



Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Banu Yılmaz*
Ankara Üniversitesi

Özet

Doğal afetler, savaşlar, kazalar gibi insanların yaşadığı beklenmedik stres kaynakları, çoğu zaman kalıcı fiziksel ve ruhsal zedelenmelere yol açmaktadır. Özellikle büyük savaşlar sonrasında görülen ruhsal bozuklukların anlaşılması ve bunlara çözüm bulunması, travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) incelenmesine temel olmuştur. Bu tarama yazısında TSSB'nin bir tanı kategorisi olarak ele alınmasının tarihsel gelişimi, klinik özellikleri, görülme sıklığı, nedenleri ve tedavisi konularındaki kuramsal yaklaşımlar ve son görgül araştırmalar özetlenmektedir. Doğal afetler, terör ve trafik kazaları gibi travmatik yaşantıların yoğun olarak yaşandığı Türkiye'de potansiyel bir sorun olarak görülen TSSB'nin daha kapsamlı olarak araştırılması ve alanda çalışanların konuya duyarlı hale getirilmesi amacıyla ülkemizden örnekler de verilerek konu kapsamlı olarak tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: *Travma sonrası stres bozukluğu, travmatik yaşantı, stress kaynakları.*

Post Traumatic Stress Disorder

Abstract

Unexpected traumatic stressors such as natural disasters, wars and all sorts of accidents may result in permanent physical and psychological damages on the survivors. Especially, the psychological disturbances seems following the long lasting wars have led researchers to investigate antecedents and consequences of post traumatic stress disorder (PTSD). In this article, recent empirical studies and theoretical conceptualizations regarding PTSD were reviewed focusing on the historical changes in the formulation, clinical picture, incidence and prevalence and the treatment of the disorder. Given the high intensity of potential stressors such as natural disasters, traffic accidents and terror experienced in Turkey, PTSD can be seen as a serious risk factor. Therefore, it was discussed that professionals and researchers need to pay more attention to the investigation and intervention of the disorder in Turkey.

Key words: *Post traumatic stress disorder, traumatic experiences, stressors.*

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), kişi travmatik bir stres kaynağıyla karşılaştığında ortaya çıkabilecek belirtiler grubudur (DSM IV, APA, 1994). Tarihsel olarak bakıldığında, bu bozukluğun ayrı bir tanı kategorisi olmasının temellerini atan araştırmaların savaş dönemlerine rastladığı görülmektedir. TSSB'nin resmi sınıflandırma sistemine girmesinden sonra ise bu konu ile ilgili araştırmalar gün geçtikçe artmış ve çeşitlenmiştir. Literatür incelendiğinde TSSB ile ilgili araştırmaların daha çok savaş, ağırlıklı olarak da Vietnam Savaşı'yla ilgili olduğu görülse de, bunun tarihsel bir gelişimin yansıması olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Son yıllarda da doğal afetler, kazalar, tecavüz, cinsel istismar ve işkence gibi çeşitli travmatik yaşantıların neden olabileceği ruhsal bozukluklar üzerine çok sayıda araştırma yapılmaktadır. Bu araştırmalarda ağırlıklı olarak bozukluğun klinik özellikleri, çeşitli travmatik yaşantıların ardından görülme sıklığı ve belli yaklaşımlar açısından nedenleri ele alınarak etkili tedavi yaklaşımları belirlenmeye çalışılmaktadır. Türkiye'de bu konu ile ilgili araştırmalara bakıldığında ise, daha çok işkencenin neden olduğu ruhsal bozukluklar üzerinde durulduğu; travmaya yol açabilecek ve ülkemizde çok sık yaşanan diğer olayların (doğal afetler, insan eliyle yaratılan felaketler, trafik kazaları, cinsel istismar vb.) neden olabileceği ruhsal bozukluklarla ilgili bir kaç istisna dışında çok fazla çalışmanın olmadığı görülmektedir.

Bu makalede ülkemizde çok çeşitli travmatik olayla karşılaşılmasına rağmen TSSB konusunda yeterince çalışmanın yapılmıyor

olması nedeniyle, ruh sağlığı alanında çalışan kişilerin dikkatini bu konuya çekmek amacıyla bir literatür taraması yapılmaktadır. Bu amaçla, söz konusu bozukluğun sınıflandırma sistemine girişinin tarihsel gelişiminin ardından, en sık görülen ve üzerinde en fazla araştırma yapılan travmatik yaşantıların klinik özellikleri, görülme sıklığı ve yaygınlığı, oluş nedenleri ve tedavisi ele alınmış; bu konularla ilgili başka ülkelerde ve Türkiye'de yapılan bazı çalışmalardan söz edilmiştir.

Tarihçe

Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun sınıflandırma sistemlerinde yer almaya başlaması çok eskilere dayanmamakla birlikte, yaşanan olayın tekrar tekrar hatırlanması, uyku bozukluğu ve kaçınma davranışları gibi TSSB'nin belirtilerinin söz edildiği yazılara literatürde çok uzun yıllardır rastlanmaktadır (Foy, Donahoe, Carroll, Gallers ve Reno, 1987). Bu tür belirtilerden en çok söz edilen olay, 17. yüzyıldaki Büyük Londra Yangını'dır. Bu yangından kurtululardan biri olan Samuel Pepys'in günlüğünde, bu olayla ilgili kabusları, uyku bozuklukları ve bir türlü kurtulamadığı anıları yer almaktadır (Fairbank, Schlenger, Caddell ve Woods, 1993). Buna ek olarak, toplama kampalarında bulunanlar, doğal afetlerden sağ kurtulanlar ve İkinci Dünya Savaşı'nda Hiroşima'nın bombalanması olayını yaşayanlarla ilgili çok sayıda raporda da ciddi psikolojik stresin varlığı belirtilmiştir (akt., Foy ve ark., 1987).

Günümüzde TSSB olarak bilinen tanıya, büyük ölçüde askerlerin savaş sonrası yaşantıla-

rının gözlem ve belgelerinden elde edilen bilgilerle ulaşılmıştır. Askerlerin savaş sonrası problemleriyle ilgili öyküler, daha önce yaşanan savaşlardan sonra gözlenmişse de, bu problemlerin tanımlanması ve anlaşılmasına yönelik çalışmalar Birinci Dünya Savaşı'ndan sonra önem kazanmıştır. Bu savaş, çok fazla insanın katılmış olması nedeniyle travma yaşayan pek çok insan yaratmıştır. Gözlenen belirtilerin çeşitliliğine rağmen, Birinci Dünya Savaşı sonrasında sendrom "bombardıman şoku" olarak adlandırılmış ve bu sorunun patlayan bombaların neden olduğu nörolojik hasardan kaynaklandığı öne sürülmüştür. Birinci Dünya Savaşı'ndan otuz yıl sonra yaşanan İkinci Dünya Savaşı'nın ardından savaşa katılmış olanlarda görülen psikolojik problemler daha sistematik biçimde ele alınmış, uzun süreli izleme çalışmaları yapılmıştır. Yöntem açısından bazı sınırlılıklarına karşın bu çalışmalar, savaşa giren askerlerin olaydan çok uzun yıllar sonra bile strese bağlı belirtiler gösterdiklerini ortaya koymuştur (Fairbank ve ark., 1993).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), DSM I'i (APA, 1952) yayınladığında, bu sınıflandırmada "Büyük Stres Tepkileri" (Gross Stress Reactions) kategorisi bulunmaktaydı. Bu kategorinin tanımında, bozukluğun geçici olduğu vurgulanıyor ve stres tepkisinin strese yol açan faktörün bulunmadığı durumlarda da devam etmesi halinde bir başka tanımın aranması gerektiğine işaret ediliyordu. DSM II'de (APA, 1968) ise, stres tepkileri için ayrı bir kategori bulunmuyordu. Bunun yerine, bu tür tepkiler "Geçici Durumsal Rahatsızlıklar" kategorisinde sınıflandırılmıştı (akt., Fairbank ve ark., 1993).

TSSB'nin resmi olarak psikiyatrik sınıflandırma sistemine girişi DSM III (APA, 1980) ile gerçekleşmiştir. Burada, TSSB bir kaygı bozukluğu olarak sınıflandırılarak, sosyal, duygusal ve davranışsal boyutlarından söz edilmiştir. DSM III'ün gözden geçirilmiş hali olan DSM III-R'de öncekinden farklı olarak, akut ve kronik TSSB ayrımından vazgeçilmiştir (Foy ve ark., 1987). DSM IV'te de bu bozukluk kaygı bozuklukları başlığı altında ele alınmış, ancak akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu olarak DSM III'teki ayrıma geri dönmüştür (Carson, Butcher ve Mineka, 1998).

TSSB'nin resmi sınıflandırma sistemine girmesinden sonra, konu ile ilgili araştırmaların sayısı da her geçen gün artış göstermiştir. Yaşanan felaketlerin sıklığı ve çeşitliliği göz önüne alındığında, bu konunun, toplumları, dolayısıyla da ruh sağlığı uzmanlarını yakından ilgilendirmesi doğaldır (Başoğlu, 1991). Türkiye'de 1980'li yılların başlarından beri doğu ve güneydoğuda yaşananlar, son yıllarda tüm ülkede giderek artan terör olayları, sık sık yaşanan doğal afetler (Erzincan depremi, Senirkent sel faciası vb. olaylar), ülkemize göç eden mültecilerin sayısındaki artış ve işkence uygulamaları göz önüne alındığında, bu bozukluğun yaygınlığı, nedenleri ve tedavisiyle ilgili araştırmalara hız verme gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Klinik Özellikler

TSSB, aşırı strese yol açan bir olaydan sonra görülen yoğun, uzamış ve bazen de gecikmiş bir tepkidir (Gelder, Gath, Mayou ve Cowen, 1996). Ayrıca başlama nedeni olan

faktörün açıkça belirlenebildiği tek kaygı bozukluğu olarak değerlendirilebilir. Ancak bu, olağan dışı deneyimlere bağlı bir travma yaşayan herkesin aynı tepkiyi vereceği anlamına gelmez. Travmaya yol açan olaylar çok çeşitli olabilir. Pek çok vakada bozukluk travmayı yaşadktan saatler, hatta günler sonra başlar ve problemlerin tüm ciddiyetiyle ortaya çıkması yıllar sonra gerçekleşebilir (Emmelkamp, Bouman ve Scholing, 1995). Bu tepkinin temel klinik özellikleri üç grupta ele alınabilir. Birincisi, *aşırı uyarılmışlık* durumudur. Bu belirti sürekli kaygı, sinirlilik, uykusuzluk ve konsantrasyon güçlüğü gibi durumları içerir. İkinci özellik, *strese neden olan olayla ilgili imgelerin sürekli yenilenen yaşanmasıdır*. Hasta olayla ilgili rüyalar görür; olaya ilişkin sahneler ani ve yineleyen biçimde gözünün önüne gelir. Üçüncü klinik özellik ise *kaçınmadır*. Olayı hatırlatacak her şeyden kaçınma, duygu kısırlığı, aktivite ve ilgilerde azalma gibi belirtiler bu özellikte ilgilidir (Gelder ve ark., 1996). Bu üç grup klinik özelliğin temelindeki faktörleri tanımlamayı amaçlayan bir çalışmada DSM III ve DSM IV' teki TSSB belirtileri kullanılmış ve bu belirtilerin iki faktörden oluştuğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunlar zorlayıcı düşünceler (intrusions) ya da kaçınma ve aşırı uyarılma ya da duygu kısırlığı olarak gruplanmıştır. Aynı çalışmada zorlayıcı düşüncelerin kaçınmaya; aşırı uyarılmanın da duygu kısırlığına yol açtığı üzerinde durulmuştur (Taylor, Kuch, Koch, Crockett ve Passey, 1998).

Pearce, Schauer, Garfield, Ohlde ve Patterson (1985) tarafından Vietnam gazileriyle yapılan bir başka çalışmada ise TSSB ile ilgili

dokuz faktör bulunmuştur. Bu faktörler öfke/depresyon, duygusal kısırlık/içe çekilme, çatışma yaşantılarıyla ilgili problemler, kaygı/bilişsel problemler, kişilerarası güçlükler, şizoid eğilimler, iş yaşantısında sorunlar, ilaç kullanımı ve suça ilişkin davranışlardır.

Teşlik Eden Tanılar

TSSB, diğer psikiyatrik bozukluklarla pek çok klinik özelliği paylaşır ve çok nadir olarak tek başına tanı alır (Davidson ve Foa, 1991). Sıklık ve yaygınlıkla ilgili çalışmalar TSSB'ye sahip hastalarda, somatizasyon bozukluğu, psikoz, kaygı bozuklukları ve depresyonun sıkça görüldüğünü (akt., Brewin, Dalgleish ve Joseph, 1996), alkol kullanımı ve intihar düşüncelerinin de TSSB'ye eşlik ettiğini göstermektedir (Foy, Sippelle, Rueger ve Carroll, 1984; Carroll, Rueger, Foy ve Donahoe, 1985).

Vietnam'da savaşan Amerikan askerlerinde TSSB ile birlikte en sık görülen bozuklukların depresyon, yaygın kaygı bozukluğu ve madde kullanımı olduğu bulunmuştur (Davidson ve Foa, 1991).

TSSB ile birlikte depresyon ve kaygının görülme sıklığının bu denli yüksek olmasının nedeni olarak bazı belirtilerin örtüşmesi gösterilmekteyse de, bu durumu, eşlik eden tanı almanın (comorbidity) bir açıklaması olarak görmenin doğru olmayacağı da belirtilmektedir (Brewin ve ark., 1996).

Ayrırcı Tanı

Ayrırcı tanı açısından bakıldığında, TSSB ile özgül fobi, obsesif-kompulsif bozukluk, agorafobi ve patolojik yas arasında bir ayrımın yapılması gerektiği üzerinde durulmaktadır. Depresif bozukluklar ise genellikle TSSB'nin bir sonucu olarak ortaya çıkar (Emmelkamp ve ark., 1995). TSSB genellikle, travmatik olayın sık sık yeni baştan yaşandığı düşünceler ve imgelerle kolayca tanınmakla birlikte, organik beyin hasarlarının olup olmadığının da bütün hastalarda ayrıca incelenmesi gerektiği belirtilmektedir (Öztürk, 1995).

Ayrırcı tanıda, hastanın bilişsel süreçlerinin içeriğinin ve yapısının da değerlendirilmesi önemlidir. Duygusal kısırlık gibi belirtilerin bulunduğu TSSB'yi, uyum bozukluğu ya da depresyondan ayırdetmek için, hastanın yatkınlığa ilişkin genellenmiş inancı gibi bilişsel öğelerin de değerlendirilmesi tanı aşamasında yardımcı olmaktadır (Parrott ve Howes, 1991).

Sıklık ve Yaygınlık

TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığı, genel popülasyonda % 1-3 olarak tahmin edilmekte (Kaplan ve Sadock, 1998); kadınlarda % 1.3, erkeklerde % 0.5 oranında görüldüğü belirtilmektedir (Battal ve Ak, 1995). Buna, bozukluğun alt klinik şekillerini gösteren % 5-15'lik bir oran da eklenebilir. TSSB'nin travmatik olaylar yaşayan yüksek risk grupları arasında yaşam boyu yaygınlık oranı % 5-75 arasında değişmektedir. Vietnam Savaşı'na katılanların yaklaşık % 30'u TSSB yaşamıştır. TSSB herhangi bir yaşta

görülebilse de, hazırlayıcı faktörlere maruz kalma olasılığının yüksek olmasından dolayı, daha çok genç yetişkinler arasında yaygındır. Buna rağmen çocuklarda da görüldüğü belirtilmektedir. Erkekler arasında en yaygın travma, savaş yaşantısı; kadınlarda da saldırı ve tecavüzdür. TSSB daha çok evlenmemiş, boşanmış ya da eşini kaybetmiş, sosyal olarak içe dönük ve düşük sosyoekonomik düzeyden bireylerde görülür (Kaplan ve Sadock, 1998).

TSSB ile ilgili olarak günümüze dek yapılan çalışmaların çoğunun savaş travmasına odaklanmış olmasından dolayı, yaygınlığı da daha çok bu travmaya maruz kalanlar arasında araştırılmıştır. Savaş travması ile ilgili olarak üzerinde en fazla çalışılan grup ise Vietnam'da savaşanlar olmuştur. TSSB'nin Vietnam askerleri arasındaki yaygınlığını araştıran en kapsamlı çalışma olan NVVRS (National Vietnam Veterans Readjustment Study) sonuçlarına göre, Vietnam Savaşı'nda çeşitli travmalara maruz kalmış kişilerden erkeklerin % 15.2'si; kadınların da % 8.5'inin DSM III-R'ye göre TSSB tanı ölçütlerini karşıladığı görülmüştür (Fairbank ve ark., 1993).

TSSB'nin yaygınlığının araştırıldığı diğer gruplar tecavüz, doğal afet, kaza ve işkence yaşantılarına maruz kalanlardır. Yapılan bir anket çalışmasının sonunda anketi yanıtlayan kadınların üçte birinin yaşamlarının bir döneminde cinsel istismara maruz kaldığı ve bunların % 7.5'inde TSSB belirtileri görüldüğü saptanmıştır (Winfield, George, Swartz ve Blazer, 1990). Ulusal Ruh Sağlığı Örgütü (NIMH) tarafından yapılan bir çalışmanın verilerinin kullanıldığı bir başka çalışmada da 18-44 yaş

arası kadınların % 7'sinin cinsel istismara uğradığı; bunların % 3.7'sinin ise TSSB tanısı aldığı belirtilmiştir (akt. Winfield ve ark., 1990).

Kazalar çok çeşitli olmakla birlikte en sık yaşananları motorlu araç kazalarıdır. ABD'deki dört eyaletten 1000 kişinin katıldığı bir çalışmada (Norris, 1992) örneklemin % 23.4'ünün yaşamlarının bir döneminde motorlu araç kazası geçirdikleri bulunmuştur. Ancak motorlu araç kazalarından sonra TSSB'nin görülmesi ile ilgili araştırmalara yeni başlanmıştır.

Smith, North, McCool ve Shea (1990) tarafından bir uçak kazasıyla ilgili olarak yapılan çalışmada, uçağın çarptığı bir otelde bulunan 46 kişiden, uçağın çarptığı tarafta bulunan 17 kişinin 5'inde; diğer tarafta bulunan 29 kişinin de 5'inde TSSB belirtileri gözlenmiştir.

Türkiye'de, trafik kazası geçiren kişilerde TSSB belirtilerinin araştırıldığı bir çalışma sonucunda, kaza sonrası acil servise götürülen kişilerden % 17.4'ünün TSSB belirtileri gösterdiği bulunmuştur (Sayıl, Pekyardımcı ve Özgüven, 1998).

TSSB'ye yol açabilecek bir başka travmatik yaşantı da işkencedir. Libya'da işkence görmüş 13 Norveçli üzerinde yapılan bir çalışmada, bu kişiler DSM-III-R tanı kriterlerine göre değerlendirilmiş; işkenceden 6 ay sonra 7'sinde TSSB saptanmıştır. Türkiye'de ise işkence gören 28 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada, 10 kişide TSSB olduğu bulunmuştur (akt., Tek, Önder ve Duruanı, 1993). Türkiye'de işkence gören kişilerde TSSB görülme oranının yaklaşık olarak % 30-35 dolayında

olduğu belirtilmektedir (Başoğlu, Paker, Paker, Özmen, Marks ve İncesu, 1994).

İşkence sonrası görülen ruhsal belirtileri araştırdıkları çalışmada Tek ve arkadaşları (1993), son 10 yıl içinde işkence gördüğünü söyleyen 427 kişiden 284'ünün fiziksel, 46'sının ruhsal, 97'sinin de hem ruhsal hem fiziksel belirtilerle doktora başvurduğunu belirlemiştir; bunların 143'ünde (% 33.5) ruhsal belirti saptamışlardır. Ruhsal belirtiler kadınlarda (n=24) % 41.4, erkeklerde ise (n=119) % 32.2 oranında görülmüştür. Bu belirtiler içinde TSSB belirtileri olan kaygı, kabus görme ve sosyal içe çekilmenin oldukça yüksek oranlarda olduğu bulunmuştur.

Oluş Nedenleri

TSSB'nin ortaya çıkışında her şeyden önce bir stres kaynağı söz konusudur. Ancak travmatik bir olaya maruz kalan herkes TSSB geliştirmez. Dolayısıyla, TSSB geliştiren kişilerde bir çeşit yatkınlıktan söz edilebilir. Bu yatkınlık genetik ya da sonradan kazanılmış olabilir (Gelder ve ark., 1996). Bu nedenle TSSB'nin gelişimini ve sürmesini açıklamaya yönelik çeşitli yaklaşımlar önerilmiştir. Bunlardan biri genetik ve nörofizyolojik açıklamaları içeren biyolojik yaklaşımdır. TSSB'nin psikolojik kökenli olduğunu ileri süren yaklaşımlar ise psikodinamik, davranışçı ve bilişsel modelleri içermektedir.

Bu makalede önce, TSSB'ye yol açan ve üzerinde en çok araştırma yapılan çeşitli stres faktörleri, travmaya maruz kalma öncesi, travmatik yaşantı sırasındaki ve travma sonrası

bir takım değişkenler açısından ele alınacak; daha sonra TSSB'yi açıklamaya yönelik yaklaşımlardan söz edilecektir.

Travmaya Yol Açan Stres Kaynakları

TSSB'ye yol açan stres kaynakları çok çeşitli olabilir. Bugüne kadar üzerinde en çok çalışılan travmatik yaşantılar savaş, doğal afetler, kazalar, cinsel istismar, tecavüz ve işkencedir.

Foy, Carroll ve Donahoe'nin (1987) Vietnam askerlerinde gözlenen TSSB'nin nedenleri konusundaki oniki araştırmayı gözden geçirdikleri bir çalışmada, birincil nedenin silahlı çatışmada bulunmak olduğu saptanmış, savaş öncesi değişkenlerin TSSB ile çok daha az ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Sürekli silahlı çatışmaya girenlerde gözlenen TSSB, kısa sürelerle çatışmaya girenlerden daha fazla bulunmuştur (North, Smith ve Spitznagel, 1994). Card (1987) da yaptığı çalışmada Foy ve arkadaşlarının (1987) bulgusuna oldukça benzer bir bulgu elde etmiş, Vietnam Savaşı'na katılanlar arasında TSSB'ye yol açan birincil faktörün, silahlı çatışma yaşantısı olduğunu; askerlik öncesi yaşantı ve ordudaki genel uyumun TSSB ile ilişkili olmadığını belirtmiştir. Aynı konuda yapılan başka bir çok çalışmada da bu bulgularla tutarlı sonuçlar elde edilmiştir (örneğin, Foy ve ark., 1984; Frye ve Stockton, 1982). Bir kaç çalışmada da askerliğe başlama yaşı, eğitim, otorite ile sorunlar, askerlik öncesi psikososyal uyum gibi savaş öncesi faktörlerin TSSB ile silahlı çatışmaya maruz kalma yaşantısından daha fazla ilişkili olduğu bulunmuştur (Foy ve ark., 1987). Card (1987) evli olmak, belirli bir dini inanca sahip olmak gibi değişken-

lerin, TSSB'nin görülme oranını düşürdüğü sonucuna ulaşmıştır. Bu çalışmada, bu durumun neden-sonuç ilişkisinin yönü tespit edilemese de, sosyal desteğin TSSB'li askerler için koruyucu/iyileştirici etkisi olduğu söylenebilir.

Savaş öncesi özellikler ve stres değişkenleriyle ilgili olarak yapılan çok daha kapsamlı bir çalışmada (Carson, Butcher ve Mineka, 1998), travma yaşamadan önce varolan ve kişiyi TSSB geliştirmeye daha yatkın hale getirebilecek seksenin üzerinde özellik analiz edilmiştir. Bu analiz sonucunda, çatışmaya maruz kalma değişkenine göre daha az olmakla birlikte, diğer değişkenlerin de istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ortaya konulmuştur. Bu bulgular, daha önce Gaziler Kurumu'nun (Veterans Administration) yaptığı ikiz çalışması sonuçlarını tamamlayıcı ve onlarla tutarlı sonuçlar vermiştir. Diğer çalışmada olduğu gibi bu çalışmada da savaş alanında bulunma stresi ile TSSB tanısı alma arasında çok güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Travmayı yaşayan kişinin savaş sonrası bulunduğu çevrenin özellikleri de önemli görülmektedir. Pek çok çalışmada, Vietnam'da savaşmış TSSB'li askerlerin bu bozukluğa sahip olmayanlara göre daha az sosyal desteklerinin bulunduğu; işlevsel olmayan sosyal etkileşim örneklerini daha fazla gösterdikleri saptanmıştır (Fairbank ve ark., 1993). Stretch de (1985) Vietnam'dan sonra ordudaki sosyal destek birimleriyle etkileşim halinde bulunan askerler arasında, daha düşük oranlarda TSSB görüldüğünü belirtmektedir.

Tecavüz kurbanlarıyla yapılan çalışmalarda da, olay sonrası sosyal destek ve uyum arasında pozitif bir ilişkinin varlığı ortaya konul-

muştur. Aynı pozitif ilişki, hem kişi olayı yaşadktan hemen sonra görülen etkiler hem de iyileşme süreci açısından geçerlidir. Tecavüz kurbanı, olayın ardından çevresinde yaşadığı olayı paylaşabileceği kişiler bulduğunda travmanın etkilerinin azaldığı belirtilmektedir (Atkeson, Calhoun, Resick ve Ellis, 1982; Wirtz ve Harrell, 1987).

Travmaya yol açabilecek olaylardan biri olan doğal afetlerle ilgili olarak Avustralyalı itfaiyecilerle yapılan bir araştırmada, travmatik olaya maruz kalma faktörlerinin katkısının zaman içinde azaldığı bulunmuştur. St. Helens Dağı patlaması ile ilgili araştırmada da maduriyet ve dağa yakınlık arasında güçlü bir doz-tepki ilişkisinden söz edilmektedir (akt., Fairbank ve ark., 1993).

Türkiye’de 1992 yılında Erzincan’da meydana gelen deprem felaketini yaşayanlarla olaydan onaltı hafta sonra yapılan bir çalışmada (Karancı ve Rüstemli, 1995) depremin uzun süreli psikolojik etkileri araştırılmış; stres belirtilerinin fobik anksiyete, somatizasyon, depresyon ve düşmanlık duyguları olarak gruplanabileceği sonucuna varılmıştır. Araştırma sonuçları, felaketzedelerin tepkilerinin gelecekte-ki olası bir depreme ilişkin endişelerini yansıtır-olabileceğini ve olayın üzerinden uzun sayılabilecek bir süre geçmiş olmasına karşın halen stres tepkileri gösterdiklerini ortaya koymuştur. Aynı felaket yaşantısıyla ilgili bir başka çalışmada (Rüstemli ve Karancı, 1996), ebeveyn ve onların ergen çocuklarının olası depremler ve yaşanan olaya verdikleri duygusal tepkiler konusunda benzer bilişlere sahip olmalarına karşın, çocukların anne babalarının tersine bu konuda devam eden

bir stres tepkisi yaşamadıkları sonucuna varılmıştır. Erzincan depremi sonrası yapılan bir başka araştırmada da, depreme ilişkin bilişlerin, önceki deneyimlerin ciddiyetine bağlı olarak değiştiği yönündeki beklenti desteklenmemiştir (Rüstemli ve Karancı, 1999).

TSSB’ye yol açabilecek yaşantılardan biri olan motorlu araç kazaları da oldukça yaygındır. Sıklığı ve ciddiyeti göz önüne alındığında, bu tür kazaların TSSB’ye yol açan en önemli nedenlerden biri olduğu söylenebilir (Norris, 1992). Ne var ki, motorlu araç kazalarından sonra TSSB’nin başlaması ve sürmesi konusundaki araştırmalar çok yenidir. Bu nedenle de, bu tür kazalar sonrasında TSSB’yi başlatan ve sürdüren faktörlerin neler olduğu konusunda oldukça az bilgi bulunmaktadır. Ehlers, Mayou ve Bryant’ın (1998) yaptığı bir çalışmada, bir motorlu araç kazasından sonra acil servise gelen 967 kazazede, kazadan 3 ay ve 1 yıl sonra değerlendirilmiştir. Üç ay sonraki değerlendirmede TSSB tanısı alanların oranı % 23.1 olarak bulunurken, 1 yıl sonra bu oran % 16.5’e düşmüştür. Kronik TSSB’nin travmanın ciddiyeti, algılanan tehdit, kaza sırasındaki çözülme ve mevcut duygu durumu ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. TSSB’yi sürdüren psikolojik faktörlerin ise yineleyen anıların olumsuz yorumlanması, olayın tekrar tekrar düşünülmesi, öfke ve düşünceyi baskılama olabileceği belirtilmektedir. Sayıl ve arkadaşlarının (1998) yaptığı çalışmada, trafik kazası geçirenlere uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği’nden alınan puan ile anlamlı ilişki içinde olan değişkenlerin ağırı yakınmasının varlığı ve

yakınlarından yeterli destek alamama olduğu belirtilmiştir.

Bir başka önemli travmatik yaşantı olan işkence TSSB'nin engellenebilecek önemli nedenlerinden biridir (Tek ve ark., 1993). Ülkemizde işkence ile ilgili araştırmalar, Türkiye İnsan Hakları Vakfı tarafından periyodik olarak yayınlanmaktadır. Bu raporlara göre, özellikle 1980 askeri darbesinden bugüne kadar oldukça yüksek sayılarda işkence vakası bildirilmiştir. Ancak bu gruplarda TSSB'nin görülme sıklığı ve sürmesi konusundaki çalışmalar son derece azdır (akt., Şahin, 1995). Bu çalışmalardan birinde (Başoğlu ve ark., 1994) işkence görmüş 55 kişi, politik görüş, yaş, cinsiyet, medeni durum ve sosyokültürel düzey açısından benzer özelliklere sahip 55 kişiyle karşılaştırılmış; işkence gören grupta daha yüksek oranlarda psikiyatrik bozukluk olduğu bulunmuştur. Bu gruptan 18 kişinin işkenceden sonra bir dönem TSSB geçirdikleri, 10 kişide ise halen TSSB olduğu belirlenmiştir. Sosyal desteğin TSSB riskini azalttığı, işkencenin süresi ve şiddetinin ise TSSB'nin görülme sıklığı ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. İşkence sonrası sosyal desteğin ruhsal bozukluk riskini azalttığı vurgulanmaktadır. Ayrıca bu tür bir travmaya maruz kalması muhtemel kişilerin böyle bir olaya hazırlıklı olmalarının da bir psikiyatrik bozukluk gelişmesi olasılığını azaltabileceği belirtilmiştir (Tek ve ark., 1993).

Türkiye'ye özgü bir başka travmatik yaşantı da doğu ve güneydoğu bölgelerinde 1980'lerin başlarından beri süren olağanüstü durumdur. Böylesi koşullarda yaşamı sürdürmeye çalışmanın travmatik etkilerinin olacağı

son derece açıktır. Bölgede yaşayan halkın yanısıra, askerler ve devlet görevlileri için de aynı durum söz konusudur. Ancak bununla ilgili bilgiler de son derece sınırlıdır. Askerlerle ilgili çalışmalarda herhangi bir sorunun saptanmadığı söylenmektedir. Ancak, bu çalışmaların bazı açılardan sınırlılıkları bulunmaktadır. Ayrıca, çatışma bölgesinden dönen askerlerin durumlarıyla ilgili ciddi araştırmalar da mevcut değildir. Aynı şekilde yıllardır çatışma ortamında bulunan sivil halkın da ruh sağlığı ile ilgili bilgi verecek çalışmalar yoktur (Şahin, 1995).

Biyolojik Modeller

Genetik Faktörler: İkizlerle yapılan çalışmalar, TSSB'ye ilişkin olarak yatkınlık konusundaki farkların, kısmen genetik olduğunu göstermektedir. Vietnam Savaşı sırasında A.B.D. ordusunda bulunan 2224 tek yumurta ve 1818 çift yumurta erkek ikiz üzerinde yapılan bir araştırmada, TSSB belirtileri gösteren askerlerin üçte birinin genetik açıdan farklılıkları olduğu sonucu elde edilmiştir. Çocukluk ve ergenlik dönemindeki çevrenin ise bu çeşitliliğe katkı yapmadığı bulunmuştur (akt., Gelder ve ark., 1996).

Nörofizyolojik Faktörler: TSSB için fizyolojik nedenler genellikle, hayvanların ciddi tikslenme uyarılarına maruz bırakıldığı deneylerden elde edilmektedir. TSSB'li bazı hastaların travma yaşadıkları durumla ilgili koku ve seslere benzer uyarılarıyla karşılaştıklarında, travmatik olayın anılarını yeniden canlı bir şekilde yaşadıkları gözlenmiştir. Bu bulgu, subkortikal mekanizmaları içeren klasik koşullanmanın TSSB geliştirmede etkili olabileceği görüşünün

ortaya çıkmasına neden olmuştur (Gelder ve ark., 1996).

Kontrol edilemeyen strese maruz bırakılan hayvanların beyinlerindeki norepinefrin, dopamin ve serotonin düzeylerinde azalma olduğu gözlenmiştir; bu tür değişikliklerin TSSB belirtilerinin de nedeni olabileceği düşünülmüştür. Strese maruz bırakılmadan sonraki dönemlerde, hafif stresler ya da ilk travmayı andıran durumlar karşısında ortaya çıkan koşullanmış tepki, önce aşırı norepinefrin sentezi, sonra da norepinefrin depolarının boşalması olarak gerçekleşir. Korku ve alarm tepkileriyle ilgili bir merkez olan lokus seruleusun sık sık uyarılmasıyla, postsinaptik katekolamin reseptörlerinde aşırı duyarlılık geliştiği ve stresin açığa çıkardığı katekolaminlere karşı aşırı tepkilerin bu nedenle ortaya çıktığı düşünülmektedir. TSSB'nin haz kaybı, içe çekilme, duygusal küntlük ve bellek bozukluğu gibi belirtilerinin katekolamin depolarındaki boşalmaya bağlı olduğu ileri sürülmektedir (Gelder ve ark., 1996; Başoğlu, 1991).

Paraplejik ve *quadriplejik* spinal kord hasarlarının TSSB üzerindeki etkilerinin araştırıldığı bir başka çalışmada (Radnitz, Hsu, Tirsch, Willard, Lillian, Bockian ve Cytryn, 1998) quadriplejik hasarı olan hastaların TSSB belirtilerinin parapleji hastalarına ve kontrol grubuna göre daha hafif olduğu bulunmuştur. Bu sonuçtan yola çıkılarak, quadriplejik spinal kord hasarının TSSB riskini azalttığı; paraplejik hasarın ise artırdığı söylenebilir.

Psikolojik Modeller

Biyolojik modellerin yanı sıra, TSSB'yi anlamaya yönelik çeşitli psikolojik modeller

önerilmiştir. Bunlar psikodinamik yaklaşım, öğrenme kuramı ve bilişsel yaklaşımdır. Tüm bu yaklaşımların TSSB konusunda oldukça ilgi çekici açıklamaları olsa da, en gelişmiş ve üzerinde en fazla çalışılmış olan bilişsel yaklaşımdır (Brewin ve ark., 1996).

Psikodinamik Yaklaşım: Psikodinamik model, diğer kaygı bozukluklarında olduğu gibi TSSB'de de bozukluğun temelinde kişi içindeki psikik olayların ve bilinçaltı motivasyonların bulunduğunu söylemektedir. Psikodinamik kuramcılar, aşırı stres kaynağı bir olay karşısında id-ego-süperego sisteminde bir gerilim olduğunu ifade etmektedirler. Bu açıklamalar, klinik gözlemler ve çıkarımlara dayanmaktadır. Psikodinamik yaklaşıma göre TSSB'li hastaların savunmaları kaygılarını kontrol etmede yetersiz kahr. TSSB'li hasta kendini çevresel stres kaynaklarıyla başa çıkmada çaresiz olarak algılar; ani çevresel değişimlerin sonucunda duygusal desteğini yitirir (Sarason ve Sarason, 1984).

Öğrenme Kuramı: Öğrenme modeli, TSSB'nin gelişimini klasik ve edimsel koşullama açısından ele alır. Travmatik olay, istenmeyen koşulsuz bir uyaran olarak aşırı gerginliğe yol açar. Koşullama süreci, travmatik olayla ilgili nötr uyarınları koşullu uyarana dönüştürür; bu da anksiyete tepkilerine yol açar. Sonuçta da bu koşullu uyarınlardan kaçınma davranışları ortaya çıkar (Emmelkamp ve ark., 1995).

Bilişsel Yaklaşım: TSSB'yi açıklamaya yönelik bilişsel kuramların bazı temel varsayımları vardır. Bu kuramlar bireylerin travmatik yaşantıya, kendilerinde önceden var olan bir dizi inanç ve şablonla (şemalarla) yaklaştıklarını

savunurlar. Travma yaşantısı hem çok çarpıcı, hem de bu inançlarla uyumsuz olan bilgilerin ortaya çıkmasına neden olur. Bu yeni bilgiyi özümsemek, travma sonrası tepkinin temel özelliği olan çeşitli olayları beraberinde getirir. Birey travmayla ilişkili yeni bilgiyi mevcut şablonlarıyla uyuşturamadığında, bilgi işlemede başarısızlık söz konusu olmuş demektir. Bu da TSSB gibi patolojik travma sonrası tepkilere yol açabilir (Brewin ve ark., 1996).

TSSB ile ilgili bilişsel kuramlar iki grupta toplanabilir. Horowitz ve Janoff-Bulman gibi araştırmacıların *sosyal-bilişsel yaklaşımı*, travmanın bireyin yaşamındaki etkilerini vurgular ve travmatik yaşantıyı bireyin önceki inanç ve şablonları ile uyumlu hale getirme gerekliliğini öne çıkarır. Travmanın etkilerini açıklayarak, öfke, kaygı ve depresyon gibi TSSB'ye eşlik eden diğer tepkileri de açıklayabilirler. Sosyal-bilişsel kuramların en kapsamlı ve etkili olanı Horowitz'in kuramıdır. *Bilgi işleme modelleri* ise daha çok travmayla ilişkili tehdidin nasıl algılandığı; travmayla ilgili bilginin bilişsel sistemde nasıl temsil edildiği ve nasıl işlendiğine odaklanır (akt., Fairbank ve ark., 1993).

Horowitz'in stres-tepki sendromuna ilişkin yaklaşımında, travmatik bilginin işlenmesi için temel etkenin, "*tamamlama eğilimi*" olduğu belirtilir. Tamamlama eğilimi, yeni bilginin mevcut bilişsel şablonlar ya da şemalarla birleştirilmesi için var olan psikolojik ihtiyaç olarak tanımlanır (Horowitz, 1973; Horowitz, Wilner, Kaltreider ve Alvarez, 1980). Horowitz (1973), bir travma yaşantısının ardından başlangıçta bir şaşkınlık tepkisinin ortaya çıktığını; bunu da mevcut şemalarla tutarlı

olmayan travmayla ilgili düşünce, anı ve imgelerden oluşan bir bilgi yüklenmesinin izlediğini öne sürmüştür. Sonuçta, travmatik bilgiyi bilinçdışında tutmak için çeşitli psikolojik savunma mekanizmaları devreye girerek, duygu kısırlığı ve inkar belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olurlar. Ancak tamamlama eğilimi travmayla ilgili bilgiyi bellekte aktif olarak tutmaya yardım eder. Bunun savunma mekanizmaları tarafından engellenmesiyle, kişi yeni bilgiyi mevcut şemalarla uzlaştırmaya çalıştıkça, travmatik yaşantıyla ilgili imgelerin yeniden gözüne gelmesi, kabuslar ve istenmeyen düşünceler şeklinde bilince çıkar. Bir yandan tamamlama eğilimi, diğer yandan da savunma mekanizmaları arasındaki gerilim sonucunda kişi, şemalar ile travmatik materyali birleştirmeye başladıkça, zorlayıcı düşünceler ve inkar-duygu kısırlığı arasında gidip gelir. Bilgi işlemedeki başarısızlıklar da, kısmi olarak işlenen travmatik bilginin aktif hafızada (working memory) mevcut şemalarla tam olarak birleştirilmeden kalması ve bunun da kronik travma sonrası tepkilere yol açması anlamına gelir.

TSSB'yi açıklamaya yönelik sosyal-bilişsel yaklaşımlardan biri de "*bilişsel değerlendirme*" kuramıdır. Bu kurama göre TSSB, dünyayla, yaşamla ilgili parçalanmış bazı varsayımların bir sonucudur. Bireyin o güne kadar getirdiği kişisel olarak TSSB'ye yatkın olmama, dünyayı olumlu olarak algılama, benliği olumlu bir bakış açısıyla görme vb. varsayımları travma yaşantısıyla çelişkilidir (Janoff-Bulman ve Frieze, 1983). Bu çelişki nedeniyle kişi travmanın etkisinde kalır.

Bir başka bilişsel yaklaşım, *bilgi işleme modelidir*. Bu model bellekte bir

"*korku ağı*"nın şekillendiği görüşüne dayanır. Bu ağ, travmatik olay hakkındaki uyarılarla ilgili bilgiyi kuşatır. Bu korku ağının tetikleyici uyarılarla (örneğin, travmayı hatırlatan olaylar) etkin hale getirilmesi, ağdaki bilginin bilince çıkmasına, böylece de zorlayıcı düşüncelerin belirmesine yol açar. Travmanın başarıyla çözümlenmesi için, korku ağındaki bilginin hafızadaki mevcut yapılarla bütünleştirilebilmesi gerekir. Bu bütünleştirme için ilk olarak korku ağının aktif olarak değişime uygun hale gelmesi; sonra da korku ağıyla zıt olan bilginin değiştirilebilmesi gereklidir. Dünyanın kontrol altında olduğuna ve olayların tahmin edilebilir olduğuna dayanan mevcut şemaların yanında, travmatik olayın kontrol edilemez ve beklenmedik olması olayın bu şemalarla bütünleştirilebilmesini zorlaştırır. Ayrıca olayın ciddiyeti gibi faktörler de travma sırasında dikkat ve hafıza süreçlerinin kesintiye uğramasına yol açar. Bu kesinti de var olan şemalarla bütünleştirilmenin güç olduğu dağınık bir korku ağının şekillenmesine neden olur (Foa ve Kozak, 1986; Foa, Zinbarg ve Rothbaum, 1992).

Bir başka bilişsel model de Creamer, Burgess ve Pattison (1992) tarafından önerilmiştir. Bu modelin, var olan yaklaşımların bir sentezi olduğu söylenebilir. Creamer ve arkadaşları da, (1992), Foa ve arkadaşları (1986, 1992) gibi, iyileşmenin olması için korku ağının harekete geçmesi gerektiğini belirtmiş, bu mekanizmaya da "ağ çözümlenme işlemi" adını vermiştir. Bu kavram aynı zamanda Horowitz'in (1973) "tamamlama eğilimi" kavramına da benzer. Ancak Horowitz (1973) ile Creamer ve arkadaşları (1992), bu çözümlenme ya da

tamamlamanın ayrıntılarında farklılaşırlar. Horowitz (1973), inkar/duygusal kısırlık evresinin ardından zorlayıcı düşünceler ve inkar/duygusal ve kısırlık arasında gidip gelme evresinin yaşandığını söylemişlerdir. Creamer (1992) ise tersine, başlangıç evresinin zorlayıcı düşünceler olduğunu, bu evrede kişinin bir dizi savunma ve kaçınma stratejisi geliştirerek başa çıktığını öne sürmektedir.

Değerlendirme

Tüm psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi TSSB'de de değerlendirme, belirtilerin doğası ve süresi, hastalıktan önceki kişilik özellikleri ve psikiyatrik öykü ile ilgili soruları içerir. TSSB'de beyin hasarı söz konusu ise nörolojik inceleme de yapılmalıdır (Gelder ve ark., 1996).

Kapsamlı bir değerlendirme için davranışsal, bilişsel ve fizyolojik tepkilerin ölçümü gereklidir (Barlow ve Wolfe, 1981). TSSB'de bozukluğun belirtilerini tanımlamak, bu belirtilerin gelişimine neden olan ve bozukluğu sürdüren faktörleri belirlemek ve tedavinin temelini saptamak için çok eksenli bir değerlendirmeye ihtiyaç vardır. Bunun için yapılan dırılmış klinik görüşmeler, psikometrik değerlendirme ölçekleri ve psikofizyolojik değerlendirme kullanılır (Fairbank ve ark., 1993).

Yapılandırılmış Klinik Görüşmeler

Tanısal geçerliği ve güvenilirliği artırmak için, psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesinde kullanılmak üzere son yıllarda çeşitli yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış klinik görüş-

me formları geliştirilmiştir. Bunlardan biri *DSM-III-R için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu*'dur (Structured Clinical Interview for DSM-III-R-SCID). SCID'nin TSSB bölümü, Ulusal Vietnam Gazileri Uyum Çalışması'nda (NVVRS) kullanılmak üzere geliştirilmiştir. SCID'de klinisyen hastaya Eksen I Bozukları'nı karşılayıp karşılamadığını belirlemeye yönelik sorular sorar. SCID'ye göre kapsamı daha dar olan *Kaygı Bozuklukları Görüşme Ölçeği* (Anxiety Disorders Interview Scale-ADIS), kaygı bozukluklarında tanı koymada yardımcı bir ölçektir (Keane, Wolfe ve Taylor, 1987).

Yalnızca TSSB'nin değerlendirilmesinde kullanılmak üzere geliştirilmiş yapılandırılmış görüşme formlarından biri olan *TSSB-Görüşme Formu* (TSSB-Interview -TSSB-I), Watson, Juba, Manifold, Kucala ve Anderson (1991) tarafından geliştirilmiştir. TSSB-I, DSM-III tanı ölçütlerine uygun olarak yapılandırılmış bir görüşme formudur. Bu formula, belirtilerin olup olmadığı, ciddiyeti ve sıklığı değerlendirilir. Ancak DSM-III-R'ye değil de DSM-III'e uygun olarak yapılandırılmış olması, yaşam boyu değil de yalnızca değerlendirme sürecindeki belirtileri kapsamı ve başka bozukluklarla ilgili değerlendirme yapmaması gibi nedenlerden dolayı kullanımında sınırlılıklar vardır.

TSSB için geliştirilen bir başka görüşme formu da *Mevcut ve Yaşamboyu TSSB Değerlendirmesinde Klinisyen Derecelendirme Ölçeği*'dir (The Clinician Rating Scale for Assessing Current and Lifetime PTSD-CAPS-I). Otuz maddelik bu ölçek, TSSB için tüm DSM-III-R ölçütlerini, belirtilerin ayrı ayrı yoğunluk ve sıklıklarını, hem mevcut hem de yaşam boyu

görülen belirtileri ve belirtilerin davranışsal boyutlarını ölçer. Çocuklar için geliştirilmiş olan *Çocuklar için TSSB Envanteri* hastanın görüşme- de verdiği yanıtlar yanında klinisyenin gözlemle- rine de dayanır. Bu ölçek DSM-III tanı ölçüt- lerini temel alır (Fairbank ve ark., 1993).

Kendini Değerlendirme (self-report) Türü ve Klinisyen Değerlendirme Ölçekleri

TSSB'nin değerlendirilmesinde betimleyici ölçümlerin yanında psikometrik özellikli ölçümlere de ihtiyaç duyulmakla birlikte, bu türde çok az araç vardır. MMPI'nin klinik ölçeklerinden askerlerdeki TSSB'yi değerlendirmek üzere iki alt ölçek geliştirilmiştir. *Keane MMPI-PTSD alt ölçeği* ve *Schlenger ve Kulka PTSD alt ölçeği* olarak bilinen bu ölçekler, MMPI II'den elde edilmiştir. Her ikisinin de tanılabilirlik açısından tutarlı sonuçlar verdiği bulunmuştur, ancak kullanımları büyük ölçüde asker popülasyonu ile sınırlıdır (Keane ve ark., 1987).

Keane, Caddell ve Taylor (1988) tarafından geliştirilen ve *Çatışmayla İlgili TSSB için Mississippi Ölçeği (MS Scale)* adı verilen başka bir ölçek ise uygulanması son derece basit kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Otuz beş maddeden oluşan bu ölçek, DSM-III tanı ölçütlerinden elde edilmiştir ve savaşta çatışmaya girmiş olmakla ilişkili TSSB'nin psikometrik olarak ölçümünü sağlar.

Klinisyen değerlendirme ölçeklerinden biri yetişkinler için, diğeri de çocuklar için geliştirilmiştir. *Stres-Tepki Sıralama Ölçeği (SRSS)*, kaçınma, zorlayıcı düşünceler ve genel

stres tepkilerinin 40 işe vuruk tanımını içerir. *TSSB Tepki İndeksi* ise DSM-III tanı ölçütleri temel alınarak çocuklar için geliştirilmiştir (Fairbank ve ark., 1993).

Psikofizyolojik Değerlendirme

TSSB'nin çok eksenli değerlendirilmesinde, yapılandırılmış klinik görüşmeler ve psikometrik ölçeklerin yanı sıra, görünen davranışlar, bilişsel/öznel uyarılma ve psikofizyolojik uyarılma da değerlendirilir. Böyle bir yaklaşım, kaygının çoğul ölçümlerini içerdiği gibi, kaygıyı daha iyi anlamayı da sağlar.

Fizyolojik ölçümler kalp atışlarının ölçümü, galvanik deri tepkisi ve elektromiyogramı içerir. Davranışsal tepki, hastanın travmayla ilgili uyarılardan kaçınması ya da bu uyarıları yok etmesinin bir sonucu olarak ölçülür. Öznel tepki ise genellikle bazı kendini değerlendirme türü ölçeklerle (örneğin, Subjective Units of Distress Scale) ölçülmektedir (Keane ve ark., 1987).

Tedavi

TSSB'nin tedavisinde farklı yöntemler uygulanmaktadır. Bu yöntemlerin gelişiminde, hem psikolojik hem de biyolojik psikopatoloji modelleri etkili olmuştur. TSSB tedavisinde uygulanan başlıca yaklaşımlar, psikodinamik terapi, davranışsal terapi, bilişsel terapi ve ilaç tedavisidir (Fairbank ve ark., 1993).

Son yıllarda bazı araştırmacılar, TSSB'nin tedavisiyle ilgili çeşitli görüşler öne sürmüşlerdir. Bu görüşlerden birinde, travma kurbanlarına yardımcı olma sırasında terapistin rolünün,

hastanın travmatik yaşantısıyla ilgili anlarını ortaya çıkarmak ve sıkıntı yaratan duygularını ifade etmesini sağlamak olduğu belirtilmekte, sonuçtaki bilişsel yeniden yapılanma ise kontrolü ele almanın bir yolu olarak tanımlanmaktadır.

TSSB'nin tedavisinde üç temel amaç olduğu belirtilmektedir: Hastaya, (1) kendilik değerini yeniden kazanması; (2) eski aktivitelere devam etmesi; (3) ciddi yaşam olayları karşısındaki başa çıkma davranışlarını güçlendirmesi için yardımcı olmak. Ayrıca sistematik duyarsızlaştırma, üzerine gitme (flooding), hipnoz gibi tekniklerin ve destekleyici terapinin de TSSB'de kaygıyı arttıran uyarılara karşın kişinin duyarlılığını azaltmada yardımcı olduğu belirtilen görüşler de mevcuttur (Foy ve ark., 1987).

Psikodinamik Yaklaşım

Psikodinamik kuramın TSSB'ye uygulanması, travma geçirmiş bireylerin yaşadıkları olayı benlik kavramlarıyla, dünyaya ve hayata ilişkin şemalarıyla bütünleştirmede güçlük yaşadıkları görüşüne dayanır. Terapinin amacı, bu ikisi arasındaki uzlaşmayı sağlamaktır (Solomon, Gerrity ve Muff, 1992).

TSSB'nin tedavisine ilişkin birkaç psikodinamik terapi yaklaşımı önerilmiştir (Fairbank ve Nicholson, 1987). Bu yaklaşımlardan birinde hastanın kullandığı savunma mekanizmalarına göre TSSB'nin çeşitli evreleri olduğu öne sürülmektedir. Buna bağlı olarak, travma sonrasında iki süreç yaşanır: Zorlayıcı yineleme belirtileri, inkar ve duygu kısırlığı. Bu iki evre aynı anda yaşanabildiği gibi ardarda da

gelebilir. Zorlayıcı yinleme belirtilerine yönelik olarak, destekleyici bir yaklaşımla sıkıntının hafifletilmesine ve gerileme belirtilerinin azaltılmasına çalışılır. İnkâr ve duygu kısırlığı evresinde ise açıklayıcı bir yaklaşım tercih edilerek, savunmaların yorumu ve telkin, psikodrama ve imgeleme gibi teknikler kullanılabilir (Horowitz, 1973).

Solomon ve arkadaşlarının (1992) TSSB'nin tedavisinde psikoterapinin etkililiğine ilişkin olarak yaptıkları tarama makalelerinde, psikodinamik tedaviyle ilgili yalnızca bir kontrollü çalışmanın bulunduğu belirtilmektedir. Dinamik psikoterapi, hipnoterapi ve sistematik duyarsızlaştırma uygulanan grupların kontrol grubuyla karşılaştırıldıkları bu çalışmada, tedavinin tamamlanmasından üç ay sonra her üç tedavi grubunda da kontrol grubuna kıyasla belirtilerde azalma görülmüştü; dinamik psikoterapinin ise kaçınma belirtilerinden çok, yinleme belirtilerinde etkili olduğu saptanmıştır (akt. Solomon ve ark., 1992).

Davranışsal Terapi

Son yıllarda TSSB'nin tedavisinde iki genel davranışsal yaklaşım ortaya çıkmıştır: TSSB belirtilerini azaltmaya yönelik, doğrudan maruz bırakma tekniklerinin kullanıldığı müdahaleler ve TSSB ve ilgili problemlerin davranışsal etkileri ile başa çıkmaya yönelik, beceri geliştirmeye odaklanan müdahaleler (Fairbank ve Nicholson, 1987).

Hem aşamalandırılmış (örneğin, sistematik duyarsızlaştırma) hem de aşamalandırılmamış (örneğin üzerine gitme ve içsel patlama tedavisi-implosive therapy) doğrudan maruz

bırakma teknikleri TSSB'ye uygulanmıştır. Sistematik duyarsızlaştırmanın tersine, üzerine gitme ve içsel patlama tedavisinde hastaya güvenli bir terapötik ilişki içinde travmatik anıları yeniden yaşatılarak yoğun biçimde uyarılır. Bu yoğun uyarılmışlık tepkisi söndürme yoluyla azalana kadar, kasıtlı olarak aktif tutulur. Seanslar boyunca hasta travmatik anılarla ilgili daha az uyarılmış hale gelir ve sonuçta TSSB belirtileri düzelmeye başlar (Fairbank ve Nicholson, 1987).

Çatışma yaşantısıyla ilgili TSSB belirtilerinin tedavisinde, doğrudan maruz bırakma tekniklerinin genel olarak olumlu sonuçlar verdiği görülmüştür. Bu çalışmalarda ayrıca, yeniden yaşama ve aşırı uyarılma belirtilerini azaltmada en etkili tekniğin üzerine gitme olduğu, duygusal kısırlık için ise doğrudan maruz bırakma tekniğinin daha az etkili olduğu bulunmuştur (Carson, Butcher ve Mineka, 1998).

TSSB'nin tedavisinde kullanılan bir başka davranışsal yaklaşım da kaygıya alternatif tepkiler verebilmesi için hastaya bazı başa çıkma becerilerinin öğretilmesidir. Gevşeme, öfke kontrolü, düşüncüyü durdurma, atılganlık eğitimi, otomatik düşüncelerini yanıtlama, problem çözme becerileri eğitimi ve hastalığın tekrarını önlemeye yönelik teknikler, TSSB'ye uygulanabilecek özel müdahaleler arasında sayılabilir. Bu yaklaşımın bir örneği, Veronen ve Kilpatrick'in tecavüz kurbanlarına uyguladıkları stres aşılama eğitimidir. Başa çıkma becerilerinin edinilmesinde ve uygulanmasında stres aşılama eğitimi, gevşeme, diyafram solunması, rol yapma, örtük model alma (covert

modelling), yönlendirilmiş kendi kendine konuşma ve düşünce durdurma teknikleri içerir. Bu tekniklerde hastalara ilgili başa çıkma becerisinin uygulanmasını gerektiren ev ödevleri verilir (akt., Fairbank ve ark., 1993).

Bilişsel Yaklaşım ve Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel-davranışçı terapi, davranışın sadece açıkça görülen eylemleri değil, düşünce, içerik yükleme ve problem çözümüne ilişkin bilişsel kalıpları da içerdiği ve bu kalıpların bilgilendirme ile değiştirilebileceği görüşüne dayanır. Tedavide, yeni başa çıkma davranışlarının öğretilmesi, bilişsel yeniden yapılandırma ve travma ile ilişkili koşullu tepkilerin ortadan kaldırılması hedeflenir (Kantemir, 1993).

Bu nedenle, travma yaşayan kişinin bu travmaya nasıl bir anlam verdiği, yatkınlığa ilişkin genellenmiş inançları ve bu inançların travmayla ilişkili olarak fonksiyonlarını nasıl etkilediğini anlamak amacıyla, başlangıçta bilişsel yaklaşımla değerlendirilmesi yararlı olacaktır. Bunun için sorulabilecek sorular şunlar olabilir: "Travmatik olay sırasında ve hemen sonrasında hissettiklerin nelerdi?", "Bu olayın başına gelme nedenini ilk kez ne zaman sorguladın ve aklına gelen yanıtlar nelerdi?", "Olay olduğundan beri seni korkutan şeyler neler?", "Bu olayı yaşamadan önce neler yapardın, şimdi neler yapıyorsun?", "Bu yaşantı seni nasıl değiştirdi?" (Parrott ve Howes, 1991).

Hastanın davranışsal yöntemlerle, kaygı yaratan uyaranlara maruz bırakılması sonucunda alışmanın gerçekleşmesi sağlanarak, bu kaygıyı kontrol altında tutmaları için bazı bilişsel yöntemler geliştirilmiştir. Bunlardan biri stres

aşılama eğitimi, bilgilendirme, bilişsel değerlendirme ile gevşeme, düşünce durdurma, nefes kontrolü, iletişim becerileri gibi çeşitli başa çıkma becerilerinin öğretildiği bir yöntemdir. Burada kullanılan temel teknik, yönlendirilmiş kendi kendine konuşmadır. Hastanın düşünceleri ve bunların altındaki varsayımlar belirlenip değiştirilir (bilişsel yeniden yapılandırma), stres tepkileri üzerinde konuşularak, uygun başa çıkma becerilerinin strese neden olan durumlarda denenmesi gerçekleştirilir (stres aşılama) (Solomon ve ark., 1992).

Bilişsel yöntemin TSSB'deki etkililiğine ilişkin bir çalışmada, stres aşılama tekniğinin uygulandığı grubun tedavisinden sonra yapılan değerlendirme sonucunda, bu yöntem diğerlerine göre daha etkili bulunmuştur. Ancak izleme süresinin ardından, alıştırma tekniğinin daha iyi sonuçlar verdiği görülmüştür. Bu değişimin de stres aşılama yönteminin kaygının hemen giderilmesini sağlaması, ancak etkilerinin kalıcı olabilmesi için öğretilen tekniklerin hastalar tarafından uygulanmasının gerekli olmasından kaynaklandığı belirtilmiştir (Foa, Rothbaum, Riggs ve Murdock, 1991).

Parrott ve arkadaşlarına (1991) göre TSSB tanısı alan kişilerle çalışılırken, bilişsel terapinin uygulanmasında önem verilmesi gereken bazı noktalar vardır. Herşeyden önce, diğer tüm bozukluk ve yaklaşımlarda olduğu gibi terapötik süreçte müdahalenin seçimi ve zamanlaması konusunda son derece hassas olunmalıdır. Bunun için hastanın mevcut belirtilerinin yanı sıra, psikolojik içgörüsü ve kişilik özelliklerinin de dikkate alınması gerekir. İkinci

olarak, hastanın travmayı nasıl değerlendirdiğini belirleyen kültürel ve dini inançları gibi aracı faktörler hakkında bilgi edinilmelidir. Üçüncüsü, travmaya maruz kalmış kişinin ihtiyacı olan güvenli ortamı sağlayacak güçlü bir terapötik ilişki gereklidir. Bununla ilişkili olarak dördüncü nokta da, travmanın etkisinin terapist tarafından kabul edilmesidir. Böyle bir kabul, hastayla bir işbirliği ilişkisinin gelişiminde çok önemlidir ve TSSB'deki bilişsel faktörlerin gelişimini anlamada temel oluşturur. Beşinci önemli nokta, TSSB'de hastanın dirençleriyle nasıl çalışılacağıdır. Terapinin ilk evrelerinde motivasyon eksikliği, devamsızlık vb. şekillerde kendini gösteren dirençler, hastanın kendini koruma yollarıdır ve terapist bunların farkında olmalı ve bu yüzden hastayı suçlamamalıdır. Son olarak, TSSB'nin erken teşhis edilmesi çok önemlidir. Bazen atipik bir görünüm sergilemesi (örneğin, fiziksel hasar ya da ağrının mevcut olduğu durumlarda, psikolojik belirtilerin gözardı edilmesi), duygu kısırlığı ya da inkarın depresyon belirtisi olarak değerlendirilmesi, belirtilerin geç ortaya çıktığı vakalarda travmatik olayın varlığının gözden kaçırılması gibi nedenlerden dolayı teşhis edilmesi güçleşebilir. Bu da hastalığın kronikleşmesine yol açabilir (Parrott ve ark., 1991).

İlaç Tedavisi

TSSB'nin tedavisinde psikoterapiyle birlikte ya da tek başına olmak üzere çeşitli ilaçlar kullanılmaktadır. Bunlar trisiklikler ve MAO inhibitörlerini içeren antidepresanlar, adrenerjik aktivite inhibitörleri, benzodiazepinler ve antimanik ilaçlardır. TSSB'nin tedavisin-

de yaygın olarak kullanılan ilaçlar arasında üzerinde en fazla çalışma yapılan ve muhtemelen en fazla kullanılanlar antidepresanlardır. Bu ilaç grubu, çift-körlemesine deneysel koşullarda TSSB için etkililik araştırmaları yapılan tek gruptur (Fairbank ve ark., 1993). Antidepresanlar içinde de ilk akla gelenler trisiklik antidepresanlardır. Bu ilaçlar depresif belirtilerin belirgin olduğu vakalarda daha etkilidir. Obsesif belirtilerin yoğun olması durumunda, serotonerjik ajanlar olan klomipramin ve sertralin önerilebilir. Yoğun anksiyete durumlarında da bağımlılık riski gözardı edilmeden benzodiazepinler kullanılır (Battal ve Ak, 1995).

Sonuç

TSSB, üzerinde oldukça fazla araştırma yapılan psikiyatrik bozukluklardan biridir. Aynı bir tanı kategorisi olarak ele alınması çok yeni olsa da bugüne kadar yapılan çalışmalar bu bozukluğun yaygınlığı, oluş nedenleri, bozukluğu sürdüren faktörler ve tedavisi konusunda oldukça önemli gelişmeler sağlamıştır.

Hastalığa yol açan faktörün açıkça belli olması, TSSB'yi diğer psikiyatrik bozukluklardan ayıran en önemli özelliktir. TSSB tanısının ortaya çıkmasındaki tarihsel sürecin bir yansıması olarak, literatürde bu bozukluk ile ilgili çalışmaların pek çoğunun savaş travmasıyla ilgili olduğu dikkat çekmektedir. Ancak elde edilen bulgular ve birikimle, doğal afetler, tecavüz, işkence ve kaza gibi travmatik olayların neden olduğu TSSB konusunda da çalışmalar yoğunlaşmıştır.

TSSB konusundaki çalışmalarda bozukluğun oluş nedenleri oldukça kapsamlı bir şekilde ele alınmış olsa da, travma yaşayan herkeste neden bu bozukluğun görülmediği konusu tam olarak açıklığa kavuşmamıştır. Bu konudaki en tatmin edici açıklama, bilişsel yaklaşımın verdiği yanıtlardır. Buna rağmen, daha net bilgiler için hastalık öncesi kişilik özellikleri ve çevresel değişkenlerin daha kapsamlı olarak ele alınmasına ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Ülkemizde, TSSB konusunda yapılan araştırmaların büyük çoğunluğu işkence ile ilgilidir. Bu çalışmalarda işkencenin yol açtığı ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve tedavisiyle ilgili bilgiler verilmektedir. Ancak daha kapsamlı ve kontrollü çalışmalara ihtiyaç olduğu bir gerçektir.

Trafik kazalarının en fazla görüldüğü ülkelerden biri olmasına karşın, Türkiye’de, trafik kazalarından sonra görülebilecek psikiyatrik bozukluklarla ilgili kapsamlı ve kontrollü bir çalışma bulunmamaktadır. Trafik kazalarından sonra görülen TSSB belirtileri ile ilgili yalnızca bir tek çalışma yapılmıştır.

Aynı durum, uzun yıllardır doğu ve güneydoğu bölgelerindeki olağanüstü yaşam koşullarında hayatını sürdüren halk, asker ve diğer devlet görevlileri için de geçerlidir. Yaklaşık 20 yıldır çatışma ortamında hayatını sürdürmeye çalışan insanlarda başta TSSB olmak üzere bir takım psikiyatrik bozuklukların görülebileceği, savaşla ilgili yabancı literatüre bakıldığında bile kolayca anlaşılabilir. TSSB tanımının savaş sonrası dönemlerde yapılan araştırmalar sonucu ortaya çıktığı, Vietnam Savaşı’nın ardından burada savaşmış askerlerin

psikolojik durumlarıyla ilgili yapılan araştırmalar ve bunların sonuçları göz önüne alındığında, ülkemizde bu sorunun ruh sağlığı boyutunun ne ölçüde ihmal edildiği kolayca farkedilebilir.

Türkiye, travmatik yaşantılar konusundaki çeşitlilik göz önüne alındığında TSSB’nin oldukça yaygın bir psikiyatrik bozukluk olarak görülebileceği bir ülkedir. Son yıllarda tüm ülkede giderek artan terör olayları, sık sık yaşanan doğal afetler ve artık önlenemeyen bir hal alan trafik kazaları göz önüne alındığında, bu bozukluğun yaygınlığı, nedenleri ve tedavisiyle ilgili araştırmalara hız verme gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Kaynaklar

- Amerikan Psikiyatri Birliği. (1994). *Mental bozuklukların tanusal ve sayımsal el kitabı, (DSM-IV)* E. Köroğlu (Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Atkeson, B. M., Calhoun, K. S., Resick, P. A. & Ellis, E. M. (1982). Victims of rape: Repeated assessment of depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 448-454.
- Barlow, D. H. & Wolfe, B. E. (1981). Behavioral approaches to anxiety disorders: a report on the NIMH-SUNY Albany research conference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 448-454.
- Başoğlu, M. (1991). Psikolojik travma sonrası stres hastalığı- Psikobiyolojik kuramlar, tedavide yeni gelişmeler ve güncel konular. *Türk Psikiyatri Dergisi, 3*, 9-21.
- Başoğlu, M., Paker, M., Paker, Ö., Özmen, E., Marks, I. & İncesu, C. (1994). Psychological effects of torture: A comparison of tortured with nontortured political activists in Turkey. *American Journal of Psychiatry, 151*, 76-81.
- Battal, S. & Ak, İ. (1995). Post travmatik stres bozukluğu. *Anksiyete Monografileri Serisi, 7*, 273-285.
- Brewin, C. R., Dalgeish, T. & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic

- stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- Card, J. J. (1987). Epidemiology of posttraumatic stress disorder in a national cohort of Vietnam veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 6-17.
- Carroll, E. M., Rueger, D. B., Foy, D. W., & Donahoe, C. P. (1985). Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder: An analysis of marital and cohabitating adjustment. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 329-337.
- Carson, R. C., Butcher, J. N. & Mineka, S. (1998). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: Reactions to severe life stressors. *Abnormal Psychology and Modern Life*, (pp. 134-155).
- Creamer, M., Burgess, P., & Pattison, P. (1992). Reaction to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 452-459.
- Davidson, J. R. T. & Foa, E. B. (1991). Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: Considerations for the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 346-355.
- Ehlers, A., Mayou, R. A. & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508-519.
- Emmelkamp, P., Bouman, T. K. & Scholing, A. (1995). The treatment of other anxiety disorders. *Anxiety Disorders, A Practitioner's Guide*, (pp. 30-33).
- Fairbank, J. A. & Nicholson, R. A. (1987). Theoretical and empirical issues in the treatment of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 44-45.
- Fairbank, J. A., Schlenger, W. E., Caddell, J. M. & Woods, M. G. (1993). Posttraumatic stress disorder. P.B.Sutker & H.E.Adams (Eds.). *Comprehensive Handbook of Psychopathology*, (pp. 145-165). NewYork: Plenum Press.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. B., Rothbaum, B., Riggs, D. S. & Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures & counselling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-793.
- Foa, E. B., Zinbarg, R. & Rothbaum, B. O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in posttraumatic stress disorder: An animal model. *Psychological Bulletin*, 112, 218-238.
- Foy, D. W., Carroll, E. M. & Donahoe, C. P. (1987). Etiological factors in the development of posttraumatic stress disorder in clinical samples of Vietnam combat veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 17-27.
- Foy, D. W., Donahoe, C. P., Carroll, E. M., Galters, J. & Reno, R. (1987). Posttraumatic stress disorder. In L.Michelson & L.M.Ascher (Eds.), *Anxiety and stress disorders* (pp. 361-378). NewYork: The Guilford Press.
- Foy, D. W., Sippelle, R. C., Rueger, D. B. & Carroll, E. M. (1984). Etiology of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans: Analysis of premilitary, military, and combat exposure influences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 79-87.
- Frye, J. S. & Stockton, R. A. (1982). Discriminant analysis of posttraumatic stress disorder among a group of Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 139, 52-56.
- Gelder, M., Gath, D., Mayou, R. & Cowen, P. (1996). Reactions to stressful experiences. *Oxford Textbook of Psychiatry* (pp. 140-144). Oxford University Press.
- Horowitz, M. J. (1973). Phase-oriented treatment of stress response syndromes. *American Journal of Psychotherapy*, 27, 506-515.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., Kaltreider, N. & Alvarez, W. (1980). Signs and symptoms of post traumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 37, 85-92.
- Janoff-Bulman, R. & Frieze, I. H. (1983). A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of Social Issues*, 39, 1-17.
- Kantemir, E. (1993). İşkenceye maruz kalanların tedavisinde psikoterapi ve tedavi örgütlenmeleri. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*, 1 (Ek 3), 34-45.
- Karancı, A. N. & Rüstemli, A. (1995). Psychological consequences of the 1992 Erzincan (Turkey) earthquake. *Disasters. The Journal of Disaster Studies and Management*, 19, 8-18.

- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1998). Posttraumatic stress disorder. *Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, (pp. 617-623). Egypt: Mass Publishing Co.
- Keane, T. M., Caddell, J. M. & Taylor, K. L. (1988). Mississippi Scale for combat related posttraumatic stress disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 85-90.
- Keane, T. M., Wolfe, J. & Taylor, K. L. (1987). Posttraumatic stress disorder evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment *Journal of Clinical Psychology*, 43, 32-42.
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409-418.
- North, C. S., Smith, E. M., Spitznagel, E. L. (1994). Posttraumatic stress disorder in survivors of mass shooting. *American Journal of Psychiatry*, 151, 82-88.
- Öztürk, O. (1995). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Parrott, C. A. & Howes, J. L. (1991). The application of cognitive therapy to posttraumatic stress disorder. T. M. Vallis, J. L. Howes & P. C. Miller (Eds.), *The Challenge of Cognitive Therapy*, (pp. 85-109). NewYork: Plenum Press.
- Pearce, K. A., Schauer, A. H., Garfield, N. J., Ohlde, C. O. & Patterson, T. W. (1985). A study of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 9-14.
- Radnitz, C. L., Hsu, L., Tirch, D. D., Willard, J., Lillian, L. B., Walczak, S., Festa, J. & Bockian, N. (1998). A comparison of posttraumatic stress disorder in veterans with and without spinal cord injury. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 676-680.
- Rüstemli, A. & Karancı, A. N. (1996). Distress reactions and earthquake-related cognitions of parents and their adolescent children in a victimized population. *Journal of Social Behavior and Personality*, 11, 767-780.
- Rüstemli, A. & Karancı, A. N. (1999). Correlates of earthquake cognitions and preparedness behavior in a victimized population. *The Journal of Social Psychology*, 139, 91-101.
- Sarason, I. G. & Sarason, B. R. (1984). Anxiety disorders. *Abnormal Psychology*, (pp. 132-153). London: Prentice Hall.
- Sayı, I., Pekyardımcı, C., Özgüven, H. D. (1998). Trafik kazasına uğrayan kişilerde akut stres bozukluğu belirtileri. *Kriz Dergisi*, 6, 13-20.
- Smith, E. M., North, C. S., McCool, R. E. & Shea, J. M. (1990). Acute postdisaster psychiatric disorders: Identification of persons at risk. *American Journal of Psychiatry*, 147, 202-206.
- Solomon, S. D., Gerrity, E. T. & Muff, A. M. (1992). Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *JAMA*, 268, 633-638.
- Stretch, R. H. (1985). Posttraumatic stress disorder among U.S. Army reserve Vietnam and Vietnam-era veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 935-936.
- Şahin, D. (1995). Türkiye'de insan eliyle yapılan travmalara bağlı psikiyatrik bozuklukların boyutu. *Kriz Dergisi*, 3, 26-30.
- Taylor, S., Kuch, K., Koch, W. J., Crockett, D. J. & Passey, G. (1998). The structure of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 154-160.
- Tek, C., Önder, E. & Duruarı, Ş. (1993). İşkence sonrası görülen ruhsal belirtiler. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*, 1 (Ek 3), 26-30.
- Watson, C. G., Juba, M. P., Manifold, V., Kucala, T. & Anderson, P. E. D. (1991). The PTSD interview. Rationale, description, reliability and concurrent validity of a DSM-III-based technique. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 179-188.
- Winfield, I., George, L. K., Swartz, M. & Blazer, D. G. (1990). Sexual assault and psychiatric disorders among a community sample of women. *American Journal of Psychiatry*, 147, 335-341.
- Wirtz, P. W. & Harrell, A. V. (1987). Effects of postassault exposure to attack-similar stimuli on long-term recovery of victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 10-16.