin ölümü, ölüm tehtidi ve/veya yaralanmasına tanık olduğu saptandı. Yukarıda bahsedilen ASB ve TSSB hastalarının travmanın niteliği ve sayısına göre dağılımı Tablo 4.2.' de özetlenmiştir.

Tablo 4.2. ASB ve TSSB hastalarının travmanın niteliği ve sayısına göre dağılımı

Travmaya Maruz Kalma Biçimleri		Travmanın Sayısı	ASB		TSSB		TOPLAM		% 100
			N=1 4	% 100	N=1 5	% 100	N=2 9	% 100	
İnsan Eliyle Bilerek Oluşturulan	Cinsel saldırı	bir defa	9	%64.3	6	%40	15	%51.7	%55.1
		birden çok	0	%0	1	%6.7	1	%3.4	
	Fiziksel şiddet	bir defa	2	%14.3	-	0	2	%6.9	%17.3
		birden çok	-	0	3	%20	3	%10.4	
	İşkence ve kötü muamele	bir defa	-	0	-	0	-	0	%0
		birden çok	-	0	-	0	-	0	
İnsan Eliyle Kaza Sonucu Oluşan	Motorlu araç/ iş kazası	bir defa	-	0	2	%13.3	2	%6.9	%6.9
		birden çok	-	0	-	0	-	0	
Doğal Afetler	Deprem, sel, yangın vs.	bir defa	-	0	-	0	-	0	%0
		birden çok	-	0	-	0	-	0	
İkincil Travmatizasyon	Başkasının, ölüm tehtidi/yaralanmasına tanık olma	bir defa	3	%21.4	3	%20	6	%20.7	%20.7
		birden çok	-	0	-	0	-	0	

UB hastalarının yaşam olayının niteliğine göre dağılımına bakıldığında 28 hastadan 10' unda (%35.7) aile bireyleri veya yakın ilişki içerisinde bulunan kişilerle ilişki sorunlarının olduğu, 3 kişide (%10.7) kişisel bir yaralanma veya hastalığın etken olduğu, 1 kişide (%3.6) aile üyelerinden birinin veya yakın ilişkideki kişilerin sağlığında değişiklik veya ölüm meydana geldiği, 14 kişide (%50) ise birden fazla çeşitte yaşam olayının bulunduğu saptandı. UB hastalarını yaşam olayının niteliğine göre dağılımı Tablo 4.3.' te özetlenmiştir.

Tablo 4.3. UB hastalarının yaşam olayının niteliğine göre dağılımı

YAŞAM OLAYLARI	Uyum Bozukluğu	
	N=28	% 100
Aile bireyleri veya çok yakın ilişkide bulunan kişilerle ilişki sorunları	10	%35.7
Kişisel yaralanma ve hastalık	3	%10.7
Aile üyelerinden veya yakın ilişkideki kişilerin sağlığında değişiklik	1	%3.6
Ekonomik zorluklar	-	%0
İşyeri veya okul ile ilişkili sorunlar	-	%0
Kendisi ve yakın ilişkide bulunduğu kişilerin hukuki sorunları	-	%0
İkamet ve sosyal çevre değişikliği	-	%0
Birden fazla çeşitte yaşam olayı	14	%50

İlk görüşmede TSSB tanısı alan hastaların travmatik olayın üzerinden geçen süreye göre dağılımına bakıldığında 15 hastadan 7' sinde travmatik olayın üzerinden 1-6 ay, ortalama 3 ay, 2' sinde 7-12 ay, ortalama 9.75 ay, 2' sinde 1-5 yıl, ortalama 42 ay, 1' inde 75 ay, 3' ünde 10 yıldan fazla, ortalama 280 ay geçtiği, tüm hastalar açısından travmatik olayın üzerinden geçen sürenin ortalama 69.3 ay olduğu saptandı. İlk görüşmede TSSB tanısı alan hastaların travmanın üzerinden geçen süreye göre dağılımı Tablo 4.4.' te özetlenmiştir.

Tablo 4.4. TSSB hastalarının travmatik olaydan sonra geçen süreye göre dağılımı

	Travmadan sonra geçen süre	N	Ortalama süre(ay)
TSSB	1-6 ay	7	3
	7-12 ay	2	9.75
	1-5 yıl	2	42
	5-10 yıl	1	75
	10 yıldan fazla	3	280
TOPLAM		15	69.3

4.3. ASB, TSSB ve UB Gruplarında RHÖ, SYDA, ÇBASDÖ ve SİÖ-HF Puanlarının Karşılaştırılması

Sarasonun Yaşam Değişimler Anketi (SYDA), Sosyal İşlevsellik Ölçeği Hasta Formu (SİÖ-HF), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Rahe-Holmes Yaşam Olayları Anketi (RHÖ) puanları için ASB, TSSB ve UB grupları açısından anlamlı bir fark olup olmadığı Kruskal Wallis H-Testi analizi yapılarak belirlenmiştir. Sonuçta, SYDA, SİÖ-HF ve RHÖ puanlarının gruplar arasında anlamlı bir fark oluşturmadığı bulunmuştur. ÇBASDÖ puanları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır [KW=7.911, p<.05]. Sonuç olarak ÇBASDÖ puanları açısından, ASB grubu puanları (Ort.=38.96) ile TSSB grubu puanları (Ort.=23.43) arasında ve ASB grubu puanları (Ort.=38.96) ile UB grubu puanları (Ort.= 25.89) arasında anlamlı farklılık olduğu, TSSB grubu puanları (Ort.=23.43) ve UB grubu puanları (Ort.= 25.89) arasında ise anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Bu çerçevede, Hem UB grubunun hem de TSSB grubunun ÇBASDÖ puanlarının, ASB grubundan anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Yukarıda bahsedilen bulgular Tablo 4.5.' te özetlenmiştir.

Tablo 4.5. ASB, TSSB ve UB gruplarının SYDA, SİÖ-HF, ÇBASDÖ ve RHÖ puanları açısından karşılaştırılması

	Gruplar	N	Sıra Ortalaması	sd	KW	p
SYDA	ASB	14	35.46	2	3.5	.174
	TSSB	15	24.07			
	UB	28	28.41			
SİÖ-HF Toplam Puan	ASB	14	32.46	2	3.17	.205
	TSSB	15	22.57			
	UB	28	30.71			
ÇBASDÖ	ASB	14	38.96	2	7.911	.019*
	TSSB	15	23.43			
	UB	28	25.89			
RHÖ	ASB	14	29.07	2	.715	.699
	TSSB	15	31.9			
	UB	28	27.41			

*p<0.05: Anlamlı fark

4.4. ASB, TSSB ve UB Gruplarında Elde Edilen CAPS Dissosiyatif Semptom Ortalama Puanları

İlk görüşmede ASB, TSSB ve UB gruplarından elde edilen CAPS alt ölçek ve toplam puanları Kruskal Wallis H-Testi analizi yapılarak karşılaştırılmıştır. Dissosiyatif semptomlar açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır [KW= 10.283, p<.05].

Sonuçlar incelendiğinde ASB grubunun puanları (Ort.= 33.79) UB grubunun puanlarından (Ort.= 21.98) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. TSSB grubu puanları da (Ort.= 37.63) UB grubu puanlarından (Ort.= 21.98) anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. ASB grubunun puanları (Ort.= 33.79) ile TSSB grubu puanları (Ort.= 37.63) arasında ise anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Yukarıda bahsedilen bulgular Tablo 4.6.' da özetlenmiştir.

Tablo 4.6. ASB, TSSB ve UB gruplarının disosiyatif semptomlar açısından CAPS puanlarına göre karşılaştırılması

CAPS Dissosiyasyon Puanları	Gruplar	N	Ort.	sd	KW	p
	ASB	14	33.79	2	10.283	.006*
	TSSB	15	37.63			
	UB	28	21.98			

*p< 0.05: Anlamlı fark

4.5. ASB, TSSB ve UB Gruplarında CAPS Ortalama Puanları

İlk görüşmede ASB, TSSB ve UB gruplarından elde edilen CAPS alt ölçek ve toplam puanları Kruskal Wallis H-Testi analizi yapılarak karşılaştırılmıştır. CAPS toplam puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark çıkmıştır[KW= 7.918, $p<.05$]. Sonuçlar incelendiğinde ASB grubunun puanları (Ort.= 34.19) UB grubunun puanlarından (Ort.= 22.38) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. TSSB grubu puanları da (Ort.= 35) UB grubu puanlarından (Ort.= 22.38) anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. ASB grubunun puanları (Ort.= 34.19) ile TSSB grubu puanları (Ort.= 35) arasında ise anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

CAPS alt ölçeklerinden Yeniden Yaşantılama alt ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark çıkmıştır[KW= 18.56, $p<.05$]. Sonuçlar incelendiğinde, ASB grubunun puanları (Ort.= 38.86) UB grubunun puanlarından (Ort.= 19.39) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. TSSB grubu puanları da (Ort.= 37.73) UB grubu puanlarından (Ort.= 19.39) anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. ASB grubunun puanları (Ort.= 38.86) ile TSSB grubu puanları (Ort.= 37.73) arasında ise anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Benzer şekilde CAPS alt ölçeklerinden Artmış Uyarılmışlık alt ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark çıkmıştır[KW= 11.11, $p<.05$]. Sonuçlar incelendiğinde ASB grubunun puanları (Ort.= 39.14) UB grubunun puanlarından (Ort.= 21.93) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. TSSB grubu puanları (Ort.= 32.73) da UB grubu puanlarından (Ort.= 21.93) anlamlı bir şekilde yüksektir. ASB grubunun puanları (Ort.= 39.14) ile TSSB grubu puanları (Ort.= 32.73) arasında ise anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

CAPS alt ölçeklerinden Kaçınma-Küntleşme Alt Ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır[KW= 5.53, $p=0.063$]. Yukarıda bahsedilen bulgular Tablo 4.7.' de özetlenmiştir.

Tablo 4.7. ASB, TSSB ve UB gruplarının CAPS alt ölçek ve toplam puan ortalamaları açısından karşılaştırılması (ilk görüşme)

Ölçekler	Gruplar	N	Sıra Ortalaması	sd	KW	p
Yeniden Yaşantılama Semptomları	ASB	14	38.86	2	18.56	.000*
	TSSB	15	37.73			
	UB	28	19.39			
Kaçınma-Küntleşme Semptomları	ASB	14	32.07	2	5.53	.063
	TSSB	15	35.63			
	UB	28	23.91			
Artmış Uyarılmışlık Semptomları	ASB	14	39.14	2	11.11	.004*
	TSSB	15	32.73			
	UB	28	21.93			
CAPS Toplam	ASB	14	34.19	2	7.918	.019*
	TSSB	15	35			
	UB	28	22.38			

*p< 0.05: Anlamlı fark

4.6. ASB, TSSB ve UB Gruplarında HDÖ ve HAÖ Ortalama Puanları

İlk görüşmede ASB, TSSB ve UB gruplarından elde edilen HDÖ ve HAÖ ortalama puanları Kruskal Wallis H-Testi analizi yapılarak karşılaştırılmıştır. HDÖ ve HAÖ ortalama puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bahsedilen bulgular Tablo 4.8.' de özetlenmiştir.

Tablo 4.8. ASB, TSSB ve UB gruplarının HDÖ ve HAÖ ortalama puanları açısından karşılaştırılması (ilk görüşme)

Ölçekler	Gruplar	N	Sıra Ortalaması	sd	KW	p
HDÖ	ASB	14	26.64	2	.808	.668
	TSSB	15	32.03			
	UB	28	28.55			
HAÖ	ASB	14	30.29	2	2.037	.361
	TSSB	15	33.37			
	UB	28	26.02			

*p< 0.05: Anlamlı fark

4.7. ASB, TSSB ve UB Gruplarında İGD Ortalama Puanları

İlk görüşmede ASB, TSSB ve UB gruplarından elde edilen İGD puanları Kruskal Wallis H-Testi analizi yapılarak karşılaştırılmıştır.

İGD ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark

çıkıştır[KW= 10.363, $p<.05$]. Sonuçlar incelendiğinde, ASB grubunun İGD puanlarının (Ort.= 29.61) TSSB grubunun İGD puanlarından (Ort.= 18.13) anlamlı olarak daha yüksek olduğu, TSSB grubunun İGD puanlarının (Ort.= 18.13) UB grubunun İGD puanlarından (Ort.=34.52) anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. ASB grubunun İGD puanları (Ort.= 29.61), UB grubunun İGD puanlarından (Ort.=34.52) daha düşük olmakla beraber bu farklılığın istatistiksel anlamlılık taşımadığı saptanmıştır. Yukarıda bahsedilen bulgular Tablo 4.9.' da özetlenmiştir.

Tablo 4.9. ASB, TSSB ve UB gruplarının İGD ortalama puanları açısından karşılaştırılması (ilk görüşme)

Ölçek	Gruplar	N	Sıra Ortalaması	sd	KW	p
İGD	ASB	14	29.61	2	10.363	.006*
	TSSB	15	18.13			
	UB	28	34.52			

* $p< 0.05$: Anlamlı fark

4.8. 1-6. Aylar Arasında TSSB ve UB Gruplarında CAPS, HAÖ, HDÖ ve İGD Ortalama Puanları

İlk görüşmede TSSB ve UB tanısı alan hastaların 2-5. Görüşmelerde (1. ayın sonundan 6. ayın sonuna kadar olan) HDÖ, HAÖ, İGD ve CAPS puanları Mann Whitney U-Testi analizi yapılarak karşılaştırılmıştır. 2-5. görüşmelerin hepsinde HDÖ, HAÖ, CAPS ve İGD puanları açısından TSSB grubu ile UB grubu arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır

2-5. görüşmelerin hepsinde TSSB grubu HDÖ puanlarının UB grubu HDÖ puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur[(Grş.2; $U=113$, $p<.05$), (Grş.3; $U=74.5$, $p<.05$), (Grş.4; $U=37$, $p<.05$), (Grş.5; $U=25$, $p<.05$)].

2-5. görüşmelerin hepsinde TSSB grubu HAÖ puanlarının UB grubu HAÖ puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur[(Grş.2; $U=88.5$, $p<.05$), (Grş.3; $U=80$, $p<.05$), (Grş.4; $U=51$, $p<.05$), (Grş.5; $U=39.5$, $p<.05$)].

2-5. görüşmelerin hepsinde TSSB grubu CAPS puanlarının UB grubu CAPS puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur[(Grş.2; $U=102.5$, $p<.05$), (Grş.3; $U=44$, $p<.05$), (Grş.4; $U=19.5$, $p<.05$), (Grş.5; $U=11.5$, $p<.05$)].

2-5. görüşmelerin hepsinde UB grubu İGD puanlarının TSSB grubu İGD puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur[(Grş.2; U=91, p<.05), (Grş.3; U=35, p<.05), (Grş.4; U=20.5, p<.05), (Grş.5; U=13, p<.05)]. Yukarıda bahsedilen bulgular Tablo 4.10.'da özetlenmiştir.

Tablo 4.10. İlk görüşmede TSSB ve UB tanısı alan hastaların 2-5. görüşmelerde HDÖ, HAÖ, İGD ve CAPS ortalama puanları açısından karşılaştırılması

Görüşmeler	Ölçekler	Travmanın Niteliği	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	P
2.Görüşme	HDÖ	TSSB	15	28.47	427	113	.013*
		UB	28	18.54	519		
	HAÖ	TSSB	15	30.10	451.5	88.5	.002*
		UB	28	17.66	494.5		
	İGD	TSSB	15	14.07	211	91	.002*
		UB	28	26.25	795		
	CAPS	TSSB	15	29.17	437.5	102.5	.006*
		UB	28	18.16	508.5		
3.Görüşme	HDÖ	TSSB	15	31.03	465.5	74.5	.001*
		UB	28	17.16	480.5		
	HAÖ	TSSB	15	30.67	460	80	.001*
		UB	28	17.36	486		
	İGD	TSSB	15	10.33	155	35	.000*
		UB	28	28.25	791		
	CAPS	TSSB	15	32.07	481	44	.000*
		UB	28	15.63	422		
4.Görüşme	HDÖ	TSSB	15	33.53	503	37	.000*
		UB	28	15.82	443		
	HAÖ	TSSB	15	31.86	446	51	.000*
		UB	28	16.32	457		
	İGD	TSSB	15	9.37	140.5	20.5	.000*
		UB	28	28.77	805.5		
	CAPS	TSSB	15	34.70	520.5	19.5	.000*
		UB	28	15.20	425.5		
5.Görüşme	HDÖ	TSSB	15	33.33	500	25	.000*
		UB	28	14.93	403		
	HAÖ	TSSB	15	32.68	457.5	39.5	.000*
		UB	28	15.91	445.5		
	İGD	TSSB	15	8.87	133	13	.000*
		UB	28	29.04	813		
	CAPS	TSSB	15	35.23	528.5	11.5	.000*
		UB	28	14.91	417.5		

*p<0.05: Anlamlı fark

4.9. Eşik altı TSSB Oranları

İlk Görüşmede ASB ve TSSB tanısı alan hastaların 2-5. görüşmeler de Eşik altı TSSB tanı ölçütlerini karşılama oranlarına bakıldığında ilk görüşmede ASB tanısı alan 14 hastadan 2. görüşmede Eşik altı TSSB tanı ölçütlerini karşılayan hasta saptanmamakla beraber, 3. görüşmede 2 kişi (%14.3), 4. görüşmede 5 kişi (%35.7) ve 5. görüşmede 5 kişi (%35.7)' nin Eşik altı TSSB tanı ölçütlerini karşıladığı saptanmıştır. İlk görüşmede TSSB tanısı alan 15 hastadan, 2. görüşmede 4 kişi (%26.7), 3. görüşmede 2 kişi (%13.3), 4. görüşmede 2 kişi (%13.3)' nin Eşik altı TSSB tanı ölçütlerini karşıladığı saptanırken, 5. görüşmede Eşik altı TSSB tanı ölçütlerini karşılayan hasta saptanmamıştır.

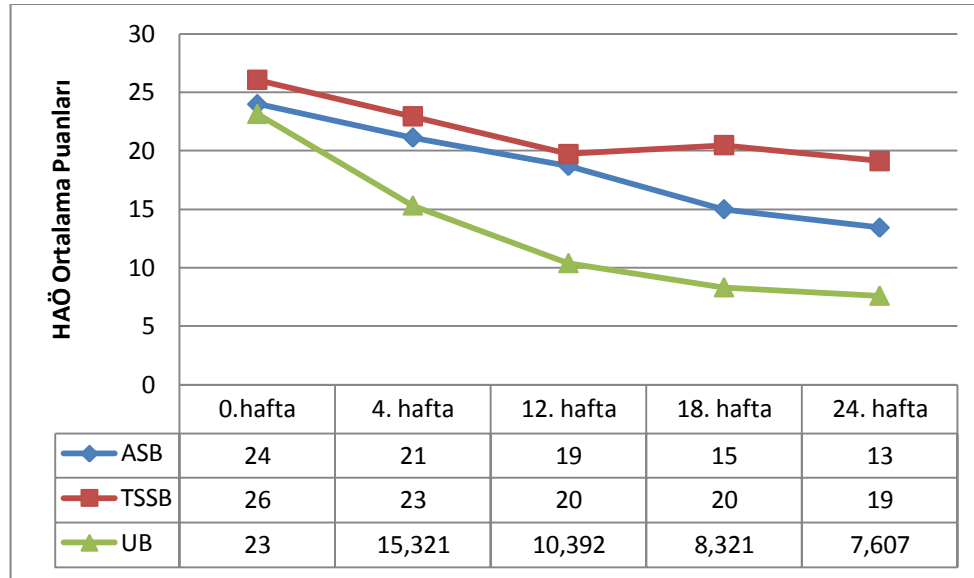
1.ayın sonunda ASB' den TSSB' ye dönen ve ilk görüşmeden itibaren TSSB tanısı ile izlenen 29 hastadan oluşan Toplam TSSB grubunda 2. görüşmede 4 kişi (%13.8), 3. görüşmede 4 kişi (%13.8), 4. görüşmede 7 kişi (%24.1) ve 5. görüşmede 5 kişi (%17.2)' nin Eşik altı TSSB tanı ölçütlerini karşıladığı saptanmıştır. Örneklem sayısındaki yetersizlik nedeni ile gruplar arasında istatistiksel karşılaştırma yapılamamıştır. Yukarıda bahsedilen bulgular Tablo 4.11.' de özetlenmiştir.

Tablo 4.11. İlk görüşmede ASB ve TSSB tanısı alan hastalarda 2-5. görüşmelerde Eşik altı TSSB tanı ölçütlerini karşılama oranları

Görüşmeler	ASB		TSSB		Toplam	
	N=14	%100	N=15	%100	N=29	%100
2. Görüşme	0	0	4	26.7	4	13.8
3. Görüşme	2	14.3	2	13.3	4	13.8
4. Görüşme	5	35.7	2	13.3	7	24.1
5. Görüşme	5	35.7	0	0	5	17.2

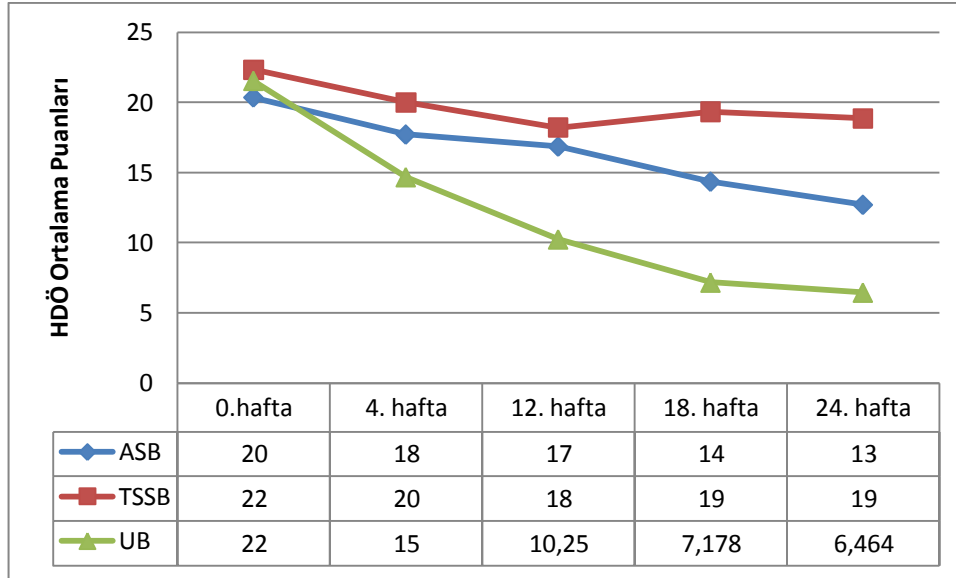
4.10. İlk Görüşmede ASB, TSSB ve UB Tanısı Alan Hastaların HAÖ, HDÖ, CAPS ve İGD Puanlarının 0-6 Aylık Değişimi

İlk görüşmede ASB, TSSB ve UB tanısı alan hastaların izlemleri esnasında semptom şiddetlerinin ve genel işlevselliğinin değerlendirilmesi amacıyla HAÖ, HDÖ, CAPS ve İGD ölçekleri için tekrarlı ölçüm grafikleri yapılmıştır.



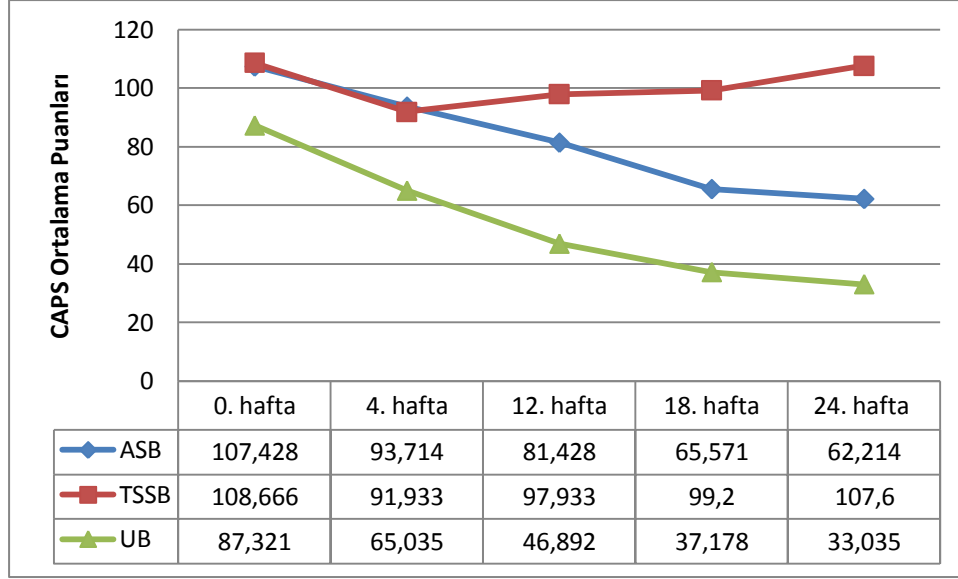
Şekil 4.1. ASB, TSSB ve UB grupları için HAÖ puanlarının 1-5. görüşmelerdeki zaman içindeki değişimi (0-6 ay)

ASB, TSSB ve UB gruplarından beş görüşmeden elde edilen HAÖ ortalama puanlarındaki zaman etkisini incelemek için tekrarlı ölçüm analizi yapılmıştır. Sonuç olarak, ASB grubundan elde edilen HAÖ puanlarının [$F=11.943$, $p<.05$], TSSB grubundan elde edilen HAÖ puanlarının [$F=9.416$, $p<.05$] ve UB grubundan elde edilen HAÖ puanlarının [$F=100.763$, $p<.05$] her üçünün de zaman içinde anlamlı bir düşme gösterdiği bulunmuştur. ASB, TSSB ve UB gruplarına ait HAÖ ortalama puanlarının 0-6 ay tekrarlı ölçüm grafiği, Şekil 4.1’ de gösterilmiştir.



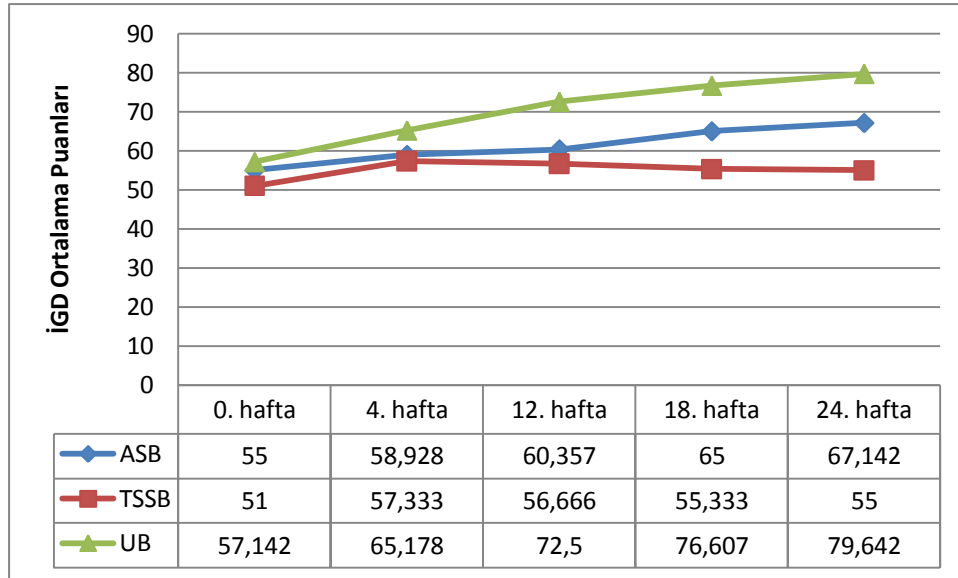
Şekil 4.2. ASB, TSSB ve UB grupları için HDÖ puanlarının 1-5. görüşmelerdeki zaman içindeki değişimi (0-6 ay)

ASB, TSSB ve UB gruplarından beş görüşmeden elde edilen HDÖ ortalama puanlarındaki zaman etkisini incelemek için tekrarlı ölçüm analizi yapılmıştır. Sonuç olarak, ASB grubundan elde edilen HDÖ puanlarının [$F=7.263$, $p<.05$], TSSB grubundan elde edilen HDÖ puanlarının [$F=2.653$, $p<.05$] ve UB grubundan elde edilen HDÖ puanlarının [$F=86.730$, $p<.05$] her üçünün de zaman içerisinde anlamlı bir düşme gösterdiği bulunmuştur. ASB, TSSB ve UB gruplarına ait HDÖ ortalama puanlarının tekrarlı ölçüm grafiği, Şekil 4.2.' de gösterilmiştir.



Şekil 4.3. ASB, TSSB ve UB grupları için CAPS puanlarının 1-5. görüşmelerdeki zaman içindeki değişimi (0-6 ay)

ASB, TSSB ve UB gruplarından beş görüşmeden elde edilen CAPS ortalama puanlarındaki zaman etkisini incelemek için tekrarlı ölçüm analizi yapılmıştır. Sonuç olarak, ASB grubundan elde edilen CAPS puanlarının [$F=16.789$, $p<.05$] ve UB grubundan elde edilen CAPS puanlarının [$F=117.919$, $p<.05$] zaman içinde anlamlı bir düşme gösterdiği, bununla birlikte TSSB grubundan elde edilen CAPS puanlarının ($p>.05$) zaman içinde anlamlı bir düşme göstermediği bulunmuştur. ASB, TSSB ve UB gruplarına ait CAPS ortalama puanlarının tekrarlı ölçüm grafiği, Şekil 4.3.' te gösterilmiştir.



Şekil 4.4. ASB, TSSB ve UB grupları için İGD puanlarının 1-5. görüşmelerdeki zaman içindeki değişimi (0-6 ay)

ASB, TSSB ve UB gruplarından beş görüşmeden elde edilen İGD puanlarındaki zaman etkisini incelemek için tekrarlı ölçüm analizi yapılmıştır. Sonuç olarak, ASB grubundan elde edilen İGD puanlarının [$F=13.028$, $p<.05$], TSSB grubundan elde edilen İGD puanlarının [$F=6.419$, $p<.05$] ve UB grubundan elde edilen İGD puanlarının [$F=105.828$, $p<.05$] her üçünün de zaman içerisinde anlamlı bir yükselme gösterdiği bulunmuştur. ASB, TSSB ve UB gruplarına ait İGD puanlarının tekrarlı ölçüm grafiği Şekil 4.4' te gösterilmiştir.

2.AŞAMA

Bu bölümde, çalışmanın 1. ayının sonunda çalışmada yer alan 29 TSSB ve 28 UB hastası toplam 57 olgunun travma sonrası stres, anksiyete, depresyon, işlevsellik, algılanan sosyal destek, başından geçen yaşam olayları, yaşam değişimleri ve sosyal işlevsellik düzeylerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

4.11. Birinci Ayın Sonunda Toplam TSSB ve UB Gruplarında RHÖ, ÇBASDÖ, SYDA ve SİÖ-HF Puanları

Toplam TSSB ve UB grupları arasında RHÖ, ÇBASDÖ, SYDA ve SİÖ-HF ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olup olmadığına Mann Whitney U-Testi analizi ile bakılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, RHÖ, ÇBASDÖ, SYDA ve SİÖ-HF

ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür($p>0.05$). Yukarıda bahsedilen bulgular Tablo 4.12.' de özetlenmiştir.

Tablo 4.12. Toplam TSSB ve UB gruplarının RHÖ, ÇBASDÖ, SYDA ve SİÖ-HF puanları açısından karşılaştırılması

Ölçekler	Gruplar	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
RHÖ	TSSB	29	30.53	885.5	361.5	.477
	UB	28	27.41	767.5		
ÇBASDO	TSSB	29	30.93	897	321	.247
	UB	28	25.89	699		
SYDA	TSSB	29	29.57	857.5	389.5	.792
	UB	28	28.41	795.5		
SİÖ-HF	TSSB	29	27.34	793	358	.443
	UB	28	30.71	860		

* $P<0.05$: Anlamlı fark

4.12. 1-6. Aylar Arasında Toplam TSSB ve UB Gruplarında CAPS, HAÖ, HDÖ ve İGD Ortalama Puanları

1. ayın sonunda ASB' den TSSB' ye dönen ve ilk görüşmede TSSB tanısı konulan 29 hastadan oluşan Toplam TSSB grubu ve 28 hastadan oluşan UB grubu 2-5. Görüşmelerde (1. Ayın sonundan 6. Ayın sonuna kadar) HDÖ, HAÖ, İGD ve CAPS ortalama puanları Mann Whitney U-Testi analizi yapılarak karşılaştırılmıştır.

2-5. görüşmelerin hepsinde HDÖ, HAÖ, CAPS ve İGD puanları açısından Toplam TSSB grubu ile UB grubu arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır

2-5. görüşmelerin hepsinde Toplam TSSB grubu HDÖ puanlarının UB grubu HDÖ puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur[(Grş.2; $U=253.5$, $p<.05$), (Grş.3; $U=161.5$, $p<.05$), (Grş.4; $U=121.5$, $p<.05$), (Grş.5; $U=103.5$, $p<.05$)].

2-5. görüşmelerin hepsinde TSSB grubu HAÖ puanlarının UB grubu HAÖ puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur[(Grş.2; $U=186$, $p<.05$), (Grş.3; $U=164$, $p<.05$), (Grş.4; $U=143.5$, $p<.05$), (Grş.5; $U=139$, $p<.05$)].

2-5. görüşmelerin hepsinde TSSB grubu CAPS puanlarının UB grubu CAPS puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur[(Grş.2; $U=171$, $p<.05$), (Grş.3; $U=108.5$, $p<.05$), (Grş.4; $U=96.5$, $p<.05$), (Grş.5; $U=92$, $p<.05$)].

2-5. görüşmelerin hepsinde UB grubu İGD puanlarının TSSB grubu İGD puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur[(Grş.2; $U=193.5$,

p<.05), (Grş.3; U=100, p<.05), (Grş.4; U=97, p<.05), (Grş.5; U=91.5, p<.05)]. Yukarıda bahsedilen bulgular Tablo 4.13.' te özetlenmiştir.

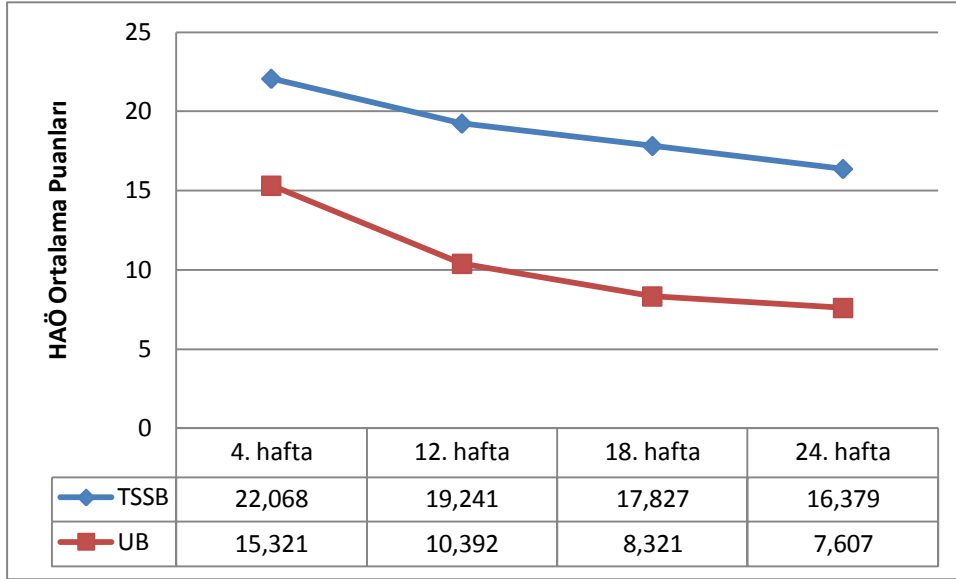
Tablo 4.13. Toplam TSSB ve UB gruplarının 2-5. görüşmelerde HDÖ, HAÖ, İGD ve CAPS ortalama puanları açısından karşılaştırılması

Görüşmeler	Ölçekler	Travmanın Niteliği	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p	
2.Görüşme	HDÖ	TSSB	29	34.36	993.5	253.5	.015*	
		UB	28	23.55	659.5			
	HAÖ	TSSB	29	36.59	1061	186	.000*	
		UB	28	21.14	592			
	İGD	TSSB	29	21.67	628.5	193.5	.001*	
		UB	28	36.59	1024.5			
	CAPS	TSSB	29	37.10	1076	171	.000*	
		UB	28	20.61	577			
	3.Görüşme	HDÖ	TSSB	29	37.43	1085.5	161.5	.000*
			UB	28	20.27	567.5		
		HAÖ	TSSB	29	37.34	1083	164	.000*
			UB	28	20.36	570		
İGD		TSSB	29	18.45	535	100	.000*	
		UB	28	39.93	1118			
CAPS		TSSB	29	38.26	1109.5	108.5	.000*	
		UB	28	18.02	486.5			
4.Görüşme		HDÖ	TSSB	29	38.81	1125.5	121.5	.000*
			UB	28	18.84	527.5		
		HAÖ	TSSB	29	37.38	1046.5	143.5	.000*
			UB	28	19.63	549.5		
	İGD	TSSB	29	18.34	532	97	.000*	
		UB	28	40.04	1121			
	CAPS	TSSB	29	39.67	1150.5	96.5	.000*	
		UB	28	17.95	502.5			
	5.Görüşme	HDÖ	TSSB	29	38.43	114.5	103.5	.000*
			UB	28	17.83	481.5		
		HAÖ	TSSB	29	37.54	1051	139	.000*
			UB	28	19.46	545		
İGD		TSSB	29	18.16	536.5	91.5	.000*	
		UB	28	40.23	1126.5			
CAPS		TSSB	29	39.83	1155	92	.000*	
		UB	28	17.79	498			

*p< 0.05: Anlamlı fark

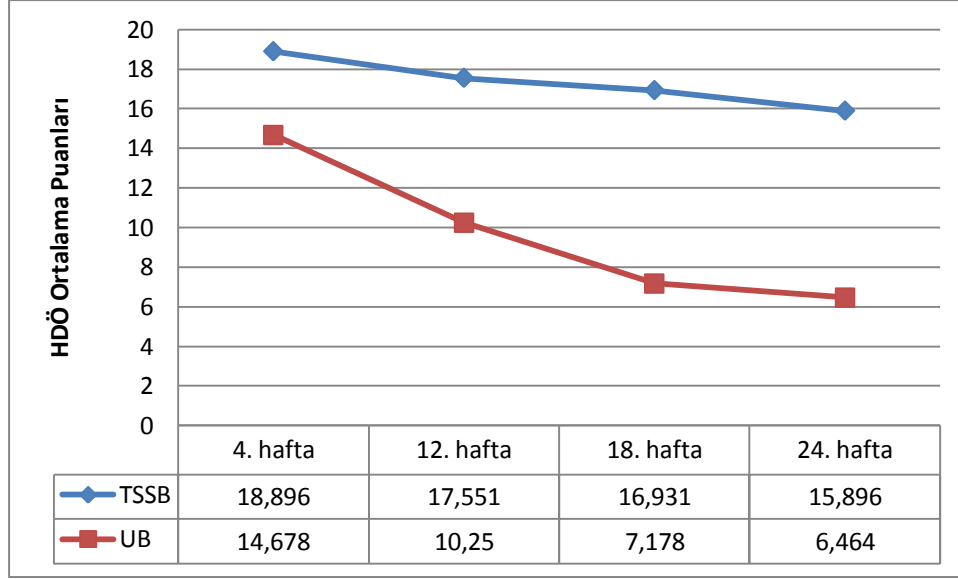
4.13. Toplam TSSB ve UB Gruplarındaki Hastaların İGD, HAÖ, HDÖ ve CAPS Ortalama Puanlarının 1-6 Aylık Değişimi

Toplam TSSB ve UB tanısı alan hastaların izlemleri esnasında semptom şiddetlerinin ve genel işlevselliğinin değerlendirilmesi amacıyla HAÖ, HDÖ, CAPS ve İGD ölçekleri için tekrarlı ölçüm grafikleri yapılmıştır.



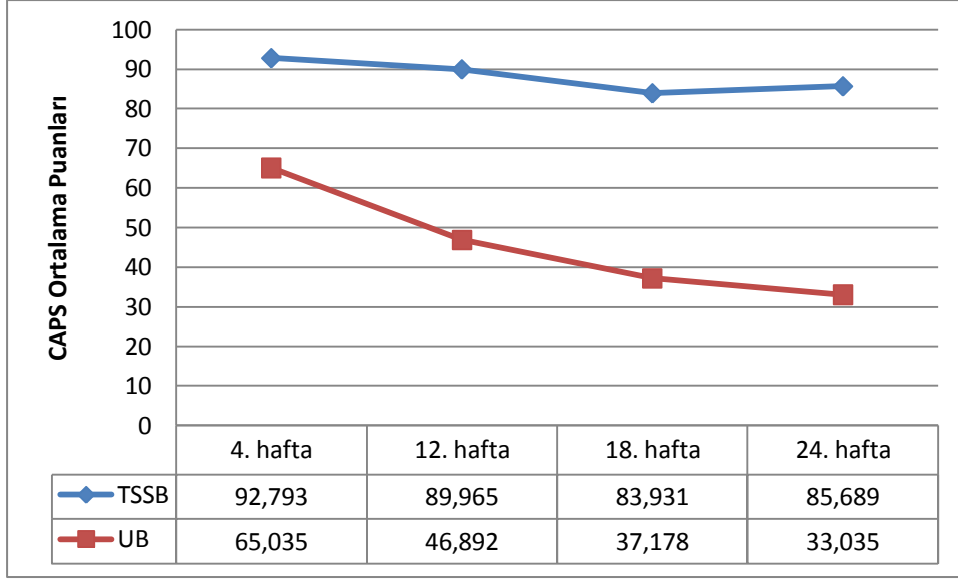
Şekil 4.5. Toplam TSSB ve UB gruplarında HAÖ puanlarının 2-5. görüşmelerindeki zaman içindeki değişimi (1-6 ay)

Toplam TSSB ve UB grubundan ilk görüşme hariç diğer görüşmelerden elde edilen HAÖ ortalama puanlarındaki zaman etkisini incelemek için tekrarlı ölçüm analizi yapılmıştır. Sonuç olarak, Toplam TSSB grubundan elde edilen HAÖ puanlarının [$F=12.902$, $p<.05$] ve Uyum Bozukluğu grubundan elde edilen HAÖ puanlarının [$F=65.889$, $p<.05$] her ikisinin de zaman içerisinde anlamlı bir düşme gösterdiği bulunmuştur. Toplam TSSB ve UB gruplarına ait HAÖ ortalama puanlarının tekrarlı ölçüm grafiği Şekil 4.5.' te gösterilmiştir.



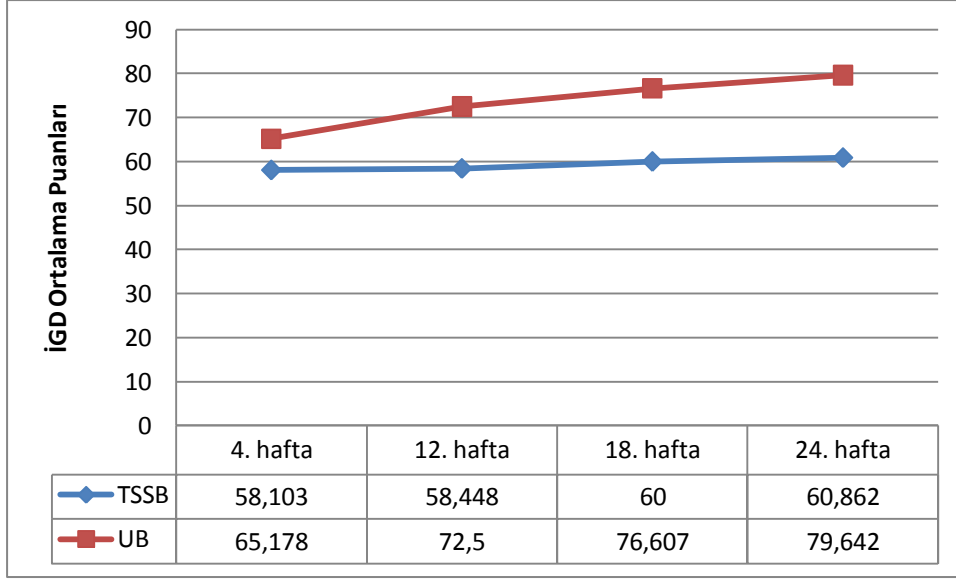
Şekil 4.6. Toplam TSSB ve UB gruplarında HDÖ puanlarının 2-5. görüşmelerindeki zaman içindeki değişimi (1-6 ay)

Toplam TSSB ve UB gruplarından ilk görüşme hariç diğer görüşmelerden elde edilen HDÖ ortalama puanlarındaki zaman etkisini incelemek için tekrarlı ölçüm analizi yapılmıştır. Sonuç olarak, Toplam TSSB grubundan elde edilen HDÖ puanlarının [$F=3.493$, $p<.05$] ve UB grubundan elde edilen HDÖ puanlarının [$F=40.562$, $p<.05$] her ikisinin de zaman içinde anlamlı bir düşme gösterdiği bulunmuştur. Toplam TSSB ve UB gruplarına ait HDÖ ortalama puanlarının tekrarlı ölçüm grafiği Şekil 4.6.' da gösterilmiştir.



Şekil 4.7. Toplam TSSB ve UB gruplarında CAPS toplam puanlarının 2-5. görüşmelerindeki zaman içindeki değişimi (1-6 ay)

Toplam TSSB ve UB gruplarından ilk görüşme hariç diğer görüşmelerden elde edilen CAPS ortalama puanlarındaki zaman etkisini incelemek için tekrarlı ölçüm analizi yapılmıştır. Sonuç olarak, TSSB grubundan elde edilen CAPS puanlarının zaman içinde anlamlı bir düşme göstermediği bulunmuştur ($p > .05$). Bununla birlikte UB grubundan elde edilen CAPS puanlarının zaman içerisinde anlamlı bir düşme gösterdiği bulunmuştur [$F=82.104$, $p < .05$]. Toplam TSSB ve UB gruplarına ait CAPS ortalama puanlarının tekrarlı ölçüm grafiği Şekil 4.7.' de gösterilmiştir.



Şekil 4.8. Toplam TSSB ve UB gruplarında İGD puanlarının 2-5. görüşmelerindeki zaman içindeki değişimi (1-6 ay)

Toplam TSSB ve UB gruplarından ilk görüşme hariç diğer görüşmelerden elde edilen İGD puanlarındaki zaman etkisini incelemek için tekrarlı ölçüm analizi yapılmıştır. Sonuç olarak, Toplam TSSB grubundan elde edilen İGD puanlarının zaman içinde anlamlı bir yükselme göstermediği bulunmuştur ($p>.05$). Bununla birlikte UB grubundan elde edilen İGD puanlarının zaman içinde anlamlı bir yükselme gösterdiği bulunmuştur [$F=74.497$, $p<.05$]. Toplam TSSB ve UB gruplarına ait İGD puanlarının tekrarlı ölçüm grafiği Şekil 4.8.' de gösterilmiştir.

4.14. Çalışmayı Terk Eden Hastaların Terk Nedenleri

Çalışmayı terk eden katılımcıların, terk nedenlerine ilişkin dağılımına bakılmıştır. ASB tanısı alanlardan 10 kişi (%45.4), TSSB tanısı alanlardan 6 kişi (%27.3) ve UB tanısı alanlardan da 6 kişi (%27.3) olmak üzere toplam 22 kişi (%100) çalışmayı terk etmiştir. Bu hastalardan 11' inin erkek (%50), 11' inin kadın (%50) olduğu gözlenmiştir. Hastaların çalışmayı terk nedenlerine bakıldığında çalışmayı terk eden 6 hastanın (%27.3) tedaviye ihtiyacı kalmadığını düşündüğü, 6 hastanın (%27.3) ekonomik zorluklar ve çalışma şartlarını gerekçe gösterdiği, 4 hastanın (%18.2) eşinin veya diğer aile bireylerinin isteği nedeniyle çalışmayı terk

ettiği, 1 hastanın (%4.5) tedavinin yararlı olmadığına inancını gerekçe gösterdiği, yine 1 hastanın (%4.5) ikamet edilen yer değişikliği nedeniyle çalışmayı terk ettiği, 4 hastanın (%18.2) da herhangi bir neden göstermediği ya da iletişim kurulamadığı için terk nedeninin öğrenilemediği saptandı. Yukarıda bahsedilen bulgular Tablo 14' te özetlenmiştir.

Tablo 4.14. Çalışmayı terk eden hastaların terk nedenleri ile ilişkili dağılımı

Çalışmayı Terk Nedenleri	Cinsiyet	ASB		TSSB		UB		Toplam	
		N=10	%100	N=6	%100	N=6	%100	N=22	%100
Tedaviye ihtiyacının kalmadığını düşünme	E	1	%10	1	%16.6	2	%33.3	6	%27.3
	K	-	%0	1	%16.6	1	%16.6		
Ekonomik zorluk veya çalışma şartları	E	2	%20	1	%16.6	1	%16.6	6	%27.3
	K	1	%10	-	%0	1	%16.6		
Eşinin veya diğer aile bireylerinin isteği	E	-	%0	-	%0	-	%0	4	%18.2
	K	2	%20	1	%16.6	1	%16.6		
Tedavinin yararlı olmadığına inanma	E	-	%0	-	%0	-	%0	1	%4.5
	K	-	%0	1	%16.6	-	%0		
İkamet edilen yer değişikliği	E	-	%0	-	%0	-	%0	1	%4.5
	K	1	%10	-	%0	-	%0		
Gerekçe göstermeyen/ulaşılabilen hastalar	E	2	%20	1	%16.6	-	%0	4	%18.2
	K	1	%10	-	%0	-	%0		

5. TARTIŞMA

Araştırmamıza katılan olgularda ASB grubunun %92.7' sinin, TSSB grubunun %93.3' ünün ve UB grubunun %89.3' ünün kadın olduğu gözlenmiştir(Bkz Tablo 4.1.). Araştırmamızın sonuçları erkeklere oranla kadınlarda ruhsal bozuklukların (212), TSSB oranlarının (213-216) ve UB oranlarının (217,218) daha fazla olduğu yönündeki araştırmalarla uyumludur. Kadın olmak TSSB geliştirme açısından bir risk faktörü olarak görülmektedir(213,219). Bazı araştırmacılar kadınların erkeklere göre farklı travmalarla karşılaştığını, bazı travmaların ise TSSB gelişimi açısından daha riskli olduğunu ifade etmektedirler(219). Kadınların çocukluk ve erişkinlik dönemlerinde daha fazla fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalmalarının önemli bir etken olabileceği belirtilmiştir(220). Travma türü ve şiddeti benzer olsa bile kadınlarda TSSB oranlarının erkeklerin 2 katı düzeyinde olduğunu gösteren araştırma sonuçları da mevcuttur(154). . Kadınların daha incinebilir olmaları nedeniyle TSSB ve UB geliştirme risklerinin daha yüksek olduğu, aynı zamanda var olan belirtileri kolaylıkla ifade edebildikleri belirtilmektedir(221,222). Araştırmamızdaki kadın oranlarının yüksek olması adli vaka polikliniğinden yönlendirilen hastaların büyük oranda cinsel travma mağduru kadınlardan oluşması ve genel polikliniklere kadınların daha fazla başvurusu nedeniyle de olabilir.

Medeni durum açısından bakıldığında, TSSB grubunun %20' si, UB grubunun da %25' inin boşanmış/dul/ayrı yaşıyor olduğu gözlenmiştir(Bkz Tablo 4.1.). Bu oranlar literatürde yapılmış araştırmalardaki sonuçlarla çok benzerdir(131,223-226). Araştırmamızın bu sonuçları, TSSB gibi kronik bir tablonun evlilik gibi önemli bir işlevsellik gerektiren yapıyı olumsuz etkilemesi veya boşanmış/dul/ayrı yaşayanların sosyal desteklerinin daha az olması nedeni ile daha fazla TSSB geliştirmeleri (227) ile ilişkili olabilir. Yine UB' ye neden olan stresörlerin büyük oranda evlilik sorunlarını içermesi UB hastalarında boşanmış/dul/ayrı yaşayanların fazla olmasının nedeni olabilir(11,228).

Gelir düzeyi açısından bakıldığında, olguların %46.4' ünün 400-800 TL arasında bir gelirin olduğu gözlenmektedir (Bkz. Tablo 4.1.). Bu sonuç TSSB geliştirme olasılığının alt sosyoekonomik gruptan olanlarda daha yüksek olduğu

yönündeki araştırma sonuçları ile uyumludur(34). Örneklem grubumuzun genel poliklinik ve adli poliklinik hizmeti veren polikliniklerden yönlendirilen hastalardan oluşması, genel polikliniklere daha çok maddi imkanları kısıtlı kişilerin başvurması ve adli olaylarla karşılaşma oranlarının alt sosyoekonomik grupta daha yüksek olması (229) nedeniyle araştırmamızın bu kısıtlılığının sonuçları etkileyebilecek olması da göz önünde bulundurulmalıdır.

Araştırmamızda ASB yaş ortalaması 30.43 ± 11.17 , TSSB yaş ortalaması 27.2 ± 8.94 ve UB yaş ortalaması 37.25 ± 12.61 olarak ölçülmüştür(Bkz. Tablo 4.1.). Araştırmamızdaki bu değerler benzer araştırmalarda ki değerler (132,217) ile uyumludur. Bugüne kadar yapılan araştırma sonuçları UB hastalarının yaş ortalamalarının diğer Eksen I tanılarında daha genç olduğu yönündedir(177,224). Yine toplum taramalarında (34) ve depremle ilgili çalışmalarda (45,63) daha yaşlı olanlarda TSSB oranları daha fazla görülürken, savaş mağdurları arasında ise tersine yaşlı olmak koruyucu faktör olarak ortaya çıkmaktadır(230).

Araştırmamızda ASB grubunun %64.3' ünün, TSSB grubunun %46.7' sinin ve her iki grubun toplamda %55.1' inin cinsel saldırıya uğradıkları gözlenmiştir(Bkz. Tablo 4.2.). Olguların büyük çoğunluğunun kadın olduğu da göz önünde bulundurulduğunda, araştırmamızın bulgularının kadınlarda en sık rastlanan travmatik olay şeklinin cinsel travma olduğu yönündeki araştırma sonuçları ile uyumlu olduğu gözlenmektedir(231-234). Yine cinsel travmaların çok büyük bir oranda fiziksel travma da içerdiği yönünde sonuçları olan önemli araştırmalar mevcuttur(225,235,236). Kessler ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada yaşam boyu en yüksek TSSB oranı %57.1 ile tamamlanmış ırza geçme olayı sonrasında görülmüş ve diğer travmatik olaylardan daha büyük bir risk olduğu anlaşılmıştır(30). Bir başka araştırmada tecavüze uğramış, yaşamı tehdit edilmiş ve fiziksel saldırıya uğramış mağdurların %80' inin TSSB geliştirdiği saptanmıştır(51). Travmatik yaşantısı olan olguların büyük kısmının adli vaka polikliniğinden yönlendirilen hastalardan olmasının araştırmamızdaki cinsel travma oranını etkileyebileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Yine araştırmamızda travmatik olaya maruz kalan ASB ve TSSB hastalarından oluşan olguların %17.3' ünün fiziksel şiddet mağduru oldukları, fiziksel şiddet mağduru TSSB hastalarının da hepsinin (%100) birden fazla defa travmaya maruz kalmış oldukları gözlenmiştir. Bu oranlar fiziksel şiddet görenlerin

büyük çoğunluğunun tekrar şiddet görme riski taşıdığı yönünde sonuçları olan araştırmalarla uyumludur(237-239).

Araştırmamızda travmatik olaya maruz kalan ASB ve TSSB hastalarının %20.7' sinin ikincil travmatizasyona uğradıkları gözlenmiştir(Bkz. Tablo 4.2.). Bu durum DSM-III-R' ye kadar TSSB nedeni olabileceği düşünülmeyen ikincil travmatizasyonun da oldukça sık ve doğrudan travmaya maruz kalan kişilerdekine benzer ruhsal etkiler ortaya çıkarabildiğini gösteren çalışma sonuçları ile uyumludur(240). Pek çok araştırmada doğrudan ve dolaylı travmatizasyonun sonuçlarının aynı olduğu ileri sürülmüştür(241-244). Sungur ve Kaya tarafından 2001 yılında yapılan araştırmada, 1993 yılında meydana gelen Sivas katliamında yaralananlar ile olayın yaşandığı gün şehirdeki üniversite hastanesinde görev yapmakta olan ve katliamdan yaralı kurtulanlara ilk müdahaleleri gerçekleştiren sağlık çalışanları TSSB belirtileri açısından karşılaştırılmıştır. 2 grup arasında belirtilerin ortaya çıkması açısından bir fark olmadığı, belirtilerin kronikleşmesi açısından ise doğrudan maruz kalan grubun daha yüksek puanlar aldığı bulunmuştur(129).

Araştırmamızda ASB tanısı konulan hastaların %100' ünün 1. ayın sonunda TSSB tanı ölçütlerini karşıladığı gözlenmiştir. Bu oran ASB tanısı alan hastaların büyük çoğunluğunun ileride TSSB geliştirdikleri yönünde sonuçlanan araştırmalar ile uyumludur(245-248).

Araştırmamızda UB hastalarının %35.7' sinin aile bireyleri veya yakın ilişkide olunan kişilerle sorunlarının olduğu, % 10.7' sinin kişisel yaralanma veya hastalığının olduğu, %3.6' sının aile üyelerinden veya yakın ilişkide bulunan kişilerin sağlığında bir değişiklik tarifledikleri, %50' sinin ise izole bir olaydan ziyade eşit veya benzer oranda etkili olduğunu düşündükleri birden fazla yaşam olayı ifade ettikleri gözlendi(Bkz. Tablo 4.3.). Bu oranlar UB' de birden fazla yaşam olayının aynı anda ya da birbirini tetikleyerek etken oldukları (226,249,250) ve yine en yaygın yaşam olaylarının yakın ilişki kurulan kişilerle ve sağlık durumu ile ilişkili olduğu yönünde sonuçlanan araştırmalarla benzerlik göstermektedir(251,252).

Araştırmamızda TSSB tanısı alan hastalarda travmatik olayın üzerinden geçen süre ortalama olarak 69.3 ay olarak ölçülmesine rağmen, hastaların %46.7' sinde travmatik olayın üzerinden ortalama 3 ay, % 20' sinde ise ortalama 280 ay

geçtiği saptanmıştır(Bkz. Tablo 4.4.). Bu hastaların hepsi TSSB tanısı almasına rağmen travmatik olay sonrası gelişen ruhsal hastalıkların, bu tabloların gelişimi ve gidişatını etkileyen değişkenlerden bağımsız biçimde TSSB adı altında temsil edilmelerinin ne derece sağlıklı olduğu tartışmalıdır. Tamamen belleğe dayanan açıklamaların her defasında travmanın farklı bir boyutunu içermesi riski taşıması ve kontrol edilemeyen değişkenlerin mevcut olması bu tartışmaların odak noktasını oluşturmaktadır. Travma sonrası gelişen psikiyatrik tablolarla ilgili araştırma yapmanın yöntemsel zorlukları üzerinde duran araştırmalarda bu durum belirtilmiştir(21). Bazı araştırmacılar bu tartışmalar çerçevesinde travmanın üzerinden geçen süreye göre TSSB' yi daha özelleşmiş alt tipler şeklinde tanımlayarak ele almaya çalışmışlardır(129,245). Sungur ve Kaya tarafından Sivas Olayları' ndan kurtulanlarla yapılan araştırmada bu yöntemsel sorun nedeniyle TSSB' nin uzun izlem çalışması; akut, akut tekrarlayıcı, kronik iyileşen, kronik tekrarlayıcı, kronik inatçı, inatçı, 6. ay başlangıçlı, 12. ay başlangıçlı ve 18. ay başlangıçlı gruplar olarak ele alınmıştır.

Araştırmamızda nesnel olarak yaşam olaylarının şiddetini ölçen RHÖ ve yaşam değişimlerinin öznel algılanmasını değerlendiren SYDA ile stres yaratan etkenler değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme sonucunda her iki ölçek puanları açısından ilk görüşmedeki ASB, TSSB ve UB grupları ve 2. görüşmedeki Toplam TSSB ve UB grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır($p>0.05$). Daha çok UB' nin tanı ölçütlerindeki yaşam olaylarını içeren bu ölçekler açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olmaması, hem nesnel olarak yaşam olaylarının ölçülebilen şiddetinin, hem de bu olayların kişiler tarafından algılanma şeklinin her üç grupta benzer olduğunu düşündürmektedir. Bu 2 ölçekte tanımlanan yaşam olayları doğrudan UB gelişimi için etken iken, TSSB tablosunda ise travmatik yaşantının etki düzeyini değiştiren önemli yan etkenlerdir. Bu durum DSM-IV' te tanımlanan UB ve TSSB tanı ölçütlerinin yaşam olayının niteliği ile ilgili yapmış oldukları ayırımın ne derece yeterli olduğunun sorgulanması gerektiğini düşündürebilir. Yine bu sonuçlar DSM-IV TSSB Tanı Ölçütleri' nden A1 ve A2 ölçütlerinde tanımlanan travmatik olayın travmatik olmayan yaşam olaylarından ayırımı ile ilişkili tanımlamanın yetersizliğini düşündürmektedir. Bu tanımlama yeterli olsa bile travmatik veya travmatik olmayan gibi görünen olay(lar)ın

etkilerinin sadece görünen izole olay(lar)la tanımlanmasının ne derece uygun olduğunu sorgulamamıza neden olmuştur. Araştırmamızın sonuçları; “Acaba bu ölçütler bu ayırımı yapmakta yetersiz mi kalmaktadır?”, “Yoksa yaşam olaylarını değerlendiren ölçeklerin yetersizliği ve öznel algı kavramının ölçüm zorluğu ile ilişkili olarak TSSB araştırmalarındaki metodolojik problemler mi burada etkili olmaktadır?” gibi soruları akla getirmektedir. DSM-IV TSSB Tanı Ölçütleri’nden A ölçütünde değerlendirilen stresörlerin geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış bir ölçek tarafından tam olarak ölçülebilme olasılığı, olayın doğası itibariyle olası görünmemektedir(21). Yine travma öncesi, sırası ve sonrasındaki faktörler travmatik veya travmatik olmayan bir olumsuz yaşam olayının öznel olarak nasıl algılanacağını belirlediği için öznel algı kavramını ölçmek mümkün görünmemektedir. Travmanın nesnel olarak ölçülebilen şiddetinin ya da travmaya maruz kalma derecesinin travmatik stresle doğrudan ilişkili olduğu genel kabul görmesine (230,253,254) ve öznel sıkıntı hissi veya travma anında kişinin algıladığı tehdit çoğu çalışmada en önemli birkaç belirleyiciden biri olarak belirtilmesine (126,255-257) rağmen öznel algının çok karmaşık etkenlerle ilişkili olması değerlendirmede zorluğa yol açmaktadır. Bir araştırmada DSM-IV TSSB Tanı Ölçütleri’nden A2 ölçütünde tanımlanan yoğun akut duygusal tepkilerin 6 ay sonra TSSB’yi çok zayıf bir şekilde öngördüğü, yine bu duygusal tepkilerin olmadığını ifade eden küçük bir grubun da 6 ay sonra TSSB tanı ölçütlerini karşıladığı bulunmuştur(257). Başka bir araştırmada DSM-IV TSSB Tanı Ölçütleri’nden A1 ölçütünü ve B-F ölçütlerini karşılayan hastaların %23’ünün A2 ölçütünü karşılamadığı için TSSB tanısı konulmadığı saptanmıştır(258). 6104 travma öyküsü olan yetişkin bireyde yapılan bir araştırmada DSM-IV TSSB Tanı Ölçütleri’nden B-F ölçütlerinin semptom şiddeti açısından A2 pozitif ve A2 negatif kohortlarda anlamlı farklılık bulunmamıştır(259). Başka bir araştırmada korku ve dehşetin yerine yalnızca çaresizliğin travma sonrası semptomatoloji ile ilişkili olduğu bulunmuştur(260). Yine bu artan kanıtları destekler biçimde, DSM-IV TSSB Tanı Ölçütleri’nden A2 ölçütünün yaşlı erkek savaş gazilerinde TSSB prevalansı üzerinde hiçbir etkisinin bulunmadığı saptanmıştır(261). Bu bulgular doğrultusunda, bir çok araştırmacı düşük yordayıcı değeri nedeniyle TSSB geliştirecek kişilerin tanımlanmasında yararı olmadığını

savunarak DSM-IV TSSB Tanı Ölçütleri' nden A2 ölçütünün kaldırılmasını savunmaktadırlar.

TSSB' nin "Korku Koşullama Modeli" ' ne dayanan akut travma sonrası tepkilerin (korku, çaresizlik ve dehşete düşme) kapsamının genişletilmesi önerilmiştir. Örneğin, dikkat çeken bir duygusal tepki de Panik Atak' tır. DSM-IV Alan Araştırmaları' nda travma sonrası stresin baskın bir belirleyicisi 2 bileşenden oluşan Panik Atak' tır: "fizyolojik aşırı uyarılma" ve "diğer panik semptomları (titreme, taşikardi, ölüm korkusu gibi)" içerir(262). Bu durum paniğin, fiziksel semptomlar ile korku, çaresizlik ve dehşete düşme gibi bilişsel semptomlar yanında disosiyasyonda da rolünün olduğunu savunan araştırmalarla paralellik göstermektedir. Diğer araştırmalar, korku tepkisinin(263) veya peritratmatik otonomik aktivasyonun(264) yordayıcı değeri üzerinde yoğunlaşılması gerektiğini savunur. Birçok araştırmacı(265) üzüntü, acı, öfke, utanç, suçluluk duygusu gibi diğer güçlü peritratmatik duyguların da TSSB ile ilişkili olduğunu savunmuşlardır. DSM-IV Alan Araştırmaları, insanların Panik Atak ile benzer şekilde DSM-IV TSSB Tanı Ölçütleri' nden A2 ölçütündeki duygusal tepkileri (korku, çaresizlik ve dehşet) de reddedebildiklerini ancak konfüzyon, negatif duygulanım, utanma, ve nefret yaşadıklarını ifade ettiklerini gözlemiştir(262). Travma sonrası tepkilerin bu geniş spektrumu DSM-IV TSSB Tanı Ölçütleri' nden A2 ölçütünü korku reaksiyonlarıyla sınırlandırmanın geçerliliğinin sorgulanmasına neden olmaktadır. DSM-IV yaşamsal tehlike durumlarında ortaya çıkacağı düşünülen öfke veya kişinin ahlaki inanışları ve/veya etik standartlarının çiğnenmesi durumunda ortaya çıktığı düşünülen suçluluk duygusu veya değersizlik duyguları gibi diğer duyguları ele almamıştır(266). Tüm bu tartışmalarla ilişkili olarak DSM-V' te DSM-IV TSSB Tanı Ölçütleri' nden A1 ölçütünün tanımlanması daha netleştirilmeye çalışılmakta olup, A2 ölçütünün şu anki tanımlaması çerçevesinde TSSB' yi öngörmedeki tutarsız sonuçları nedeniyle kaldırılması planlanmaktadır(120).

Araştırmamızda sosyal işlevselliği ölçen SİÖ-HF açısından ilk görüşmedeki ASB, TSSB ve UB grupları ve 2. görüşmedeki Toplam TSSB ve UB grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır($p>0.05$). Bu sonuç kesitsel karşılaştırmanın bir kısıtlılığı olabilir. SİÖ-HF' nun sadece ilk görüşmede uygulanması ve sosyal işlevselliğin izlem esnasındaki seyrinin değerlendirilmemiş olması araştırmamızın

kısıtlılıkları arasındadır. Bu kısıtlılık İGD ölçeğinde ölçülen işlevsellik alanlarından birinin de sosyal işlevsellik olması göz önünde bulundurularak İGD ölçeğinin tüm görüşmelerde uygulanması ile aşılmaya çalışılmıştır. İGD ölçek puanları açısından tekrarlı ölçüm sonuçlarında UB grubu İGD puanlarının diğer gruplardan anlamlı olarak yüksek seyretmesi de başvuru esnasında UB hastalarının TSSB ve ASB hastalarına benzer şekilde sosyal işlevsellik kaybına uğramalarına rağmen, bu durumun tedavi ile hızla gerilediğini düşündürmektedir. Bu çerçevede yaygın olarak kullanılmasına rağmen, “rezidüel” bir teşhis kategorisi olarak görülmesi ve metodolojik zorluklar nedeniyle yeterli düzeyde araştırma yapılmayan UB’ nin tedaviye çok hızlı ve iyi yanıt vermesine rağmen tedavisiz kaldığında önemli işlevsellik kayıplarına neden olduğu düşünülebilir. UB ile psikiyatrik hastalıklarda en ciddi sorunlardan olan intihar arasında ilişki saptanmış olması da (119), intihar davranışı ile yoğun işlevsellik kayıplarının paralelliği göz önünde bulundurulduğunda bu bakışı desteklemektedir.

Araştırmamızda sosyal desteğin öznel olarak nasıl algılandığı ÇBASDÖ ile değerlendirilmiştir. ASB grubunda ÇBASDÖ puanlarının, UB ve TSSB gruplarından daha yüksek olduğu ($p < 0.05$), UB ve TSSB grupları arasında ise anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir ($p > 0.05$). ASB, TSSB ve UB gruplarını sosyal desteğin öznel algılanması yönünden karşılaştıran bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Araştırmamızın bu sonucu travma sonrası akut dönemde mağdurun hikayesinin duyulması ve gözle görülür dramatik semptomlarının (dissosiasyon, anksiyete vs.) olması nedeniyle sosyal desteğin geçici olarak daha fazla olabileceğini gösteriyor olabilir. Diğer insanlar, travma mağdurunu görme, olaya tanık olma sonrası kendilerinin veya sevdiklerinin de travma kurbanı olabileceği gerçeğini fark ederler. Bu farkındalık sonucunda mağdurla kurdukları özdeşim nedeniyle ilk anda destek sağlayan insanlar, kendi adil dünya inançlarının da sarsılması nedeniyle bu inancı yeniden sağlama amacı ile görmezden gelme ve/veya mağduru suçlama şeklinde bir savunma geliştirmektedirler. Bu durum da zaman geçtikçe mağdurun tekrar travmatizasyonuna neden olmaktadır(267). Bulman (1992), travmatik yaşantı sonrasında, temel varsayımlar zarar gördüğü halde insanların sıklıkla güvenli ve anlamlı bir dünya inancını sürdürdüklerini belirtmektedir. Bulman’ a göre bu durum dünyayı çok tehditkar bir yer olarak görmekten kaçınma arzusuna bağlıdır(267).

Şahitlerin travma mağdurunu travmayla ilişkili olarak suçladıkları “kurbanın aşığılanması” durumunun da adil bir dünya inancının sürdürülmesi için bir çaba olarak gösterilebileceği ifade edilmiştir(268). İnsanların erken evre çocukluk döneminde kendilerine bakım verenlerle kestirilebilir etkileşimlerinin sonucu olarak kendini güvende hissetme yanılması içinde olma eğilimlerine dair kanıtlar mevcuttur(267). Bu durumun iyimserliği desteklerken, anksiyete ve kaçınmayı önlediği düşünülmektedir(269-271). Travma sonrası erken dönemde daha fazla sosyal destek algısı bu iyimserliğin geçici etkisi olabilir. Bu durum ASB’ de geçici dissosiasyonun koruyucu rolünün de etkisi olabilir. Yine sosyal destek algısının ASB grubunda TSSB ve UB grubuna göre daha fazla olması, tek bir olay gibi görünen travmatik olayın süre uzadıkça tespit edilebilir ve edilemez birçok ikincil travmatizasyona neden olabileceği, bunun da sosyal desteği azaltabileceği varsayımını düşündürmektedir.

Araştırmamızda ASB, TSSB ve UB grupları CAPS alt ölçek ve toplam ölçek ortalama puanları açısından karşılaştırıldığında “yeniden yaşantılama” ve “artmış uyarılmışlık” semptom puanları açısından ASB ve TSSB grupları arasında fark olmadığı($p>0.05$), her ikisinin de puanlarının, UB grubundan anlamlı olarak fazla olduğu($p<0.05$), “kaçınma-küntleşme” semptomları puanları açısından 3 grup arasında farklılık olmadığı($p>0.05$), tüm alt ölçekleri kapsayan CAPS ortalama puanları açısından da yine ASB ve TSSB grupları arasında farklılık olmadığı($p>0.05$) ve her iki grubun puanlarının UB’ den daha yüksek olduğu($p<0.05$) gözlemlendi. Araştırmamızın sonuçları, insan eliyle yaratılan travmalar (272) ve doğal felaketlerle ilgili (50) çalışmalarda “yeniden yaşantılama” ve “artmış uyarılmışlık” semptom kümelerine “kaçınma-küntleşme” semptom kümesine göre daha sık rastlandığı yönünde araştırmaların sonuçları ile uyumludur. Hugo Kasırgası’ ndan 1-2 ay sonra yapılan araştırmada olguların %83’ ünün DSM-IV TSSB Tanı Ölçütleri’ nden B ölçütünü, %42’ sinin D ölçütünü karşılararken, C ölçütünü karşılayanların oranı sadece %6 olarak saptanmıştır. “Kaçınma-küntleşme” semptomlarının diğer semptom kümelerinden daha geç ortaya çıkıyor olabileceği(12) ve süregelen travma mağdurlarında sık görüldüğü (273) yönünde araştırma sonuçları mevcuttur. Bizim örneklem grubumuzun ASB ve heterojen yapısına rağmen görece çok eski olmayan TSSB olgularından (%46.7’si ortalama 3 ay) oluşması, yine ASB ve TSSB

hastalarının toplamda sadece %13.8' inde tekrarlayan travma öyküsünün olması üç grup arasında "kaçınma-küntleşme" semptomlarının şiddeti açısından farklılık saptanmamasının nedeni olabilir.

İlk görüşmedeki TSSB grubu ile UB grubu ile yine 2. görüşmede oluşan toplam TSSB grubu ve UB grubu 2-5. görüşmelerde CAPS ortalama puanları açısından karşılaştırıldığında görüşmelerin hepsinde TSSB ve Toplam TSSB gruplarının CAPS puanlarının UB grubu CAPS puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğu gözlenmiştir($p<0.05$). Bu sonuç, DSM-IV Tanı Ölçütleri' nde belirtilen travma sonrası stres semptomlarının ASB ve TSSB' nin ana semptom grubu olduğu tanımlamasına uymaktadır. Araştırmamızın bu sonucu, travma sonrası stres semptomlarının DSM-IV TSSB Tanı Ölçütleri' nden A1 ölçütünde belirtilen travmatik olayın ölçülebilir şiddeti ve/veya A2 ölçütünde belirtilen korku, çaresizlik ve dehşete düşme gibi duygulanımlar ile ilişkili olduğu yönündeki genel kabul gören tanımlama ile uyumlu görünürken, aşırı stres yaratan bir etkene gösterilen tepki TSSB tanı ölçütlerini karşılamıyorsa ya da nispeten hafif bir stresöre aşırı tepki gösteriliyorsa UB tanısının daha uygun olduğunun ifade edildiği (274) görüşlerle ters düşmektedir.

ASB, TSSB ve UB grupları CAPS ölçeğinde dissosiyatif semptomları sorgulayan 3, 7, 8, 9 ve 10. maddeler açısından karşılaştırıldığında, ASB ve TSSB grupları arasında dissosiyatif semptom puanları açısından fark olmadığı($p>0.05$), her iki grubun puanlarının UB grubundan anlamlı olarak yüksek olduğu($p<0.05$) gözlenmiştir. Bu sonuç ASB ve TSSB grupları arasında anlamlı farklılık saptanmaması nedeniyle, dissosiyatif semptomların DSM-IV ASB Tanı Ölçütleri' nin en önemli parçası olmasını sağlayan, travma sonrası akut dönemde ortaya çıkan semptomlar olduğu yönündeki yaygın görüş ile uyumlu görünmemektedir. Araştırmamızda ki bu farklı sonuç, TSSB hastalarının önemli bir kısmının cinsel travmalar gibi beklenmedik şiddetli travmalara maruz kalmış olması ve bu tarz travmalarında sıklıkla dissosiyatif yaşantılarla seyretmesi nedeni ile ortaya çıkmış olabilir. Araştırmamızın sonuçları ASB tanı ölçütlerinin önemli bir parçası olan dissosiyatif semptomların aslında benzer şiddette TSSB' de de gözlendiğini göstermektedir. Bununla birlikte bu sonuç, dissosiyatif semptomların geçici veya kalıcı formları açısından gruplar arasında farklılık olabileceği olasılığını ortadan

kaldırmamaktadır. Araştırmamızda dissosiyatif semptomları daha ayrıntılı değerlendiren bir ölçek kullanılmamasının ve CAPS ölçeğinde dissosiyatif semptomların şiddetini ölçen maddelerin esas alınmasının değerlendirmede ki bu kısıtlılıklara neden olduğu düşünülebilir. Travmanın bilişsel modelleri, kalıcı dissosiasyonun adaptif olmayabileceği ve TSSB ile ilişkili olabileceği yönündedir. Çünkü kalıcı dissosiasyon adaptasyon açısından önemli olan duygusal hatıraların geri çağırılmasını engellemektedir(69). Tam tersi olarak, travma sırasındaki ya da hemen sonrasındaki geçici dissosiasyonun ise stres altında normal olabileceği hatta travma ile ilgili içeriğin kodlanmasını sınırlayarak koruyucu bir rol üstlenebileceği düşünülmektedir(275). Başka bir prospektif araştırma, kalıcı dissosiasyonun geçici dissosiasyona göre TSSB' yi daha güçlü bir şekilde öngördüğünü belirtmiştir(276). Diğer bir araştırma travma mağdurlarının büyük kısmının travma sırasında dissosiyatif semptomları deneyimleyip patoloji geliştirmediklerini ve dissosiyatif semptomlarının kalıcı olmadığını göstermiştir(277). Her ne kadar DSM-IV ASB Tanı Ölçütleri' nde travmanın üzerinden en az 2 gün geçmiş olmasının gerekliliği ile bu sorun aşmaya çalışılsa da süre konusunda da tartışmalar vardır. Çalışmamızın sonuçları dissosiasyonun ASB' de merkezi bir rolünün olmadığı ve akut dissosiyatif semptomların tanımlanması ve kapsadığı süre ile ilişkili daha detaylı çalışmalar yapılmasının gerektiğini savunan araştırmalarla uyumludur(278).

DSM-V' te, ASB tanı ölçütlerinde akut travma sonrası tepkilerin değişkenlik gösterebileceği kanaati nedeniyle, dissosiyatif semptomların odak noktası olmaktan çıkarılması planlanmaktadır. ASB tanı ölçütlerinin dissosiyatif veya diğer DSM-IV ASB semptom kümelerini içermek zorunda olmayabileceği düşünülmektedir. Semptomların en az sürmesi gereken sürenin 2 günden 3 güne çıkarılması planlanmaktadır(130). Yine üzerinde araştırmalar devam eden DSM-V' te, TSSB tanı ölçütlerinde dissosiyatif semptomlardan “flashback” lerin dissosiyatif deneyimler olduğunun netleştirilmesi ve dissosiyatif amnezinin daha özgün bir formulasyonunun yapılması gibi dissosiyatif tepkilerin daha net tanımlanmaya çalışıldığı görülmektedir(120). Araştırmamızın bu sonucu ASB ve TSSB Tanı Ölçütleri' nde yapılması planlanan değişikliklerle dissosiasyonun ASB' deki ve TSSB' yi öngörmedeki pozisyonu açısından DSM-V taslağına benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda ilk görüşmede ASB, TSSB ve UB grupları arasında HDÖ ve HAÖ ortalama puanları açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). İlk görüşmede ki TSSB grubu ile UB grubu ve yine 2. görüşmede oluşan toplam TSSB grubu ve UB grubu 2-5. görüşmelerde HDÖ ve HAÖ ortalama puanları açısından karşılaştırıldığında görüşmelerin hepsinde TSSB ve Toplam TSSB gruplarının HDÖ ve HAÖ ortalama puanlarının, UB grubu HDÖ ve HAÖ ortalama puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğu gözlenmiştir ($p<0.05$). Bazı araştırmacılar korku, dehşete düşme ve çaresizlik duyguları dışında üzüntü, öfke, suçluluk, somatik tepkiler, utanç gibi peritratmatik duyguların da TSSB gelişimi ile ilişkili olduğunu saptamışlardır. Bu araştırmacılar ASB tanı ölçütlerinin diğer duygusal tepkilerin dahil edilerek genişletilmesi gerektiğini ifade etmektedirler (278-280). Diğer bir araştırmada şiddetli strese tepki olarak TSSB' nin özgünlüğü sorgulanmıştır (281). Bu araştırmada travmatik yaşantısı olan ve olmayanlarda TSSB sıklığı benzer oranda bulunmuştur. Aynı araştırmada depresyon tanısı ile tedavi gören hastalarda travmatik yaşantıdan bağımsız bir şekilde DSM-IV TSSB Tanı Ölçütleri' nden B-F ölçütlerinin çok sık gözlemlendiği saptanmıştır. Bu bulgu TSSB' nin DSM-IV ölçütleri dahilinde travmaya bağlı özgün bir hastalığı tanımlamak yerine özgün olmayan bir sendromu yansıtıyor olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Araştırmamızda da ilk görüşmede ASB, TSSB ve UB grupları arasında, HDÖ ve HAÖ ortalama puanları açısından istatistiksel bir farklılık saptanmamasına rağmen, ASB ve TSSB gruplarında süreğen olarak HDÖ ve HAÖ ortalama puanlarının UB grubundan yüksek seyretmesi, travma sonrası stres semptomları dışındaki duygusal tepkilerin önemine dikkat çekmektedir.

Kişinin kendisi, başkaları veya dünya hakkında süreğen ve aşırı negatif düşüncelerinin olması (örn. "Ben kötüyüm", "Kimseye güvenilemez", "Ruhumu sonsuza dek kaybettim", "Tüm sinir sitemim kalıcı bir şekilde mahvoldu" , "dünya tamamıyla tehlikeli") ile travmatik olay(lar)ın sebep ve sonuçları hakkında süreğen bir şekilde kendini veya başkalarını suçlama ve yaygın negatif duygulanımların (örn. korku, dehşet, öfke, suçluluk veya utanç) olmasının DSM-V' te TSSB tanı ölçütlerinde bulunmasının planlanması (120) da araştırmamızın sonuçlarını destekler nitelikte görünmektedir.

Araştırmamızda ilk görüşmede İGD puanları açısından ASB ve UB grupları arasında anlamlı fark yokken ($p>0.05$), her iki grubun da İGD puanlarının TSSB grubundan yüksek olduğu gözlenmiştir ($p<0.05$). Bununla birlikte ilk görüşmedeki TSSB grubu ile UB grubu ve yine 2. görüşmede oluşan toplam TSSB grubu ile UB grubu 2-5. görüşmelerde İGD puanları açısından karşılaştırıldığında görüşmelerin hepsinde UB grubunun İGD puanlarının TSSB ve Toplam TSSB gruplarından anlamlı olarak yüksek olduğu gözlenmiştir ($p<0.05$). Araştırmamızın bu sonucu ASB grubunda algılanan sosyal desteğin diğer iki gruptan yüksek olması nedeni ile işlevselliğinin daha az bozulmuş olabileceğini düşündürmektedir. UB grubunda da, her ne kadar ilk görüşmede HAÖ ve HDÖ puanları açısından diğer gruplardan farklılık saptanmamış ve SİÖ-HF puanları açısından diğer 2 gruptan farklı olmadığı gözlenmiş ise de UB' de işlevselliğin diğer eksen 1 tanılarına göre daha az bozulduğu yönündeki çalışmalar (11,282) ile benzerlik göstermektedir.

ASB, TSSB ve UB grupları için yapılan (0-6 aylık) İGD tekrarlı ölçüm grafiğinde (Bkz. Şekil 4.4.) her üç grubun İGD puanlarının anlamlı olarak yükseldiği gözlenirken ($p<0.05$) Toplam TSSB ve UB grupları için yapılan (1-6 aylık) İGD tekrarlı ölçüm grafiğinde (Bkz. Şekil 4.8.) Toplam TSSB grubunun İGD puanlarında anlamlı bir değişiklik olmadığı ($p>0.05$), UB grubunda ise İGD puanlarının anlamlı olarak yükseldiği görülmektedir ($p<0.05$). Bu sonuca ASB grubunun ÇBASDÖ puanlarının diğer iki gruptan yüksek olması nedeni ile akut dönemde işlevselliğinin daha az bozulmuş olması, akut dönemde travma mağdurunun büyük bir sarsılmaya uğrayan adil ve güvenli dünya imajını yeniden sağlama çabasının sonucu olarak ortaya çıkan geçici iyilik hali ve/veya TSSB hastalarının tedavi sürecine başlarken tedaviye olan olumlu atıflarının yol açtığı geçici kısmi iyilik halinin kısa süre içerisinde gerilemesinin neden olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamızda ilk görüşmede ASB ve TSSB tanısı alan hastaların 2-5. görüşmelerde Eşik altı TSSB tanı ölçütlerini karşılama oranlarına bakıldığında, ASB grubunda 2. görüşmede hiç Eşik altı TSSB tanı ölçütlerini karşılayan hastanın olmadığı, 3. görüşmede 2 kişinin (%14.3), 4 ve 5. görüşmelerde 5' er kişinin (%35.7) Eşik altı TSSB tanı ölçütlerini karşıladığı gözlemlendi. TSSB grubunda ise 2 ve 3. görüşmelerde 4' er kişinin (%26.7), 4. görüşmede 2 kişinin (%13.3) Eşik altı TSSB tanı ölçütlerini karşıladığı, 5. görüşmede ise Eşik altı TSSB tanı ölçütlerini karşılayan

hastanın olmadığı gözlemlendi (Bkz. Tablo 4.11.). ASB grubunda izlem süresi uzadıkça Eşik altı TSSB tanı ölçütlerini karşılayan hasta oranının arttığı, TSSB grubunda ise izlem süresi uzadıkça Eşik altı TSSB tanı ölçütlerini karşılayan hasta oranının azaldığı gözlenmektedir. Bu sonuç ASB hastalarının takip esnasında klinik tablosunun yavaş yavaş oturduğu ve travma sonrası stres semptomlarının kısmen azaldığı, kronik TSSB hastalarının ise izlemin ilk dönemlerinde tedaviye olumlu atıfları nedeni ile kısmi düzelmeye bağlı travma sonrası stres semptomlarının kısmen azaldığı fakat zaman ilerledikçe tablonun tekrar yerleştiği yönünde yorumlanabilir. Bu düşüncemizi grupların travma sonrası stres semptomlarının gidişatına baktığımız CAPS tekrarlı ölçüm grafikleri de desteklemektedir. Kronik TSSB' nin daha oturmuş bir tablo olmasına rağmen, ASB' nin daha heterojen bir semptomatolojiye sahip olması ve gidişatlarının da daha değişken olması bu tabloya neden olmuş olabilir.

Yine araştırmamızda ilk görüşmede ASB ve TSSB tanısı alan hastalardan 1. ayın sonunda TSSB tanı ölçütlerini karşılayanlardan oluşan Toplam TSSB grubunda Eşik altı TSSB tanı ölçütlerini karşılayanlar 2 ve 3. görüşmelerde %13.8, 4. görüşmede %24.1 ve 5. görüşmede ise %17.2 olarak saptandı (Bkz. Tablo11). Vietnam gazileri ile yapılan bir araştırmada TSSB erkeklerde %30.9, kadınlarda %26.9 oranında bulunurken, Eşik altı TSSB oranı %22.5 ve %21.2 oranında bulunmuştur(283). Başka bir araştırmada trafik kazası geçirenlerde TSSB oranı %39.2, Eşik altı TSSB oranı %28.5 olarak bulunmuştur(215). Yine diğer bazı araştırmalarda Eşik altı TSSB oranları sırasıyla %18.9, %33, %24 olarak saptanmıştır(284-286). Araştırmalarda saptanan oranlar değişkenlik göstermekle beraber bizim saptadığımız oranlara benzediği görülmektedir. Oranlardaki bu değişkenlik, Eşik altı TSSB için üzerinde kesin olarak fikir birliğine varılmış tanı ölçütlerinin olmamasından kaynaklanıyor olabilir. Az sayıda araştırmada, Eşik altı TSSB' nin, Depresyon, Panik Bozukluğu, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Sosyal Fobi, Obsesif Kompulsif Bozukluk gibi diğer Eksen I tanılarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur(287). Eşik altı TSSB diğer Eksen I tanıları ile ilişkili olsa bile bu komorbid durumlar ile eşik altı semptomlar ve işlevsellik arasındaki ilişki net değildir. Komorbid Eksen I tanılarının dışlanmadığı birçok araştırmada (125,287,288) ve bu tanılarının da dışlandığı bir araştırmada (289) DSM-IV TSSB

Tanı Ölçütleri' ni tam karşılayan hastaların Eşik altı TSSB ölçütlerini karşılayan hastalardan sosyal ve iş fonksiyonelliği açısından anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır. Başka bir araştırma da eşik altı semptomların daha fazla sağlık hizmeti arayışı ile ilişkili olduğu bulunmuştur(125). Bu açıdan bakıldığında DSM-IV TSSB Tanı Ölçütleri' ni karşılayan hastalarla aynı düzeyde işlevsellik kaybı olan bu hastaların henüz genel kabul görmüş tanı ölçütleri olmadığı için olasılıkla gözden kaçırıldıkları ve önemli sayıda insanın ciddi işlevsellik kayıplarına rağmen tedavi imkanlarından yararlanamadığı düşünülebilir. Bu durum aynı zamanda travma mağduru bu kişilerin hukuki zeminde mağduriyetlerini telafi çabalarının önünde önemli bir engel oluşturabilir. Yine Solomon ve arkadaşları' nın İsrail-Lübnan Savaşı' ndan altı ay ve beş yıl sonra psikiyatrik yardım isteyen İsrail' li askerleri değerlendirdikleri çalışmada Eşik altı TSSB alevlenmesi nedeniyle başvuran olguların oranını %33 bulmuşlardır. Bu çalışmada geç dönemde yardım isteyenlerin, savaş travmasına bağlı olarak sendromun başlamasına karşın, TSSB semptomlarının şiddetinin dayanılmaz düzeye ulaştığı ana dek bekleyen kişiler olduğu belirtilmiştir(285). Bu durum Gecikmiş Başlangıçlı TSSB olgularının Eşik altı TSSB' si olan hastaların alevlenmiş hali olabileceğini düşündürmektedir(23). Travma sonrası ilk aylarda BDT alan kişilerin uzun dönem problemlerinin önlendiği, TSSB' nin kronikleşme oranlarının azaldığı (290-292) göz önüne alındığında Eşik altı TSSB' lerin geç tanı almalarının ne derece önemli bir sorun olduğu gözlenebilir. Eşik altı durumları saptamaya yönelik araştırmaların sayısal olarak yetersizliği, özgün bir tanı kategorisine dönüşmüş olarak sınıflamalarda yer almamış olmasının yarattığı belirsizlik sağlıklı sonuçlara ulaşmayı güçleştirmektedir(128).

Eşik altı sorununu çözme amacıyla DSM-V' te, "rezidüel" bir kategori olarak tanımlanan UB' nin yeni bir ASB/TSSB alt tipi önerilmektedir. Bu alt tip diğer alt tiplerden daha özgün olup travma sonrasında ASB ve TSSB semptomları gösteren ancak tanı ölçütlerinin hepsini karşılamayan kişiler için eşik altı bir tanısal seçenek sağlaması hedeflenmektedir(293). Planlanan bu değişikliğin " UB' nin bir alt tipi olarak tanımlamak, UB' nin "rezidüel" bir tanı grubu olması nedeniyle, Eşik altı TSSB' nin olduğundan daha az önemli görünmesi sonucunu doğurur mu?", "Bu tanımlama bir çeşit normalizasyon çabasının mı sonucu?", "UB alt tipi olarak tanımlanması bu kişilerin hukuki zeminde mağduriyetlerini telafi çabalarını nasıl

etkileyecek?”, “ Bir tanı ölçütünün olması tedavi imkanlarını yeterli kullanamama sorununu çözebilecek mi?” gibi pek çok soruyu da beraberinde getirmesi muhtemeldir.

Araştırmayı terk eden olguların, %45.4’ ünün ASB, %27.3’ ünün TSSB ve %27.3’ ünün UB tanısı aldığı gözlenmektedir(Bkz. Tablo 4.14). Bu oranlar içerisinde ASB oranının yüksek olması, ASB tanısı alan hastaların bir çoğunun adli vaka polikliniğinden travmatik olay sonrası değerlendirildikten sonra çalışmacıya yönlendirilmiş hastalardan oluşmasından kaynaklanabilir. DSM-IV’ e göre ASB tanısı alan bu hastaların ICD-10’ da tanımlanan ASR tanımı çerçevesinde (travmatik olay sonrası 2-7 günde başvuran) ele alınabilecek hastalar olabileceği düşünülmüştür. DSM-IV’ ün ASB tanımlamasındaki teorik pozisyon ile ICD-10’ un ASR tanımlaması arasında bazı açılardan önemli karşıtlıklar bulunmaktadır(4). DSM IV’ teki ASB, mevcut psikopatolojinin öncülü olarak düşünülmekte iken, ICD-10 ASR’ yi travmanın hemen sonrasında oluşabilecek geçici bir tepki olarak tanımlar. Araştırmayı yarım bırakan kişilerin önemli bir kısmının ilk görüşmede ASB tanısı almış kişilerden oluşması, ASR tablosu içinde olduklarını ve bir süre sonra semptomlarında belirgin düzelme olması nedeni ile çalışmaya devam etmediklerini düşündürmektedir. Araştırmamızın bu sonucu, temelde dissosiasyon ve anksiyete semptomlarını içeren ASR tanımlamasının ASB tanımlamasının yerine kullanılmasının daha uygun olduğunun belirtildiği araştırmaların sonuçları ile uyumlu görünmektedir(119,294).

Etiyolojisinde yaşam olayının olması en önemli ölçüt olarak tanımlanan yaşam olayı ile ilişkili psikiyatrik bozuklukların ilk olarak tanımlandıkları 1952’ den buyana önemli bir gelişim süreçlerinin olduğu görülmektedir. Travmanın doğası ve tanımlayıcı psikiyatri paradigmasının en özgün ve gelişmiş biçimi olan DSM sisteminin teorik yapısı göz önünde bulundurulduğunda, bu sürecin devam edeceği tahmininde bulunmak zor olmasa gerek. Biz de araştırmamızda DSM-IV Tanı Ölçütleri’ ne göre ASB, TSSB ve UB tanısı alan hastaları klinik özellikler, semptom şiddetleri ve gidişatları açısından karşılaştırarak yaşam olay(lar)ının doğrudan neden olduğu psikiyatrik bozuklukların evrimsel gelişim sürecine katkıda bulunmayı amaçladık.

Bununla birlikte, örneklem sayısının azlığı, olguların büyük oranda kadın cinsiyetten olması, farklı nitelikte travmatik yaşantıların birlikte ele alınmasının genelleme yapmakta güçlüğü neden olması, izlemin 6 ayla sınırlı olması araştırmamızın önemli kısıtlılıkları olarak görünmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. ASB tanısı alan hastaların büyük çoğunluğu 1. ayın sonunda TSSB tanı ölçütlerini karşılamasına rağmen, 6 aylık izlem esnasında, ilk görüşmede TSSB tanısı alan hastalardan daha farklı bir klinik gidiş göstermektedir.

2. UB hastalarının büyük çoğunluğunun etiolojisinde birden fazla yaşam olayı birlikte etkindir.

3. İlk başvuru esnasında ASB, TSSB ve UB hastalarının maruz kaldıkları stres faktörlerinin niteliği ve ölçülebilen algılanan şiddeti benzerdir.

4. İlk başvuru esnasında ASB, TSSB ve UB hastalarının sosyal işlevsellik düzeyleri benzerdir.

5. İlk başvuru esnasında algılanan sosyal destek ASB hastalarında TSSB ve UB hastalarına göre yüksektir.

6. ASB ve TSSB hastalarında, travma sonrası stres semptomlarının şiddeti hem ilk başvuru esnasında hem de izlem esnasında UB hastalarından daha fazladır.

7. Kaçınma-küntleşme semptomlarının şiddeti UB hastalarında ASB ve TSSB hastalarına benzer oranda görülmektedir.

8. Dissosiyatif semptomların şiddeti açısından ASB ve TSSB hastaları arasında fark yoktur. ASB ve TSSB hastalarında dissosiyatif semptomların şiddeti UB hastalarından daha fazladır.

9. İlk başvuru esnasında ASB, TSSB ve UB hastalarında depresif semptomlar ve anksiyete semptomlarının şiddeti benzerdir fakat UB hastalarında bu semptomlar tedavi ile hızla azalmaktadır.

10. İlk görüşmede ASB ve UB hastalarının genel işlevsellik düzeyleri benzerdir. ASB ve UB hastalarının genel işlevselliği TSSB grubundan daha yüksektir.

11. TSSB hastalarının genel işlevsellik düzeyi izlemin ilk ayı içerisinde kısmen artmasına rağmen izlem süresinin sonunda değişmemektedir.

12. TSSB hastalarının azımsanmayacak bir bölümü izlem esnasında DSM-IV tanı ölçütlerine göre TSSB tanısı almamakla beraber, Eşik altı TSSB ölçütlerini karşılamaktadır.

Sonuç olarak etiyolojilerinde yaşam olay(lar)ı ile doğrudan ilişkili olan psikiyatrik hastalıkların uzun yıllar önemini yitirmeyerek, çok yönlü tartışmaların odağında kalmayı sürdürecekleri düşünülebilir. Kültürel, sosyal, sınıfsal hatta siyasal boyutlarda bakılması bu hastalıkları anlamayı kolaylaştıracaktır. Bu hastalıkların daha net ve gerçeğine daha yakın olarak tanımlanmaları için, araştırmacıların yoğun ilgisini çeken bu alanda çok boyutlu ve uzun erimli çalışmaların devamının gerekli olduğunu düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L. Traumatic stress : the effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York: Guilford Press;1996.
2. Fischer G, Riedesser P. Lehrbuch der Psychotraumatologie. München:Reinhardt;1999.
3. Maercker A. Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen, 2 th ed. Berlin: Springer;2005.p.3-51.
4. Dünya Sağlık Örgütü. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. (Çev. ed.: MO Öztürk, B. Uluğ, Çev.: F. Çuhadaroğlu, İ. Kaplan, G. Özgen, MO Öztürk, M Rezaki, B Uluğ). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.
5. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV) (Çev. ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
6. Hasanoğlu A. Yeni bir tanı kategorisi önerisi: Travma Sonrası Hayata Küsmeye Bozukluğu. Türk Psikiyatri Dergisi. 2008; 19(1):94-100.
7. Smith MY, Redd WH, Peyser C, Vogl D. Posttraumatic stress disorder in cancer: a review. Psychooncology. 1999; 8: 521-537.
8. Tedstone JE, Tarrrier N. Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment: a review. Clinical Psychology. 2003; 23: 409-448.
9. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı, Yeniden gözden geçirilmiş tam metin (DSM-IV-TR).(Çev. Ed. E. Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği;2007.
10. Özgüven HD, Tuncer ET. Uyum Bozukluğu. Kriz Dergisi.1997;5(2):87-94.
11. Fabrega H, Mezzich JE, Mezzich AC. Adjustment Disorder as a marginal or transitional illness category in DSM-III. Arch Gen Psychiatry.1987;44:567-572.

12. Dođan S. Deprem ve işkence sonrası oluşan travma sonrası stres bozukluğunun karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Ankara,2001.
13. Baysak E. Acil ve Yoğun Bakım alışanlarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Stresle Başa ıkma Tarzları, Tükenmiřlik ve İlişkili Etkenler. Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Ankara,2010.
14. Türksoy N. Psikolojik Travma ve Tanım Sorunları. Psikolojik Travma Yazıları (1). 5US Yayınları; 2001.
15. Aker T. Temel Sağlık Hizmetlerinde Psikososyal Travmaya Yaklaşım. İstanbul:Mutlu Doğan Ofset U. V. Lak Tesisleri; 2000.
16. Barash D. The San Francisco Earthquake: then and now. *Perspect Psychiatr Care*.1990;26(1):32-36.
17. Epstein R. Posttraumatic Stress Disorder: A review of diagnostic and treatment. *Issues. Psychiatric Annals*.1989;19(10):556-560.
18. Sungur M. İkincil travma ve sosyal destek. *Klinik Psikiyatri*.1999;2:105-108.
19. şahin D. Türkiye’de insan eliyle yapılan travmalara bağlı psikiyatrik bozuklukların boyutu. *Kriz Dergisi*.1995;3(1-2):26-30.
20. Handwerger K. Differential patterns of HPA activity and reactivity in adult posttraumatic stress disorder and major depressive disorder. *Harv Rev Psychiatry*. 2009;17(3):184-205.
21. ervatoğlu PG. Travma alışmalarındaki Metodolojik, Kavramsal Sorunlar ve Sınırlar. Psikolojik Travma Yazıları (4). 5US Yayınları;2001.
22. Ramsay R. Invited review: post-traumatic stress disorder; a new clinical entity? *J Psychosom Res*. 1990;34(4):355-365.
23. Gersons BP, Carlier IV. Posttraumatic stress disorder: the history of a recent concept. *Br J Psychiatry*. 1992;161:742-748.

24. Shalev YA. Posttraumatic Stress Disorder; diagnosis, history and life. In: Nutt DS, Davidson JRT, Zohar J, editörs. Post-traumatic Stress Disorder. London: Martin Dunitz, 2000.
25. Kaptanoğlu C: Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Tanı ve Klinik Özellikler. Psikolojik Travma Yazıları (7). 5US Yayınları;2001.
26. Figley CR. Symptoms of delayed combat stress among a college sample of Vietnam veterans. Mil Med. 1978;143(2):107-110.
27. Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, Brand B, Schmahl C, Bremner JD. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. Am J Psychiatry. 2010;167(6):640-647.
28. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Üçüncü Baskı, Yeniden gözden geçirilmiş tam metin (DSM III-R) (Çev. Ed. E. Köroğlu) Ankara: Hekimler Yayın Birliği;1994.
29. Herman JL. Trauma and Recovery. New York: Basic Books;1992.
30. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E. Posttraumatik Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. Arch. Gen. Psychiatry.1995;52:1048-1060.
31. Davidson JRT, Hughes D, Blazer DG. Posttraumatic Stress Disorder in the community: an epidemiological study. Psychological Medicine.1991;21:713-721.
32. Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Posttraumatic Stress Disorder in the general population: findings of the Epidemiological Catchment Area Survey. New England Journal of Medicine.1987;317:1630-1634.
33. Şalcıoğlu E. : Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Amprik Bulgular. Psikolojik Travma Yazıları (6). 5US Yayınları;2001.
34. Perkonigg A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU: Traumatic events and post-traumatic stres isorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. Acta Psychiatr Scand.2000;101:46-59.

35. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E: Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*.1991;48:216-222.
36. Wolf ME, Mosnaim AD. American Psychiatric Association. Meeting. Posttraumatic stress disorder: etiology, phenomenology, and treatment. Washington, D.C: American Psychiatric Press;1990.
37. Green BL. Psychosocial research in traumatic stress: An update. *Journal of Traumatic Stress*.1994;7:341-362.
38. Card JJ. Epidemiology of PTSD in a national cohort of Vietnam veterans. *Journal of Clinical Psychology*.1987;43:6-17.
39. Snow RB, Stellman JM, Stellman SD. Posttraumatic Stress Disorder among American Legionnaires in relation to combat experience in Vietnam: associated and contributory factors. *Environmental Research*.1988;47:175-192.
40. Shore JH, Tatum E, Vollmer WM. Psychiatric reactions to disaster: The Mount Saint Helen's experience. *Am J Psychiatry*.1986;143:590-595.
41. McFarlane AC. The etiology of posttraumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors. *Br. J Psychiatry*.1989;154:221-228.
42. Başoğlu M, Salcioğlu E, Livanou M, Ozeren M, Aker T, Kiliç C, Mestçioğlu O. A study of the validity of a screening instrument for traumatic stress in earthquake survivors in Turkey. *J Trauma Stress*.2001;14(3):491-509.
43. Wang X, Gao L, Shifuku N, Zhang H, Zhao C, Shen Y. Longitudinal study of earthquake-related PTSD in a randomly selected community sample in North China. *Am J Psychiatry*.2000;157:1260-1266.
44. Goenjian AK, Najarian LM, Pynoos RS, Steinberg AM, Manoukian G, Tavosian A, Fairbanks LA. Posttraumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia. *Am J Psychiatry*.1994;151(6):895-901.

45. Carr VJ, Lewin TJ, Webster RA, Hazell PL, Kenardy JA, Carter GL. Psychosocial sequelae of the 1989 Newcastle earthquake: I. Community disaster experiences and psychological morbidity 6 months post-disaster. *Psychol Med.*1995;25(3):539-555.
46. Madakasira S, O'Brien KF. Acute posttraumatic stress disorder in victims of a natural disaster. *J Nerv Ment Dis.*1987;175(5):286-290.
47. Steinglass P, Gerrity E. Natural Disasters and Posttraumatic stress disorder: Short-term versus long term recovery in two disaster affected communities. *Journal of Applied Social Psychology.*1990;20:1746-1765.
48. Başoğlu M, Paker M, Paker O, Ozmen E, Marks I, Incesu C, Sahin D, Sarimurat N. Psychological effects of torture: a comparison of tortured with nontortured political activists in Turkey. *Am J Psychiatry.* 1994;151(1):76-81.
49. Maercker A, Schützwohl M. Long-term effects of political imprisonment: a group comparison study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*1997;32(8):435-442.
50. Norris FH. Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Consult Clin Psychol.*1992;60(3):409-418.
51. Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol.*1993;61(6):984-999.
52. Mayou R, Bryant B, Duthie R. Psychiatric consequences of road traffic accidents. *BMJ.*1993;307(11):647-51.
53. Moscarello R. Psychological management of victims of sexual assault. *Canadian Journal of Psychiatry.*1990;35(1):25-30.
54. The American Collage of Obstetricians and Gynecologists Technical Bulletin. SexuaAssault. *Int Gynecol Obstet.*1993;42:67-72.

55. Helen Wu Z, Berenson AB, Wiemann CM. A profile of adolescent females with a history of sexual assault in Texas: Familial environment, risk behaviors and health status. *J Pediatr Adolesc Gynecol.*2003;16:207-216.
56. Briere J, Elliott DM. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect.*2003;27:1205-1222.
57. Gölge ZB. Cinsel travma sonrası oluşan ruhsal bozukluklar. *Nöropsikiyatri Arşivi.*2005;42(1-2-3-4):19-28.
58. Sungur ZM, Sürmeli A, Özçubukçuoğlu A. Güneydoğu'da görev yapan askeri popülasyonda görülen travma sonrası stres bozukluğu üzerine bir çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi.*1995;32(3):117-122.
59. Foa EB. Trauma and women: course, predictors, and treatment. *J Clin Psychiatry.*1997;58(9):25-28.
60. Çervatoğlu PG. Psikolojik travma ve sonuçları: tarihsel arka plan ve güncel kavramlar üzerine gözden geçirme. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi.*2000;8(1):5-8.
61. Bland SH, O'Leary ES, Farinero E, Jossa F, Krogh V, Violanti JM, Trevisan M. Social network disturbances and psychological distress following earthquake evacuation. *J Nerv Ment Dis.*1997;185(3):188-94.
62. Rubonis AV, Bickman L. Psychological impairment in the wake of disaster: the disaster-psychopathology relationship. *Psychol Bull.*1991;109(3):384-99.
63. Lewin TJ, Carr VJ, Webster RA. Recovery from post-earthquake psychological morbidity: who suffers and who recovers. *Aust N Z J Psychiatry.*1998;32(1):15-20.
64. Yılmaz UR. Travma sonrası stres bozukluğunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 1995.*
65. Kaptanoğlu C. İşkencenin ruhsal etkileri. *Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir, 1991.*

66. Horowitz MJ. Stress Response Syndromes. New York: Jason Aronson;1986.
67. McCann IL, Sakheim D, Abrahamson DJ. Trauma and victimization: a model of psychological adaptation. *Counselling Psychologist*.1988;16:531-594.
68. Foa EB, Steketee G, Olasov-Rothbaum B. Behavioural/Cognitive conceptualisations of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Therapy*.1989;20:155-176.
69. Foa EB, Kozak MJ, Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*.1986;99:20-35.
70. Chemtob C, Roitblat HL, Hamada RS, Carlson JG, Twentyman CT. A cognitive action theory of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*.1988;2:253-275.
71. Lifton RJ, Olson E, The human meaning of total disaster: The Buffalo Creek experience. *Psychiatry*.1976;39:1-17.
72. Resick PA, Schnicke MK. Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.1992;60:748-756.
73. Herman JL. Trauma and Recovery: The aftermath of violence-from domestic abuse to political terror.New York:Basic Books;1997.
74. Shaw JA. Unmasking the illusion of safety: Psychic trauma in war. *Bulletin of the Meninger Clinic*.1987;51:49-63.
75. Taylor SE. Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*.1983;3:1161-1173.
76. Başoğlu M, Ozmen E, Sahin D, Paker M, Taşdemir O, Ceyhanli A, Incesu C Sarimurat N. Appraisal of self, social environment, and state authority as a possible mediator of posttraumatic stress disorder in tortured political activists. *J Abnorm Psychol*.1996;105(2):232-6.
77. Lazarus RS. On the primacy of cognition. *American Psychologist*,1984;39:124-129.

78. Wong PTP, Weiner B. When people ask "why" questions, and the heuristics of attributional search. *Journal of Personality and Social Psychology*.1981;40:650-663.
79. Abramson LY, Seligman ME, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J Abnorm Psychol*.1978;87(1):49-74.
80. Mikulincer M, Solomon Z. Attributional style and combat-related posttraumatic stress disorder. *J Abnorm Psychol*. 1988;97(3):308-13.
81. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*.1977;84(2):191-215.
82. Van der Kolk BA, Greenberg MS, Body H. Inescapable shock, neurotransmitters, an addiction to trauma: toward a psychobiology of posttraumatic stress. *Biological Psychiatry*.1985;20:314-25.
83. Abercrombie ED, Jacobs BL. Single-unit response of noradrenergic neurons in the locus coeruleus of freely moving cats. II. Adaptation to chronically presented stressful stimuli. *J Neurosci*.1987;7(9):2844-8.
84. Simpson PE, Weiss JM. Responsiveness of locus coeruleus neurons to excitatory stimulation is uniquely regulated by 2-receptors. *Psychopharmacol Bull*.1988;24:349-354.
85. Saporta JA, Van der Kolk BA. Psychological consequences of severe trauma. In: Başoğlu M, editörs, *Torture and its consequences*. Glasgow: Cambridge University Press;1992.
86. Van der Kolk BA. The psychobiology of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*.1997;58(9):16-24.
87. Pitman RK, Orr SP. Twenty-four hour urinary cortisol and catecholamine excretion in combat-related posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*.1990;27(2):245-247.
88. Krystal JH, Kosten TR, Perry BD. Neurobiological aspects of PTSD: review of clinical and preclinical studies. *Behavior Therapy*.1989;20:177-198.

89. Bremner JD, Davis M, Southwick SM, Krystal JH, Charney DS. Neurobiology of posttraumatic stress disorder. Review of psychiatry.1993;12:183-237.
90. Deutch AY, Clark WA, Roth RH. Prefrontal cortical dopamine depletion enhances the responsiveness of mesolimbic dopamine neurons to stress. Brain Res.1990;521(1-2):311-315.
91. Bayar R. Posttravmatik stres bozukluğunun etyopatogenezinde organik faktörler farmakolojik tedavi. 9. Anadolu Psikiyatri Günleri;2000:100-102
92. Coccaro EF, Siever LJ, Klar HM, Maurer G, Cochrane K, Cooper TB, Mohs RC, Davis KL. Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. Correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior. Arch Gen Psychiatry. 1989;46(7):587-599.
93. Coid J, Allolio B, Rees LH. Raised plasma metenkephalin in patients who habitually mutilate themselves. Lancet.1993;2:545-546.
94. Pitman RK, van der Kolk BA, Orr SP, Greenberg MS. Naloxone-reversible analgesic response to combat-related stimuli in posttraumatic stress disorder. A pilot study. Arch Gen Psychiatry.1990;47(6):541-544.
95. Akdemir A, Önder M.E: Travmanın Biyolojisi. Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi.2000;8(1):5-8.
96. Hageman I, Andersen HS, Jorgensen MB. Posttraumatic stress disorder: a review of psychobiology and pharmacotherapy. Acta Psychiatr Scand.2001;104(6):411-422.
97. Drugan RC, Morrow AL, Weizman R, Weizman A, Deutsch SI, Crawley JN, Paul SM. Stress-induced behavioral depression in the rat is associated with a decrease in GABA receptor-mediated chloride ion flux and brain benzodiazepine receptor occupancy. Brain Res.1989;487(1):45-51.
98. Bremner JD, Innis RB, Southwick SM, Staib L, Zoghbi S, Charney DS. Decreased benzodiazepine receptor binding in prefrontal cortex in combat-related posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry.2000;157(7):1120-1126.

99. Huether G, Doering S, Ruger U, Ruther E, Schussler G. The stress-reaction process and the adaptive modification and reorganization of neuronal networks. *Psychiatry Res.*1999;87:83-95.
100. Koob GF. Corticotropin- releasing factor, norepinephrine and stress. *Biol Psychiatry.*1999;46:1167-1180.
101. Sapolsky RM, Romero LM, Munck AU. How do glucocorticoids influence stress responses? Integrating permissive, suppressive, stimulatory, and preparative actions. *Endocr Rev.* 2000;21(1):55-89.
102. Habib KE, Gold PW, Chrousos GP. Neuroendocrinology of stress. *Endocrinol Metab Clin North Am.*2001;30(3):695-728.
103. Yehuda R, Giller EL, Southwick SM, Lowy MT, Mason JW. Hypothalamic-pituitary-adrenal dysfunction in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry.*1991;30(10):1031-1048.
104. Delbende C, Mocaer E, Rettori M, Kamoum A, Vaudry H. Effect of the antidepressant tianeptine on the activity of the hypothalamo-pituitary-adrenal axis. *European Journal of Psychiatry.*1993;8(2):495-545.
105. Yehuda R, Southwick SM, Krystal JH. Enhanced suppression of cortisol following dexamethasone administration in posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry.*1993;150(1):83-86.
106. Dickerson SS, Kemeny ME. Acute stressors and cortisol responses: a theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychol Bull.*2004;130(3):355-391.
107. Resnick HS, Yehuda R, Pitman RK, Foy DW. Effect of previous trauma on acute plasma cortisol level following rape. *Am J Psychiatry.*1995;152(11):1675-1677.
108. Nemeroff CB, Bremner JD, Foa EB, Mayberg HS, North CS, Stein MB. Posttraumatic stress disorder: a state-of-the-science review. *J Psychiatr Res.*2006;40:1-21.

109. Bremner JD, Randall P, Scott TM, Bronen RA, Seibyl JP, Southwick SM, Delaney RC, McCarthy G, Charney DS, Innis RB. MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*.1995;152(7):973-981.
110. Rauch SL, van der Kolk BA, Fisler RE, Alpert NM, Orr SP, Savage CR, Fischman AJ, Jenike MA, Pitman RK. A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Arch Gen Psychiatry*.1996;53(5):380-387.
111. Semple WE, Goyer PF, McCormick R, Compton-Toth B, Morris E, Donovan B. Attention and regional cerebral blood flow in posttraumatic stress disorder patients with substance abuse histories. *Psychiatry Res*.1996;67:17-28.
112. Shin LM, Kosslyn SM, McNally RJ, Alpert NM, Thompson WL, Rauch SL. Visual imagery and perception in posttraumatic stress disorder: A positron emission tomographic investigation. *Arch Gen Psychiatry*.1997;54:233-241.
113. Shin LM, Whalen PJ, Pitman RK, Bush G, Macklin ML, Lasko NB. An fMRI study of anterior cingulate function in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*.2001;50:932-942.
114. Shin LM, Orr SP, Carson MA, Rauch SL, Macklin ML, Lasko NB. Regional cerebral blood flow in the amygdala and medial prefrontal cortex during traumatic imagery in male and female Vietnam veterans with PTSD. *Arch Gen Psychiatry*.2004;61:168-176.
115. Phan KL, Britton JC, Taylor SF, Fig LM, Liberzon I. Corticolimbic blood flow during nontraumatic emotional processing in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*.2006;63:184-192.
116. Figley CR. *Trauma and Its Wake. The Study and Treatment of PTSD*. New York: Brunnel/Mazel;1985.
117. Kline NA, Rausch JL. Olfactory precipitants of flashbacks in posttraumatic stress disorder: case reports. *J Clin Psychiatry*.1985;46(9):383-384.

118. McFarlane A. Phenomenology of posttraumatic stress disorder. In: Stein, Dan J. Hollander, Eric, editors. *The American Psychiatric publishing textbook of anxiety disorders*. 1st ed. Washington DC: American Psychiatric Pub.; 2002.p.359-371.
119. Marshall RD, Spitzer R, Liebowitz MR. Review and critique of the new DSM-IV diagnosis of acute stress disorder. *Am J Psychiatry*.1999;156(11):1677-1685.
120. American Psychiatric Association DSM-5 Development.Updated August 20/2010.Acute Stress Disorder Proposed for Possible Reclassification in Another Diagnostic Category.
<http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/AcuteStressDisorder.aspx>
121. Solomon Z, Kotler M, Shalev A, Lin R. Delayed onset PTSD among Israeli veterans of the 1982 Lebanon War. *Psychiatry*.1989;52(4):428-436.
122. Roth S, Newman E, Pelcovitz D, Van der Kolk B, Mandel FS. Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *J Trauma Stress*.1997;10(4):539-555.
123. Newman E, Riggs DS, Roth S. Thematic resolution, PTSD and Complex PTSD: the relationship between meaning and trauma-related diagnoses. *J Trauma Stress*.1997;10(2):197-213.
124. Gilboa D, Friedman M, Tsur H. The burn as a continuous traumatic stress: implications for emotional treatment during hospitalization. *J Burn Care Rehabil*.1994;15(1):86-91.
125. Stein MB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR. Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *Am J Psychiatry*.1997;154:1114-1119.
126. Mc Farlane AC. The longitudinal course of posttraumatic morbidity: the range of outcomes and their predictors. *J Nerv Ment Dis*.1988;176:30-39.
127. Pfefferbaum B: Posttraumatic stress disorder in children: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.1988;36:1503-1511.

128. Kaya B. Travma sonrası stres bozukluğu ve “subsendrom” kavramı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*.2004;5:231-238.
129. Sungur M, Kaya B. The onset and longitudinal course of a man-made posttraumatic morbidity: survivors of Sivas disaster. *Int J Psych Clin Pract*.2001;5:195-202.
130. American Psychiatric Association DSM-5 Development. Updated August 20/2010.Posttraumatic Stress Disorders Proposed for Possible Reclassification in Another Diagnostic Category. <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/PosttraumaticStressDisorders.aspx>.
131. Özgen F, Aydın H. Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*.1999;1:34-41.
132. Özeltin M. Motorlu Araç Kazalarından Sonra Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu: 6 Aylık İzlem Çalışması. *Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi*. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi, Eskişehir,2003.
133. Friedman MJ. Toward rational pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: an interim report. *Am J Psychiatry*.1988;145(3):281-285.
134. Özkürkçügil A, Çorapçioğlu A. Posttravmatik Stres Bozukluğu. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*.2000;8(1):13-19.
135. Yorbık Ö, Dikkatli S, Söhmen T. Çocuk ve ergenlerde travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*.2002;3:35-44.
136. Kaplan HI, Sadock BJ: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 8 th Edition. Williams and Wilkins, Baltimore:Maryland;1998.s.617-622.
137. Brady K, Pearlstein T, Asnis GM, Baker D, Rothbaum B, Sikes CR, Farfel GM. Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2000;283(14):1837-1844.
138. Davidson JRT, Connor KM. Management of posttraumatic stress disorder: diagnostic and therapeutic issues. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(18):33-38.

139. Tural Ü, Önder E: Travma sonrası stres bozukluğunun farmakolojik tedavisi. Psikolojik Travma Yazıları (10). 5US Yayınları;2001.
140. Sercan M. Felaket sonrasında ruh sağlığı hizmetleri ve psikososyal destek yöntemleri. 3P Dergisi.2000;8(1):29-37.
141. Foa EB, Davidson JRT, Frances A. The expert consensus guideline series: Treatment of posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry.1999;60(16):1-40.
142. Yaluğ İ, Özdemir S, Aker T. Yaşlılarda travma sonrası stres bozukluğu. Yeni Sempozyum Dergisi.2007;45(2):54-61.
143. Shapiro F. Eye movement desensitization: a new treatment for posttraumatic stress disorder. J Behav Ther Exp Psychiatry.1989;20(3):211-217.
144. Sinici E, Erden G, Yurttaş Y. Akut stres bozukluğunda bir müdahale tekniğinin uygulanabilirliği: Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR). Yeni Sempozyum Dergisi.2009;47(4):178-186.
145. Brom D, Kleber RJ, Defares PB. Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. J Consult Clin Psychol.1989;57(5):607-612.
146. Marshall RD, Cloitre M. Maximizing treatment outcome in post-traumatic stress disorder by combining psychotherapy with pharmacotherapy. Curr Psychiatry Rep.2000;2(4):335-340.
147. Schoenfeld FB, Marmar CR, Neylan TC. Current concepts in pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder. Psychiatr Serv.2004;55(5):519-531.
148. Davidson JRT. Anxiety Disorders. Kaplan H, Sadock BJ, editörs. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6 th ed. Baltimore: Williams & Wilkins.;1995.s.1227-1236.
149. Mollica RF, Wyshak G, Lavelle J. The psychosocial impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees. Am J Psychiatry.1987;144(12):1567-1572.

150. Carlson EB, Rosser-Hogan R. Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. *Am J Psychiatry*.1991;148(11):1548-1551.
151. Ramsey R, Gorst-Unsworth C, Turner S. Psychiatric morbidity in survivors of state organized violence including torture: A Retrospective Series. *Br J Psychiatry*.1993;162:55-59.
152. North CS, Smith EM, Spitznagel EL. One-year follow-up of survivors of a mass shooting. *Am J Psychiatry*.1997;154(12):1696-1702.
153. Pynoos RS, Frederick C, Nader K, Arroyo W, Steinberg A, Eth S, Nunez F, Fairbanks L. Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Arch Gen Psychiatry*.1987;44(12):1057-1063.
154. Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, Davis GC. Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma. *Am J Psychiatry*.1999;156(6):902-907.
155. Green BL, Gleser GC, Lindy JD ve ark. Age-related reactions to the buffalo Creek dam collapse: effect in the second decade. In: Ruskin PE, Talbott JA, eds. *Aging and PTSD*. Washington DC: American Psychiatric Press;1996.s.101-125.
156. Parye R, Turns DM, Tobias CR. A Case of delayed recognition of PTSD. *Am J Psychiatry*.1986;143:941-956.
157. McFarlane AC. Vulnerability to PTSD. In: Wolf ME, Mosnaim AD, eds. *Posttraumatic stres disorder: etology, phenomenology and treatment*. Washington DC: American Psychiatric Press;1990.s.3-20.
158. Freidman MJ. Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry*.1997;58(9):33-36.
159. Napoli V, Kilbride JM, Tebs DE. *Adjustment and growth in a changing world*. New York:West;1996.

160. Morris CG. Psikolojiyi Anlamak. Bölüm 11: Stres ve Sağlık Psikolojisi. İç: Ayvaşık HB, Sayıl M, editör. 1. Basım, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:23;2002.s.491-524.
161. Everly GS. A clinical guide to the treatment of human stres response. New York: Plenum;1989.s.23-24.
162. Gençöz F. Uyum Psikolojisi. Kriz Dergisi.1998;6(2):1-7.
163. Katzman JW, Tomori O. Uyum Bozuklukları. Comprehensive Textbook Of Psychiatry, Sekizinci Baskı (Çev: Doruk A, Çev. Ed: Aydın H, Bozkurt A), Ankara:Güneş Kitabevi, 2006.s.2055-2062.
164. Casey P. Adult adjustment disorder: A review of its current diagnostic status. J Psychiatr Pract.2001;7:32-40.
165. Strain JJ. And et al. Adjustment Disorder: A multisite study of its utilization and interventions in the concultation-liaision psychiatry setting. Gen Hosp Psychiatry.1998;20:139-149.
166. Doruk A, Çelik C, Özdemir B, Özşahin A. Uyum bozukluğu ve yaşam olayları. Anadolu Psikiyatri Dergisi.2008;9:197-202.
167. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Adjustment Disorders. Synapsis of Psychiatry, Seventh Edition, New York:Williams & Wilkins. Chapter 25:1994.s.727-730;
168. Siverstone PH. Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. J Nerv Ment Dis.1996;184(1):43-51.
169. Blacker C, Clare A. The prevalance and treatment of depression in general practice. Psychopharmacology.1988;95:14-17.
170. Greenberg WM, Rosenfeld DN, Ortega EA. Adjustment Disorder as an Admission Diagnosis. Am J Psychiatry.1995;152(3):459-461.
171. Chorbata BF, Barlow DH. The development of anxiety: The role of control in the early environment. Psychol Bull.1998;124:3-21.

172. Roness A. Civil background variables significant to the development of psychiatric disorders during military service. *Behav Neuropsychiatry*.1976;8:19-26.
173. Dedic G, Krstic J. Adaptation problems of soldiers to the military environment. *Vojnosanit Pregl*.1996;53:19-24.
174. Jennings S. Playtherapy with children. Blackwell scientific publications.Great Britain;1993.
175. Pollock D. Structured ambiguity and the definition of psychiatric illness: Adjustment disorder among medical inpatients. *Social Science and Medicine*.1992;35(1):25-35.
176. Praag HM . A transatlantic view of the diagnosis of depressions according to the DSM-III: controversies and misunderstandings in depression diagnosis. *Comprehensive Psychiatry*.1982;23(4):315-329.
177. Syder S, Strain JJ, Wolf D. Differentiating major depression from adjustment disorder with depressed mood in the medical setting. *General Hospital Psychiatry*.1990;12:159-165.
178. American Psychiatric Association DSM-5 Development.Updated August 20/2010.Adjustment Disorders Proposed for Possible Reclassification in Another Diagnostic Category. [http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/Adjustment Disorders.aspx](http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/Adjustment%20Disorders.aspx)
179. Bisson JJ, Sakhuja D. Adjustment Disorders. Non-PTSD posttraumatic disorders;2006.s.240-243.
180. Schatzberg AF. Anxiety and Adjustment Disorder: A treatment approach. *Journal of Clinical Psychiatry*.1990;51(11):20-24.
181. National Collaborating Centre for Mental Health. Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London and Leicester: Gaskell and BPS,2005.

182. Jones R, Yates WR, Zhou MH. Readmission rates for adjustment disorders: comparison with other mood disorders. *Journal of Affective Disorders*.2002;71:199-203.
183. Aker T, Ayata B, Özeren M ve ark. Zorunlu iç göç: ruhsal ve toplumsal sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*.2002;3(2):97-103.
184. Ekşi A. Sığınmacı ve göçmenlerde psikopatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi*.2002;13(3):215-221.
185. Yılmaz A, Hasanoğlu A, Weiss M. Depression und Kultur. E Koch, R Schepker, S Taneli, Eds. *Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft*. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau:2000.s.148-157.
186. Linden M, Schippan B, Baumann K, Spielberg R. Posttraumatische Verbitterungsstörung (PTED). *Nervenarzt*.2004;75:51-57.
187. Acherberger M, Linden M, Benkert O. Psychological distress and psychiatric disorders in primary health care patients in East and West Germany 1 year after the fall of the Berlin wall. *Soc Psychiat and Psychiat Epidemiol*.1999;34:195-201.
188. Weiss R. *Macht Migration krank?* Seismo Verlag;2005.
189. Linden M. Posttraumatic Embitterment Disorder. *Psychother Psychosom*.2003;72:195-202.
190. Alexander J. The psychology of bitterness. *Int J Psychoanal*.1966;41:514-520.
191. Baures MM, Letting go bitterness and hate. *J Humanistic Psychol*.1996;36:75-90.
192. Pirhacova I. Perceived social injustice and negative affective states. *Studia Psycholog*.1997;39:133-136.
193. Zemperl J, Frese M. Arbeitslose: Selbstverwaltung überwindet die Lethargie. *Psychol Heute*.1997;24:36-41.

194. First MB, Spitzer RL, Gibbon M. Structred Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). Washington DC: American Psychiatric Press;1997.
195. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması, İlaç ve Tedavi Dergisi.1999;12:233-236.
196. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustments rating scales. Journal of Psychosomatic Reasearch.1967;11:213-218.
197. Birsöz S. Hastalık öncesi yaşam değişimleri ve ruhsal sonuçları üzerine bir inceleme. Psikiyatri Anabilim Dalı Doçentlik Tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara,1980.
198. Sarason IG, Johnson JH, Siegel JM. Assessing the impact of life changes: Development of the life experiences survey. Journal of Consulting and Clinical Psychology.1978;46(5):932-946.
199. Aslanoğlu S. Habis tümörlerin oluşumunda stresin rolü. Psikoloji Bilim Dalı Bilim Uzmanlığı Tezi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Ankara, 1978.
200. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, et al. The social functioning scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. Br J Psychiatry.1990;157:853-859.
201. Erakay SY. Şizofreni tanılı hastalarda Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) Türkçe Formu'nun geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması. Uzmanlık Tezi. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İzmir, 2001.
202. Eker D, Arkar H: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin faktör yapısı , geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi.1995;34:45-55.
203. Hamilton MA. Raiting Scale for Depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry.1960;23:56-62.

204. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı . *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*.1996;4:251-259.
205. Williams BW. A structure interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry*.1978;45:742-747.
206. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*.1959;32:50-55.
207. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*.1998;9:114-117.
208. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM. A Clinician Rating Scale for assessing current and lifetime PTSD:CAPS-I. *The Behavior Therapist*.1990;3:187-188.
209. Aker AT, Özeren M, Başoğlu M, Kaptanoğlu C, Erol A, Buran B: Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (TSSB-Ö) geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*.1999;10:286-289.
210. Luborsky L. Clinicians judgements of mental health. *Arch Gen Psychiatry*.1962;7:407-417.
211. Güleç C, Köroğlu E. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Cilt 1:Ankara;1997.s.265-353.
212. Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E. Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*.2000;11:198-203.
213. Carol S, Fullerton D. Gender differences in posttrauma stress disorder after motor vehicle accidents. *Am J Psychiatry*.2001;158:1486-1491.
214. Zatzick DF, Kang SM, Müller HG, Russo JE, Rvara FP, Katon W, Jurcovich GJ, Roy-Byrne P. Predicting Posttraumatic Distress in Hospitalized Trauma Survivors with Acute Injuries. *Am. J Psychiatry*.2002;159:941-946.
215. Blanchard EB, Hickling EJ, Taylor AE, Loss W. Psychiatric Morbidity Associated with Motor Vehicle Accidents. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1995;183:495-504.

216. Curran PS, Bell P, Murray A, Loughrey G, Roddy R, Roche LG. Psychological consequences of the Enniskellen Bombing. *Br J Psychiatry*.1990;156:479-482.
217. Despland J, Monod L, Ferrero F. Clinical relevance of adjustment disorder in DSM-III-R and DSM-IV. *Compr Psychiatry*.1995;36:454-460.
218. Öner FR, Kaptanoğlu C, Seber G. Kadınlarda depresyonun yaygınlığı ve risk faktörleriyle ilişkisi. *Kriz Dergisi*.1995;3(1-2):88-103.
219. Kılıç C. Ruhsal Travma Sonrası Stres Bozukluğu Gelişiminin Belirleyicileri. *Psikolojik Travma Yazıları (5)*. 5US Yayınları;2001.
220. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL, Schultz LR. Sex Differences in the PTSD. *Arch Gen Psychiatry*.1997;54:1044-1048.
221. Ehlers A, Mayou RA, Duthie R. Psychiatric consequences of road traffic accidents. *BMJ*.1993;307:647-651.
222. Küey L. Depresyon ve Kadın. *Sendrom*.1990;2:49-51.
223. Kryzhanovskaya L, Canterbury R. Suicidal behavior in patients with adjustment disorders. *Crisis*.2001;22(3):125-131.
224. Andreasen NC, Hoenk P. The predictive value of adjustment disorders: a follow-up study. *Am J Psychiatry*.1982;139:584-590.
225. Sheridan DJ. The role of the battered women specialist. *J Psychosocial Nursing & Mental Health Service*.1993;31(11):31-37.
226. Coşkun A, Savaş HA, Tanar D, Arkonaç O, Erkoç Ş, Güveli M. İki uçlu mizaç bozukluğu hastalarında yaşam olayları. *Düşünen Adam*.1995;8:48-51.
227. Lima BR, Chavez H, Samaniego N, Pompei MS, Pai S, Santacruz H, Lozano J. Disaster severity and emotional disturbance: implications for primary mental health care in developing countries. *Acta Psychiatr Scand*.1989;79:74-82.
228. De Leo D. Treatment adjustment disorders: a comparative evolution. *Psychological Reports*.1989;17:229-236.

229. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sekizinci Baskı. Benjamin J.Sadock MD, Virginia A. Sadock MD, editörler. Çeviren Hamdullah Aydın, Ali Bozkurt. New York;2005.p.2396.
230. Wolfe J, Erickson DJ, Sharkansky EJ, King DW, King LA. Course and predictors of posttraumatic stress disorder among Gulf War veterans: a prospective analysis. *J Consult Clin Psychol*.1999;67:520-528.
231. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB, Breslau N. Epidemiological risk factors for trauma and PTSD. İn: Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder. Yehuda R. editör, 2 nd ed. Washington DC:American Psychiatry Press;2000.s.23-56.
232. Briere J, Elliott DM. Prevalence and psychological sequelae of self reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse&Neglect*.2003;27:1205-1222.
233. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*.1993;113(19):164-180.
234. Koss MP. Rape: Scope, impact, interventions and public policy responses. *American Psychologist*.1993;48:1062-1069.
235. Brown A. Violence against women by male partners, prevalence, outcomes and policy implications. *American Psychologist*.1993;48(10):1077-1087.
236. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Violence against women: relevance for medical practitioners. *Journal of the American Medical Association*.1992;267(23):3184-3189.
237. Yıldırım A. Sıradan Şiddet. Kadına ve çocuğa yönelik şiddetin toplumsal kaynakları. Birinci Baskı. İstanbul:Boyut Yayınları;1998.
238. Riggs D, Caulfield M, Street A. Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *J Clin Psychol*.2000;56:1289-1316.

239. Neugebauer R. Research on intergenerational transmission of violence: the next generation. *Lancet*.2000;335: 1116-1117.
240. Yılmaz B. Yardım çalışanlarında travmatik stres. *Klinik Psikiyatri*.2007;10:137-147.
241. Brewin C, Andrews B, Valentine B. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma exposed adults. *J Consult Clin Psychol*.2000;68:748-766.
242. Carlier I, Lamberts R, Gersons B. The dimensionality of trauma: A multidimensional scaling comparison of police officers with and without posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Res*.2000;9:29-39.
243. Eriksson C, Vande Kemp H, Gorsuch R. Trauma exposure and PTSD symptoms in international relief personel. *J Trauma Stres*.2001;13:205-211.
244. Orbach Y, Lamb ME, Sternberg KJ, Williams JM, Dawud-Noursi S. The effect of being a victim or witness of family violence on retrieval of autobiographical memories. *Child Abuse Negl*.2001;25:1427-1437.
245. Brewin CR, Andrews B, Rose S, Kirk M. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *Am J Psychiatry*.1999;156:360-366.
246. Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM. Acute stress disorder scale: A self report measure of acute stress disorder. *Psychol Assess*.2000;12:61-68.
247. Harvey AG, Bryant RA. Two-year prospective evaluation of the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *Am J Psychiatry*.2000;157:626-628.
248. Burgess AW, Fawcett J, Hazelwood RR. Victim care services and the comprehensive sexual assement tool. In *Rape Investigation*. Hazelwood RH, Burgess AW. editörs. 2 nd ed. Boca Raton: CRC Press;1995.p.263-273.
249. Newcorn JH, Strain JJ, Mezzich JE. Adjustment disorders. BJ Sadock, VA Sadock editörs. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7 th ed. Philadelphia:Williams & Wilkins;2000. p.1714-1722.

250. Faravelli C, Pallanti S. Recent life events and panic disorder. *Am J Psychiatry*.1989;146:622-626.
251. Andreasen NC, Wasek P. Adjustment disorders in adolescents and adults. *Arch Gen Psychiatry*.1980;37:1166-1170.
252. De Leo D. Treatment adjustment disorders: a comparative evaluation. *Psychological Reports*.1989;64:51-54.
253. Schnurr PP, Ford JD, Friedman MJ, Green BL, Dain BJ, Sengupta A. Predictors and outcomes of posttraumatic stress disorder in World War II veterans exposed to mustard gas. *J Consult Clin Psychol*.2000;68:258-268.
254. Webster RA, McDonald R, Lewin TJ, Carr VJ. Effects of a natural disaster on immigrants and host populations. *J Nerv Ment Dis*.1995;183:390-397.
255. Başoğlu M, Paker M. Severity of trauma as predictor of long term psychological status in survivors of torture. *J Anx Dis*.1995;9:339-350.
256. Ehlers A, Mayou RA, Bryant B. Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *J Abnorm Psychology*. 1988;107:508-519.
257. Brewin CR, Andrews B, Rose S. Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *J Trauma Stress*.2000;13:499–509.
258. O'Donnell ML, Creamer M, McFarlane A, Silove D, Bryant RA. Should A2 be a diagnostic requirement for posttraumatic stress disorder in DSM-V? *Psychiatry Res*.2010;176:257–260.
259. Creamer MC, McFarlane AC, Burgess P. Psychopathology following trauma: the role of subjective experience. *J Affect Disord*.2005;86:175-182
260. Roemer L, Orsillo SM, Borkovec TD, Litz BT. Emotional response at the time of a potentially traumatizing event and PTSD symptomatology: a preliminary retrospective analysis of the DSM-IV criterion A-2. *J Behav Ther Exp Psychiatry*.1998;29:123–130.

261. Schnurr PP, Spiro A, Vielhauer MJ, Findler MN, Hamblen JL. Trauma in the lives of older men: findings from the normative aging study. *J Clin Geropsychol.*2002;8:175–187.
262. Kilpatrick DG, Resnick HS, Freedy JR. The posttraumatic stress disorder field trial: evaluation of the PTSD construct: criteria A through E. In: Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA, FirstMB, Ross R, Davis W, editors. *DSM-IV Sourcebook (Volume IV)*. Washington DC: American Psychiatric Press;1997.
263. Vaiva G, Brunet A, Lebigot F, Boss V, Ducrocq F, Devos P, Laffargue P, Goudemand M. Fright (effroi) and other peritraumatic responses after a serious motor vehicle accident: prospective influence on acute PTSD development. *Can J Psychiatry.*2003;48:395–401.
264. Bracha HS, Williams AE, Haynes SN, Kubany ES, Ralston TC, Yamashita JM. The STRS (shortness of breath, tremulousness, racing heart, and sweating): a brief checklist for acute distress with panic-like autonomic indicators; development and factor structure. *Ann Gen Hosp Psychiatry.*2004;3(1):8.
265. Mezey G, Evans C, Hobdell K. Families of homicide victims: Psychiatric responses and help-seeking. *Psychol Psychother Theory Res Pract.*2002;75:65–75.
266. Resick and Miller, Basimda.
267. Janoff-Bulman R. *Shattered Assumptions: towards a new psychology of trauma*. New York:Maxwell Macmillan International;1992.
268. Wagstaff GF. Correlates of the just world in Britain. *Journal of Social Psychology.*1983;121(1):145-146.
269. McCann IL, Pearlman LA. *Psychological trauma and the adult survivor: theory, therapy and transformation*. New York:Brunnel/Mazel Psychosocial Stress Series No:21;1990.
270. Janoff-Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: applications of the shema construct. *Social Cognition.*1989;7(2):113-136.

271. Shaw JA. Unmasking the illusion of safety: psychic trauma in war. *Bulletin of the Menninger Clinic*.1987;51:49-63.
272. Foa EB, Riggs DS, Gershung BS. Arousal, numbing and intrusion: symptom structure of PTSD following assault. *Am J Psychiatry*.1995;152:116-120.
273. Sharan P, Chaudhary G, Kavathekar SA. Preliminary report of psychiatric disorders in survivors of a severe earthquake. *Am J Psychiatry*.1996;153(4):556-558.
274. Ursano RJ, Fullerton CS, Epstein RS, Crowley B, Kao TC, Vance K, Craig KJ, Dougall AL, Baum A. Acute and Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Motor Vehicle Accident Victims. *Am J Psychiatry*. 1999;156(4):589-595.
275. Panasetis P, Bryant RA. Peritraumatic versus persistent dissociation in acute stress disorder. *J Trauma Stress*.2003;16:563–566.
276. Murray J, Ehlers A, Mayou RA. Dissociation and posttraumatic stress disorder: two prospective studies of road traffic accident survivors. *Br J Psychiatry*.2002;180:363–368.
277. Noyes Jr R, Kletti R. Depersonalization in response to lifethreatening danger. *Compr Psychiatry*.1977;18:375–384.
278. Bryant RA, Friedman MJ, Spiegel D, Ursano R, Strain J. A review of acute stress disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety* (2010; in press).
279. Brewin CR, Andrews B, Rose S. Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *J Trauma Stress*.2000;13:499–509.
280. Mezey G, Evans C, Hobdell K. Families of homicide victims: psychiatric responses and help-seeking. *Psychol Psychother Theory Res Pract*.2002;75:65–75.
281. Bodkin JA, Pope HG, Detke MJ, Hudson JI. Is PTSD caused by traumatic stress? *Journal of Anxiety Disorders*.2007;21(2):176–182.

282. Jones R, Yates WR, Zhou M. Outcome for adjustment disorder with depressed mood. Comparison with other mood disorders. *Journal of Affective Disorders*.1999;55:55-61.
283. Weiss DS, Marmar CR, Schlenger WE, Fairbank JA, Jordan BK, Hough RL. The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in Vietnam theater veterans. *J Trauma Stress*.1992;5:365-376.
284. Marshall RD, Olfson M, Hellman F, Blanco C, Guardino M, Struening E. Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *Am J Psychiatry*.2001;158:1467-1473.
285. Solomon Z, Miculincer M, Waysman M. Delayed and immediate onset posttraumatic stress disorder: differential clinical characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*.1991;26:1-7.
286. Hauff E, Vaglum P. Chronic posttraumatic stress disorder in Vietnamese Refugees: a prospective community study of prevalence, course, psychopathology, and stressors. *J Nerv Ment Dis*.1994;182:85-90.
287. Zhang W, Ross J, Davidson JRT. Posttraumatic stress disorder in callers to the anxiety disorders association of America. *Depress Anxiety*.2004;19:96–104.
288. Schutzwohl M, Maercker A. Effects of varying diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder are endorsing the concept of partial PTSD. *J Trauma Stress*.1999;12:155–165.
289. Zlotnick C, Franklin L, Zimmerman M. Does “subthreshold” posttraumatic stress disorder have any clinical relevance? *Compr Psychiatry*.2002;43:413–419.
290. Bisson JI, Shepherd JP, Joy D, Probert R, Newcombe RG. Early cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury. Randomised controlled trial. *Br Psychiatry*.2004;184:63–69.
291. Sijbrandij M, Olf M, Reitsma JB, Carlier IVE, Vries MH, Gersons BPR. Treatment of acute posttraumatic stress disorder with brief cognitive behavioral therapy: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*.2007;164:82–90.

292. Foa EB, Zoellner LA, Feeny NC. An evaluation of three brief programs for facilitating recovery after assault. *J Trauma Stress*. 2006;19:29–43.
293. Friedman MJ. PTSD, ASD and AD: looking towards DSM-5. Atlanta: Presented at American Psychiatric Association's Annual Meeting; 2010.
294. Isserlin L, Zerach G, Solomon Z. Acute stress responses: a review and synthesis of ASD, ASR, and CSR. *Am J Orthopsychiatry*. 2008;78:423–429.