

T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ŞİŞLİ ETEFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KOORDİNATÖRÜ: Doç. Dr. Yüksel ALTUNTAŞ
TEZ DANIŞMANI: Doç. Dr. K. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU

TERÖR OLAYI SONRASINDA MAĞDURLARDA GÖRÜLEN
PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

(UZMANLIK TEZİ)

Dr. Tibet ERGÜNEŞ

İstanbul, 2005

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince klinik bilgi, beceri ve deneyimlerini aktararak mesleki gelişimime büyük katkılar sağlayan Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimi, 2. Dahiliye Klinik Şefi ve Aile Hekimliği Koordinatörü Doç. Dr. Yüksel ALTUNTAŞ'a, Psikiyatri Klinik Şefi Doç. Dr. K. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU'na, 1. Çocuk (eski) Klinik Şefi Dr. Nimet KAYAALP'e, Yenidoğan Klinik Şefi Prof. Dr. Asiye NUHOĞLU'na, 3. Çocuk Klinik Şefi Doç. Dr. Feyzullah ÇETİNKAYA'ya, 4. Çocuk Klinik Şefi Dr. Tülay OLGUN'a, 2. Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi Klinik Şefi Op. Dr. İnci DAVAS'a ve 3. Genel Cerrahi Klinik Şefi Prof. Dr. Mehmet MİHMANLI'ya teşekkürü borç bilirim.

Psikiyatri alanında yaptığım tez çalışmam sırasında sağlamış olduğu çok değerli destek ve katkılardan dolayı Doç. Dr. K. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU'na, tez çalışmamın istatistiksel analizi başta olmak üzere her aşamasında hataların düzeltilmesinde büyük yardımını gördüğüm Dr. Başak ÖZÇELİK'e ve çalışmamın konusu ile ilgili literatür araştırmalarını elde etmemde yardımlarını esirgemeyen Dr. Bahadır BAKIM'a teşekkür ederim.

Hastanemizde birlikte çalışma fırsatı bulduğum uzmanlarıma, asistan arkadaşlarıma, hemşirelere, sağlık memurlarına ve personel ekibine teşekkür ederim.

Çalışmaya katılan tüm travma mağdurlarına, iyi bir hekim olarak yetişmem için bana her türlü olanağı sunan ve manevi desteğini eksik etmeyen aileme teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Tibet ERGÜNEŞ

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	2
METOD VE MATERYAL	39
BULGULAR	41
TARTIŞMA	55
SONUÇ	60
ÖZET	61
SUMMARY	62
KAYNAKLAR	63
EKLER	71

GİRİŞ VE AMAÇ

İstanbul'da 15 Kasım 2003 tarihinde Kuledibi'ndeki Neve Şalom Sinagogu ve Şişli'deki Beth İsrail Sinagogu ile 20 Kasım 2003 tarihinde Levent HSBC Genel Müdürlüğü ve Beyoğlu'ndaki İngiltere Başkonsolosluğu'na yönelik yapılan terörist saldırılarındaki bombalama olaylarında pek çok insan fiziksel ve ruhsal açıdan büyük zarar görmüştür. Bu saldırılarda birçok bina hasara uğramış, çok sayıda can kaybı olmuştur. Olay mağdurları ekonomik ve sosyal açıdan da büyük yıkım yaşamışlar; içlerinde, patlamaların meydana geldiği bölgelerden taşınanlar, işyerlerini başka yerlerde kurmak ve oturdukları evler zarar gördüğü halde o evlerde çeşitli sebeplerden dolayı hayatlarını sürdürmek zorunda kalanlar olmuştur. Terörist saldırıları sonrasında farklı semptom kümelerine sahip olması sebebiyle heterojen bir bozukluk olarak kabul edilen posttravmatik stres bozukluğu (PTSB)'nin ortaya çıkması beklenen bir sonuçtur. PTSD tanılı olguların büyük bir kısmında özellikle duygudurum bozuklukları, alkol-madde kullanım bozuklukları, diğer anksiyete bozuklukları (yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, panik bozukluk) gibi durumları kapsayan komorbidite görülmektedir. Komorbid psikiyatrik bozukluklar travmatik olay öncesinde mevcut olabilir ya da sonrasında ortaya çıkabilir. Önceden var olan psikiyatrik bozukluklar travmatik olaya maruz kalma sonrasında PTSD gelişmesi açısından risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Komorbidite, PTSD'nin kronikleşmesine ve psikososyal işlevsellikte daha yüksek oranda bozulmaya yol açmakta, PTSD seyir ve prognozunu olumsuz yönde etkilemektedir.

Bu çalışmada amacımız PTSD'ye komorbid psikiyatrik bozuklukları ortaya çıkarmak, travma sonucunda ortaya çıkabilecek PTSD dışındaki psikiyatrik bozuklukları saptamak, PTSD tanı ölçütleri ile komorbiditenin ilişkisinin yanısıra cinsiyet ile herhangi bir komorbidite ve PTSD ilişkisine bakmak, yapılan görüşmeler sonucunda bireyleri saptanan psikiyatrik tanılarına uygun tedaviye yönlendirmeyi sağlamaktır.

GENEL BİLGİLER

Travma bireyin biyolojik ve psikolojik savunma mekanizmalarında yıkım yaratan bir durumdur (1). Travmatik yaşantıyla ilgili olarak 4 temel özellik mevcuttur:

1. İnsan kavrayışının dışında olması: Normalde travmatik olaylar kabul edilen insan kavrayışının dışındadırlar. Dış çevreden gelen herhangi bir tehdide karşı tampon görevi gören bilişsel şemalar dıştan gelen uyarıyı çözemediği zaman ya da bu uyarı bilişsel şemalarda yer almadığında bu yaşantı içselleştirilemez. Karşılaşılan durumla başa çıkabilme yeteneğinin olmaması sonucunda yoğun bir fizyolojik uyarılmışlık ortaya çıkar. Bu uyarılmışlık bilişsel işlemleri birbirinden ayırır ve dezorganize ederek yaşanmakta olan olayın anlamlandırılmasını engeller. Sonuç olarak bu travmatik deneyim kendiliğe dahil edilemeden kalmakla birlikte tekrarlayıcı bir biçimde ilk haliyle yaşanır. Yeniden yaşama durumu motor olarak davranışsal yeniden yaşantılar, görsel olarak flashback ve kabuslar ve dissosiyatif krizler biçiminde ortaya çıkmaktadır (2).

2. Bağlantının koparılması: Çocuklar çevrelerini tanıyıp sosyal açıdan gelişebilmeleri için kendilerini buldukları ortamda güvende hissetmelidirler. Benzer şekilde erişkinlerin de kendilerini güvenli hissedebilmeleri için sosyal ilişkilerin sürekliliği gerekir. Tehlike ve stres durumlarında kişinin diğer insanlarla bağlantıda olma gereksiniminin daha da arttığı bilinmektedir. Çünkü bu bağlantılar kişinin fizyolojik aşırı uyarılmışlığı dengelemesinde büyük önem taşımaktadır (2).

3. Travmatik bağlanma: Özellikle tacize uğramış çocuklarda ortaya çıkmaktadır. Travmatik ilişkinin devamı ancak dissosiyasyonla mümkün olmaktadır. Çocuğa hem sevgiyi veren hem de tacizi yapan aile bireyi varlığında çocuk bu durumu kendisi yaşamıyor şeklinde dissosiyasyon etmek suretiyle o aile bireyi ile ilişkisine devam edebilmektedir (2).

4. Kaçışın olmaması: Tüm kaçış yollarının kapalı olması durumunda travmatik yaşantı ortaya çıkmaktadır. Tehdidin güvenli bir şekilde ortadan kaldırılabilme yolları tam anlamıyla kapalı olduğunda başa çıkma mekanizmaları yetersiz kalmaktadır (2).

STRESÖR

Strese sebep olan etmen PTSB tanısının konması için gereklidir. Ancak bozukluğun oluşumu için tek başına yeterli değildir. Travmanın öncesindeki biyolojik ve psikososyal etmenler ve travma sonrasında gelişen olaylar göz önüne alınmalıdır. Felaketin kitlesel olarak yaşanması durumunda buna maruz kalan grubun bir parçası olmak başa çıkmayı kolaylaştırabilir. Büyük deprem felaketlerinde olduğu gibi, travma nedeniyle sosyal destek

sistemlerinin çökmesi başa çıkmayı zorlaştırabilir. PTSTB'nin ortaya çıkmasıyla ilişkili çalışmalar stresörün kendi özelliklerinden çok, kişinin travmaya özel yanıtının daha önemli olduğunu göstermektedir. Ağır bir travmadan sonra bile pek çok insanda PTSTB gelişmeyebilir. Bununla birlikte, insanların çoğu için önemsiz olabilecek olaylar, öznel anlamından dolayı bazı kişilerde PTSTB'ye neden olabilir (4). PTSTB'nin gelişimi ile ilgili olarak yatkınlık sağlayan durumlar şu şekilde sıralanabilir:

1. Borderline, bağımlı veya antisosyal kişilik bozukluğu
2. Çocukluk çağı travması
3. Yetersiz sosyal destek sistemi
4. Psikiyatrik hastalıklara kalıtsal ve bedensel yatkınlık
5. Eşzamanlı aşırı alkol kullanımı
6. Eşzamanlı, stresli yaşam değişiklikleri.

POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU

Posttravmatik stres bozukluğu (PTSTB) 1980 yılında psikiyatrik sınıflandırma sistemine girmiştir. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV) (DSM-IV) travmatik olayı gerçek bir ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da fiziksel bütünlüğe bir tehdit olayını yaşamak, tanık olmak veya öğrenmek olarak tanımlamıştır. Buna bağlı olarak işkence, savaş, saldırı, tecavüz, bombalama, yangın, doğal felaketler (depresyon, su baskını, fırtına, vb.), çeşitli kazalar (iş kazaları, trafik kazaları) travmatik olaylar olarak belirtilmiştir. Travmatik olaylar anksiyete bozuklukları, depresyon, alkol ve uyuşturucu madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı, PTSTB, intihar düşünceleri ve girişimleri gibi ruhsal sorunlara neden olabilir.

Travmatik olayların en çok neden olduğu ruhsal sorun PTSTB'dir. PTSTB belirtileri üç grupta toplanır:

1. Travmatik olayı yeniden yaşama belirtileri: Travmatik olayı çağrıştıran bir uyarana karşılaşılan kişi o olay sanki tekrar oluyormuş gibi hisseder ve davranır. Travmatik olayla ilgili canlı görsel imgeler ve o sırada yaşanan bedensel duyumların hissedilmesi ile tekrar yaşama durumu ortaya çıkar.

2. Kaçınma ve küntlük belirtileri: Travmatik olayı hatırlatan her türlü etkinlik, yer ve kişilerden kaçınma görülebilir. Bu, genellikle bilinçli bir kaçınmadır. Sevdiklerini kaybeden kişiler yeniden sevmeye ve bağlanma konusunda korku duymalarından ötürü insanlarla yakın ilişkiler kurmaktan kaçınırlar. Sevgi, bağlanma nedeniyle travmatik anılar yeniden canlanabilir. Felaketlerle karşılaşılanlar, başlarından geçenleri, böyle bir deneyim

yaşamamış olan başka insanların anlayamayacağını düşündükleri için travmanın ardından içe kapanıklılık, çevreye yabancılaşma gösterirler.

3. Artmış uyarılmışlık belirtileri: Bu grupta uyku bozuklukları ön plana çıkmaktadır. Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük yaşanır. Uyku kabuslarla bölündüğünden kabus görmemek için uyumaktan kaçınma görülebilir. Travmatik olayın uyku esnasında olması da bilinçli uyumama çabasının nedeni olabilir. Yine bu grupta dokunma, ses, ışık gibi uyaranlara aşırı irkilme tepkisinde bulunma, solunum sıkıntısı, çarpıntı, yerinde duramama gibi sempatik hiperaktivasyona bağlı belirtiler de önemlidir.

DSM-IV-TR'ye göre; 1) PTSD semptomları (yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma) en az bir ay sürmelidir,2) semptomların travmatik olaydan sonraki dört hafta içinde ortaya çıktığı ve iki günle dört hafta arasında sürdüğü kişilere akut stres bozukluğu tanısı konur, 3) semptomlar üç aydan daha kısa sürerse bu bozukluk akut olarak belirtilir, 4) semptomlar üç ay ya da daha uzun sürerse bu bozukluk kronik olarak belirtilir, 5) PTSD travmatik olaydan altı ay veya daha uzun bir süre sonra başlarsa "gecikmeli başlangıçlı" olarak tanımlanır.

PTSD tanısı almış olan hastalar travmatik olaya yönelik öfke ve utanma, dış dünyaya karşı güvensizlik duyguları besleyebilirler. Kişinin normal hayatını engelleyen bu bozukluk tedavi edilmeme durumunda senelerce ve hatta ömür boyu sürebilmekte ve sosyal, çalışma ve aile hayatını olumsuz yönde etkilemektedir.

DSM-IV-TR'YE GÖRE POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ

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. **Not:** Çocuklar bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışla tepkilerini dışavurabilirler.

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 düşümler, düşünceler ya da algılar vardır. **Not:** Küçük çocuklar, travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler.

- (2) olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme. **Not:** 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 uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan)

- (1) travmaya eşlik etmiş olan 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) insanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları
- (6) duygulanımda kısıtlılık (örn. sevmeye 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) irritabilite 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 (3).

POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU ETYOLOJİSİ

Posttravmatik Stres Bozukluğu ile ilgili teorik görüşler:

Dinamik teori: Sigmund Freud'a göre travma önceden mevcut olan, yatışmış fakat çözülmemiş psikolojik bir çatışmayı yeniden harekete geçirmektedir. Çocukluk çağı ile ilgili travmanın tekrar canlanması regresyonla ve represyon, inkar, yapma-bozma savunma mekanizmalarının kullanılmasıyla sonuçlanmaktadır (1).

Krystal, çocukluk çağındaki psikik travma neticesinde affektif gelişimin durakladığını ve erişkinlikte yaşanan travma neticesinde affektif gelişimin regresyona uğradığını belirtmektedir.

Horowitz travmaya maruz kalanların travmayı inkar ettiğini veya kabuslar ve flashback gibi kompulsif tekrarlar içinde olduğunu gözlemlemiştir. Ağır bir travma sonrasında en sık ortaya çıkan psikolojik durumları belirlemiştir:

1. Yas veya keder
2. Hayatta kalmaya dair suçluluk duygusu
3. Yıkıcı dürtüler, öfke ve öfke duygularına yönelik suçluluk duyguları
4. Yıkıcı olmakla ilgili korkular
5. Çaresizlikle ilgili utanç duyguları
6. Kurban olarak belirlenme korkusu
7. Travmatik olayın tekrarlayacağı ile ilgili korku
8. Direkt travma kaynağına yönelik yoğun öfke (1)

Bilişsel ve bilgi işleme modelleri: Belirli kognitif şemalara oturmayan ve günlük hayatta yaşanan deneyimlerin dışında kalan travmanın, bu özelliklerinden ötürü inkar, kabuslar ve zorlayıcı travma anılarıyla yeniden yaşandığı düşünülmektedir (5). Kişide var olup dünyadaki yerini, güven duygularını, benlik saygısını ilgilendiren bazı temel varsayımların çiğnenmesi travmanın bir diğer etkisidir (5). İnsanların birbiriyle bağ kurma ihtiyacı bilinen bir gerçek olmakla birlikte bu bağların travma sonrasında ortaya çıkan fizyolojik uyarılmayı azalttığı ileri sürülmektedir. Bu bağların kopması PTSB oluşumunda bir etken olarak ortaya çıkmaktadır (5).

Bilişsel modelde, anksiyete, kızgınlık ya da umutsuzluk gibi olumsuz duygular yaşanmasının en önemli sebebi, olayların kendisi değil, bu olaylarla ilgili beklentiler ve yorumlardır. Var olan tehlikenin daha abartılı olarak değerlendirilmesi sonucunda kişide otomatik olarak "anksiyete programı" aktive olur. Bu program evrimsel geçmiş sonunda kazanılan, kişisel deneyimlerle geliştirilen ve tehlike karşısında oluşabilecek zararlardan

korunma amacını güden tepkileri kapsamaktadır. Bu programın aktive olmasıyla devam ettirilen davranışta inhibisyon oluşur; kaçmak ya da mücadele etmekle ilgili olarak otonomik uyarılmışlık düzeyinde değişiklik gözlenir ve muhtemel tehlike kaynakları gözden geçirilir (6).

İnsanlardaki anksiyete ve depresyonu açıklamaya yönelik önemli katkıda bulunan hayvan deneylerinde kontrol kaybı ve beklenmeyen stresin rolü araştırılmıştır. Bu deneylerde kontrol edilemeyen, önceden kestirilemeyen stresin davranış üzerinde yaptığı etkilerdir. Elektrik şokuyla ortaya çıkarılan bu stres, hayvanlarda şok sonrasında ortaya çıkan davranış bozukluklarını belirleyen en önemli etkidir. Hayvanlardaki davranış bozuklukları insandaki anksiyete ve depresyona karşılık gelen davranış özellikleridir. Kontrol kaybı insanlarda da problem çözme yetilerini azaltır; edilgenliği artırır; anksiyete, depresyon ve düşmanlık duyguları oluşturur. Kontrol edilemeyen şokların öğrenilmiş çaresizlik meydana getirdiği hayvanlar, sonraki dönemde kontrol edebilecekleri şoklar uygulandığında kontrolü sağlayamamaktadırlar. Bu durum, gelecekte karşılaşılabilecek stres etkeni üzerinde kontrol sağlamaya çalışmanın fayda vermeyeceği inancı; tepki-sonuç ilişkilerini görememe ve dolayısıyla gelecekte kontrol edilebilecek durumları tanıyamama; meydana gelen şoka karşı duygusal tepkilerde azalma ile birlikte edilgenliğin artması şeklinde, kontrol kaybının oluşturduğu bozukluklara bağlı olabilmektedir (5). Kaçılabilir şokla karşılaşan hayvanlar daha uzun süreli kaçılmayan şoklara maruz kaldıklarında çaresizlikle ilgili belirtiler göstermeyip şok sonrası oluşan fizyolojik değişiklikleri önleyen ve uzun süre kalıcı olan bağıklık kazanmaktadırlar. Öğrenilmiş çaresizlik ise etkinliğini kaybetmektedir. Stresi ortaya çıkaran durumlardan kendini sorumlu tutup bu nedenin kalıcı olduğunu düşünen ve olayları genelleme eğiliminde olan insanların daha çok depresyona yatkın oldukları ileri sürülmektedir. Sadece kontrolsüzlük fikri ve çaresizlik değil, kontrolü sağlamaya yönelik girişimlerin de faydasız olacağı şeklindeki inanç, umutsuzluk da depresyonda belirleyici rol oynarlar. Anksiyete ve korkunun etyolojisinde kontrolsüzlük önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Anksiyete ve depresyonun yüksek oranda birlikte görülmesi kontrolsüzlüğün her ikisinde de önemli bir faktör olduğunu göstermektedir (5).

Travmanın ardından oluşan ilk tepkileriyle yeterince baş edemeyenler travmayla ilgili uyarılardan kaçınma geliştirirler ve böylece anksiyeteyi azaltma yoluna giderler. Kaçınma fiziksel çevreyle ilişkili olabileceği gibi duygusal, düşünsel, imgesel düzeyde de olabilir. Psikojenik amnezi anksiyete oluşturan uyarana karşı bilişsel bir kaçınmadır (7). Kontrol edilebilir olma korkuya sebep olan uyarının oluşturduğu stresi azaltabilir. Bunun tersi durumda öğrenilmiş çaresizlik, yanıt vermede ve yanıtların etkili olduğunu görmede güçlükler meydana gelir (7). Travmadan sonra birtakım düşünsel/bilişsel çarpıtmalar görülebilir. Bunlar

sorunların başlamasına ve mevcut sorunlarda artışa yol açarlar. Yaşanan ciddi bir travma sonrasında benzer bir travmanın yeniden yaşanabileceği ihtimali daima olması beklenenden daha yüksektir. Travmanın ardından ortaya çıkan olumsuz şartlara karşı yardım çalışmalarına katılma gibi faaliyetler travmanın etkileriyle daha kolay başa çıkabilmeyi ve kontrol duygusunu sağlayabilir (8).

Koşullanma modeli: Korku ve kaçınmanın edimsel koşullanma ile edinildiğini, travma esnasında bulunan nötral uyarıların koşullanmış hale gelerek PTSS'de yüksek seviyede irkilme tepkisine sebep olduğunu ileri sürmektedir (9).

Kestirilemezlik ve kontrol edilemezlik: Travmatik stresörün kestirilemez ve/veya kontrol edilemez olup olmaması korku yanıtının gelişmesini ve sürmesini etkilemektedir. Stresörlerin kestirilebilir olması travmaya maruz kalanları psikolojik travmatizasyondan koruyabilir (10).

Atıf teorisi: Travmatik olaylar ile ilgili olarak farklı atıflarda bulunmak değişik baş etme ve uyum düzeneklerini harekete geçirmektedir (10).

Bütünleyici model: Travmatik olay travma esnasında travmanın hemen işlenmesine müdahale eden aşırı bir sıkıntıya neden olur. Bu işleme bozukluğu travma sonrasındaki dönemde de devam eder. Travma bilinç düzeyine ulaşamaz veya kasıtlı bir şekilde bilinç düzeyine geri getirilip düzenlenir. Bu modelde yeniden yaşantılama durumu geçmiş yaşantılardan ve/veya kişilikten etkilenmektedir (10).

İkili temsiliyet teorisi: Travmaya maruz kalan kişinin olumsuz duyguları kontrol edebilmek amacıyla değişik şekillerde düzenlediği “sözel açıdan kabul edilebilir”lerin tekrarlayıcı biçimde kabulünü (öfke, üzüntü, suçluluk gibi duygusal yanıtlar) ve “durumsal açıdan kabul edilebilir”lerin aktivasyonunu (tekrar eden anılar, geri dönüşler) kapsamaktadır.

Posttravmatik Stres Bozukluğu ile ilgili biyolojik modeller:

PTSS belirtileri biyolojik ve psikolojik etkenlerin bir bileşkesidir. İç ve dış çevreden ulaşan bilgileri süzme ve işleme amacıyla beyin sapı, talamus, bazal gangliya, limbik sistem, serebellum önemli bir sistem oluştururlar. Uyarılara uygun yanıt verilebilmesi için bu sistemin uyum içinde çalışması gereklidir. Ancak PTSS'de bu sistemin işlevlerinde aksamalar meydana gelmektedir. Beyinde saldırgan ve zararlı belirtileri algılama açısından en hassas bölge amigdaladır. Esas olarak strese verilen yanıtı belirleyen amigdala korkunun neden olduğu nörokimyasal süreçleri aktive eder.

Vücutta strese karşı verilen en çabuk yanıtlardan biri olan sempatik boşalım sonucunda kalp atım hızında ve kan basıncında artış meydana gelir ve iskelet kaslarında kan akımı ve glukoz tüketimi artar. Böylece karşıt durumdan kaçma yanıtı oluşur. Bu, “savaş ya

da kaç” reaksiyonu olarak tanımlanmıştır (11). Bunun ardından, sempatik sinir sisteminden bağımsız olan parasempatik yanıt ortaya çıkar. Beyin nöropeptitleri hipotalamo-pituiter-adrenal aksı aktive eder ve sonuçta adrenal bezden kortizol salınır (11). Stresörün şiddetinin artmasıyla katekolamin ve kortizol düzeyleri de artar. Katekolaminler hayati organların enerji kullanımını arttırırken, kortizol stresin başlangıcında sempatik aktivasyonu ve diğer nöronal savunma reaksiyonlarını yani strese yanıtı sona erdirir (12).

Noradrenerjik sistem: Organizmanın tehlikelerle başa çıkabilmesi ile ilgili olarak temel nörotransmitter olan noradrenalinin en çok ponsdaki locus ceruleusta bulunduğu saptanmıştır. Locus ceruleus orta beyinde yerleşmiş olan, korku ve alarm yanıtlarında önemli bir rol oynayan ve “travma merkezi” olarak adlandırılan küçük bir çekirdektir (13). Hayvanlarda locus ceruleusun tahribi aldırılmaz bir biçimde cesaretle tehlikeli davranışlara yönelmeye sebep olur (14).

PTSB’de noradrenerjik sistem en fazla araştırılan sistem olmakla birlikte, anksiyete, korku, vijilans ve seçici dikkatte rol oynamaktadır. Bellek ve öğrenme açısından da önemli bir konuma sahiptir (15). PTSD’nin anlaşılmasında, hayvan modellerinden birisi olan “kaçınılmaz şok” (inescapable shock) yardımcı olmaktadır. Öğrenilmiş çaresizlik ile sonuçlanan bu model insanların verdikleri yanıtlara benzerlik göstermektedir. Yani hayvanlardaki stresten kaçamama, öğrenme, ödül amaçlı davranış motivasyonunda ve araştırmacı davranışta azalma gibi öğrenilmiş çaresizlik belirtileri ile PTSD’deki sosyal geri çekilme, anhedoni, bilişsel işlevlerde bozulma, mesleki disfonksiyon ve afektif sağlık gibi kaçınma belirtileri birbirine benzerlik göstermektedir (16). Kaçınılmaz şok ile ilk defa karşılaşma durumunda noradrenalin sentezi ve salınımında artış olduğunu, tekrarlayan stres esnasında bu sentezin hipokampus, hipotalamus, amigdala, locus ceruleus, korteks gibi bölgelerde tüketilen noradrenalinin karşılayamadığını düşündüren kanıtlar mevcuttur(17). Aşırı tüketime bağlı olarak, noradrenalin eksikliği postsinaptik adrenerjik reseptörlerde duyarlılık artışına veya up-regulasyona sebep olabilir. Tekrarlayan hafif stresler karşısında bile, tüketim sonucu aşırı üretim koşullanmış bir yanıt şeklinde ortaya çıkar. Kaçınılmaz şoka bağlı öğrenilmiş çaresizlik yanıtı, travma öncesi noradrenerjik α_2 agonisti klonidin uygulamasının sağladığı noradrenerjik blokaj ile engellenebilmektedir. Locus ceruleusu baskılayan trisiklik antidepresan, monoamin oksidaz inhibitörleri, benzodiazepin, etanol gibi ilaçlarla da öğrenilmiş çaresizlik hafifletilebilmektedir (16, 17). Katekolamin depolarını boşaltan rezepin ile yohimbin, kokain gibi locus ceruleusu uyaran ilaçlar öğrenilmiş çaresizlik belirtilerini alevlendirmektedir (18). PTSD tanısı olan bir grup hastada yapılan bir çalışmada bu hastalara yohimbin verilip anormal adrenerjik etkinlik gösterilmeye çalışılmıştır (16, 19). Yohimbin presinaptik α_2 otoresseptör antagonistidir. Noradrenerjik nöronların aktive olmasını sağlar.

Southwick ve arkadaşları bu çalışmayı travmatik yaşantının amigdaldeki noradrenerjik reseptörlerin bellek ve bellek kayıtlarıyla ilişkisi olduğunu düşünerek gerçekleştirmişlerdir (19). Bu ilişki yüzyılımızın başında Janet ve Freud tarafından hastaların travmaya bağlandıkları, kompulsif biçimde tekrar yaşantıladıkları şeklinde bildirilmiştir (20). Gece kabusları, canlı anılar, geriye dönüşler (flashback) tekrarlayıcı bir şekilde bilince gelmektedirler. Travma tarafından indüklenen nörobiyolojik faktörler yeniden yaşantılamaya katkıda bulunmaktadır. Locus ceruleusun hipokampus ve amigdale uzanan noradrenerjik projeksiyonları hafızadan çağırmayı kolaylaştırıcıdır (17, 21). Locus ceruleusun uyarılması ve amigdale yansıtılması yoluyla yaşantıyla ilgili anıların kodlanması sağlanır. Yohimbin herhangi bir anı henüz belleğe gelmeden bu sistemin uyarılmasına yol açar (19). Yohimbin uygulandıktan sonra PTSD olanlarda %40 oranında geriye dönüş ve %70 oranında panik atak görülmüştür. Panik bozukluğu olanlarda yohimbin verilmesi sonucunda aynı oranda panik atak geliştiği görülmüştür. Bu, PTSD ile panik bozukluğun aynı nörobiyolojik yolu paylaştığını düşündürmektedir. Trisiklik antidepresanlar, monoamin oksidaz inhibitörleri, klonidin locus ceruleusu baskılama yoluyla şartlı aşırı uyarılmayı, gece kabuslarını ve geriye dönüşleri azaltabilirler (22). Ayrıca bu ilaçlar locus ceruleusta katekolamin aşırı üretimini ve sonrasındaki katekolamin açığını engeller. Sinaps aralığında noradrenalin seviyesinde artışa neden olup postsinaptik adrenerjik reseptörlerin down-regülasyonuna yol açarlar. Sonuçta postsinaptik reseptör duyarlılık artışını geriye çevirmiş olurlar.

Serotonerjik sistem: Trisiklik antidepresanların ve serotonin geri alım inhibitörlerinin septumda serotoninini arttırarak öğrenilmiş çaresizlik belirtilerini azalttığı belirlenmiştir (23). Böylece serotoninin kaçınılmaz şok ve travma yanıtında rol aldığı gösterilmiştir. Hayvanlardaki tecrit (forced isolation) modeline bağlı saldırganlığın serotonin seviyesinin azalmasına bağlı olduğu bulunmuştur. Bu azalma sonucunda hiperirritabilite, aşırı uyarılma, agresif görünüm ortaya çıkmaktadır ki bunlar PTSD ile uygunluk göstermektedir (16, 18, 24). Hayvan deneylerinde serotonin agonistlerinin agresyonu azalttığı gösterilmiştir (25). Önceden intihar girişimi olmayıp agresyonu olan 64 hastadaki BOS ile ilgili çalışmalarda serotonin metaboliti 5-HİAA seviyelerinde anlamlı bir düşüklük gösterilmiştir (26). Yapılan bir başka çalışmada dorsal hipokampal nöronlardaki 5-HT₂ reseptörlerinin öğrenilmiş çaresizlikte rol oynadığı ileri sürülmüş ve kaçınılmaz nitelikteki bir stresörle karşılaşmanın ardından anormal bir cevap şeklinde davranışsal inhibisyonun meydana geldiği bildirilmiştir (27).

PTSD belirtileri üzerinde serotonerjik sistemin etkisinin meta-klorfenilpiperazin (m-CPP) kullanma yoluyla belirlenmeye çalışıldığı çalışmada m-CPP'nin yohimbine benzer bir şekilde anksiyete, panik ve PTSD belirtilerini meydana çıkardığı gözlenmiştir (28). m-CPP'ye bağlı olarak ortaya çıkan panik ve anksiyetenin 5-HT_{2C} reseptörü, flashback ve travmatik

olayı tekrar yaşantılamanın ise 5-HT_{2A} ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür. Bu sonuçlara göre PTSD hastalarında 5-HT_{2C} ve 5-HT_{2A} reseptör duyarlılığında artış olduğu belirtilebilir (29). Stresörler merkezi sinir sisteminde nöron kaybına neden olabilir ya da morfolojik değişikliklere yol açabilir. Fareler üzerinde yapılan çalışmada stresin ve glukokortikoidlerin hipokampus CA3 (Cornu Ammon) piramidal nöronlarında dallanma azalması, boy kısalması ve dendrit morfolojisinde değişiklik oluşturduğu belirlenmiştir (30). Farelerin kullanıldığı bir çalışmada hayvanlara tianeptin uygulanarak bunların hipokampal CA3 nöronlarında stresin etkilerinin gözlenmediği belirtilmiştir (31). Tianeptin deneysel ortamda hipokampüste K⁺ uyarılmalı ekstrasellüler serotonin artışını azaltmak suretiyle etkisini ortaya çıkarmaktadır. Akut stres nedeniyle beyinde serotonin miktarının artış gösterdiğini iddia eden bazı araştırmacılara göre tianeptin serebral korteks ve hipokampüste akut ve kronik uygulanma yoluyla serotonin geri alınımını arttırmakta ve bu da strese karşı nöronal duyarlılığı azaltmaktadır.

Dopaminerjik sistem: Strese neden olan bir durum sonucu medial prefrontal kortikal bölgede dopaminerjik sistem aktive olur. Stres öncesinde benzodiazepin uygulanması dopamin nörotransmisyonunu azaltır. Dopamin ve dopamin boşalmasına yol açan kokain paranoid belirtilerle birlikte hipervijilansa neden olabilir (15). Ayrıca bellekle ilişkili olan prefrontal korteksin stres sonrasında aktive olması sebebiyle PTSD'de görülen bellek bozukluklarının dopaminerjik sistemle ilgili olabileceği belirtilmiştir (32).

Endojen opiyat sistemi: Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalar stresin indüklediği analjezinin ortaya çıktığını göstermiştir (33). Stres insanlarda da opiyat sentezini arttırmaktadır. van der Kolk ve arkadaşları şiddetli travmadan kurtulan kişilerde fiziksel analjezi, depersonalizasyon ve psişik uyuşma triadı gözleminden yola çıkmakta ve endojen opiyat salınımının travmaya eşlik eden dissosiyasyon ve psişik uyuşmada da rol oynadığını ileri sürmektedirler (13). Hayvanlarda uygulanan kısa süreli sosyal izolasyon opiyat aracılı analjezi meydana getirirken yakın ilişki kurma davranışı opiyat reseptör blokajı ile arttırılmaktadır. PTSD'deki sosyal kaçınma ve geri çekilmeye opiyat salınımının katkısı olabilir. Opiyatlar locus ceruleus nöronlarının uyarılmasını azaltmaktadır (33). Ayrıca kaçınılmaz şok öncesi hayvanlara opiyat uygulanması sonucunda hipotalamus, hipokampus, talamus, amigdale ve orta beyin gibi bölgelerde noradrenalin salınımı zayıflamaktadır. PTSD tedavisinde denenen opiyaterjik reseptör antagonisti Naltrexone (34, 35) ile flashback'ler düzelmiş ve bu tedavinin sona erdirilmesiyle belirtide tekrarlamaya görülmüştür.

Kortikotropin salgılatıcı faktör (CRF) ve hipotalamo-pituiter-adrenal aks sistemi (HPA): Özellikle hipokampüste ve amigdalin merkez çekirdeğinde bol miktarda bulunan CRF hayvanlarda intraserebroventriküler yoldan uygulandığında anksiyete davranışını ortaya

çıkarmaktadır (36, 37). Noradrenerjik sistem ile CRF-HPA sistemi arasında karşılıklı bir uyarım mevcuttur. Akut stres sonucunda hayvanlarda CRF ve ACTH aracılığıyla glukokortikoid miktarında artış ortaya çıkmaktadır (38). Glukokortikoidler nöron hasarına yol açan mekanizmalardan biridir. Hipokampüsün CA3 hücreleri glukokortikoidlere en duyarlı nöron grubudur. Fareler üzerinde yapılan çalışmada CA3 nöronlarının strese verdiği dejeneratif yanıt ve hipotalamo-pituiter-adrenal aksın strese bağlı uyarılma yanıtı tianeptin ile engellenebilmiştir. Stres yanıtının inhibe olmuş büyüme ve üreme ile savunma sistemi baskılanması ve artmış glikoneogenesis yanıtlarından glukokortikoidler sorumludur. Kronik PTSD tanısı alan Vietnam gazileri ile ilgili yapılan çalışmalarda kortizol düzeyleri düşük, deksametazon supresyon testinde de süpersupresyon görülmüştür (39). Bunun yanısıra CRF'ye ACTH yanıtlarının da anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir. Tüm bu verilerin ışığında, hipokampüs gibi bölgelerdeki glukokortikoid reseptörlerinin duyarlılığında artış olduğu ileri sürülmüştür.

Benzodiazepin sistemi: Kaçınılmaz şokla karşı karşıya kalan hayvanlarda benzodiazepin reseptörüne bağlanma miktarı %30 azalmaktadır (40). Bu azalma hipotalamus, hipokampüs, orta beyin ve striatumda belirgindir ve stres öncesi benzodiazepin uygulaması ile engellenebilmektedir. Benzodiazepinler PTSD'de gerginlik, aşırı uyarılma gibi belirtiler üzerinde etkili olmaktadır (41).

Yapısal anormallikler: Travma oluşumunda aracı olan beyin bölgeleri metabolizmalarıyla ilgili ölçümler yapılarak belirlenmeye çalışılmıştır. Sol paralimbik yapılarda, sağ hemisfer limbik yapılarda ve sağ ikincil görme alanında akım artışı tespit edilmiştir. Sol inferior frontal (Broca alanı) ve sol orta temporal kortekste akımın azaldığı saptanmıştır (42). PTSD tanısı alan Vietnam gazilerinde yapılan bir çalışmada sağ hipokampüs hacminin kontrol grubundakilere göre daha küçük olduğu ve bu durumun sözel bellekte bozulmaya neden olduğu saptanmıştır. Aşırı stres ile salgılanan glukokortikoidler, serotonin ve diğer nöropeptidlerin hipokampüste hasar oluşturduğu veya doğuştan hipokampüsü küçük olanların PTSD'ye yatkın olabilecekleri şeklinde bazı hipotezler ortaya atılmıştır (43). Subkortikal yapılardan kaynaklanan emosyonel tepkilerin PTSD belirtilerini meydana çıkarabileceği saptanmakla birlikte kortikal etkilenme ve bilinç kaybının görüldüğü travmalarla ilgili olarak PTSD oluşmayacağı hipotezleri de mevcuttur. Bu hastalarda emosyonel tepkisellik fazla, zorlayıcı düşünceler ise az olarak tespit edilmiştir ki bu durum PTSD belirtisi kümelerinin beynin farklı bölgelerinden kaynaklanabileceğini akla getirmiştir (44, 45).

Travma ile ilişkili bulunan travma sonrası tanı grupları:

1. Travma ile doğrudan bağlantısı olan bozukluklar:
 - a. Akut stres reaksiyonu
 - b. Akut stres bozukluğu
 - c. Posttravmatik stres bozukluğu
2. Travma öyküsünün olmadığı veya gösterilemediği durumlarda da meydana çıkabilen bozukluklar:
 - a. Dissosiyatif bozukluk
 - b. Anksiyete ve depresyon spektrum bozuklukları
 - c. Borderline kişilik bozukluğu
 - d. Yeme bozuklukları
3. Komorbid durumlar:
 - a. Alkol-madde kullanımı
 - b. Depresyon-anksiyete spektrum bozuklukları (46).

Sınıflama sistemlerinde genel olarak stresörlerle ilişkilendirilen tanılar:

1. Akut stres reaksiyonu
2. Akut stres bozukluğu
3. Posttravmatik stres bozukluğu
4. Travma sonrası kalıcı kişilik değişikliği
5. Uzamış kronik posttravmatik stres bozukluğu
6. Dissosiyatif bozukluk
7. Borderline kişilik bozukluğu
8. Konversiyon bozukluğu
9. Somatizasyon bozukluğu
10. Uyum bozuklukları
11. Yeme bozuklukları
12. Depresif bozukluk.

Ruhsal travma sonrasında ortaya çıkan stres bozukluğu gelişiminin belirleyici faktörleri:

1. Travma öncesi faktörler:

- a. **Cinsiyet:** Kadın olmak PTSS açısından çoğunlukla risk faktörü olarak görülmektedir. Yapılan pek çok çalışmada travmaya maruz kalmış

gruplardaki kadınlarda PTSS oranları erkeklerden yüksek bulunmuştur (47, 48, 49, 50, 52). Travma tipinin benzer olması durumunda da kadınlarda PTSS oranları erkeklerin iki katı kadar yüksek bulunmaktadır (51).

- b. Yaş:** Travma anında yaş küçüldükçe PTSS oranları artmaktadır (52, 53). Savaş mağdurlarında yaşlı olmak koruyucu bir faktör olarak kendini göstermektedir (50).
- c. Medeni durum:** Yapılan çalışmalarda bekar, dul ya da boşanmış olan kişilerde evli olanlara göre daha çok psikopatoloji görüldüğü bildirilmektedir (54).
- d. Zeka:** Zekanın, travma sonrasında ortaya çıkan strese karşı koruyucu etkiye sahip olduğu çocuklarda ve yetişkinlerde tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada Vietnam gazilerinde zeka düzeyi düşük olarak tespit edilenlerde PTSS oranlarının daha çok olduğu belirlenmiştir (55). PTSS'ye neden olan etkenin düşük zekanın değil, travmanın kendisi olduğu belirtilmektedir.
- e. Travma öyküsü:** Geçmişte travmatik bir olayı yaşamış olma gelecekte yaşanacak travmalar sonrasında PTSS gelişimini kolaylaştırmaktadır (49, 50, 51, 52, 66). Ancak benzer travma yaşama durumu yeni travmaya daha hazırlıklı olmayı sağlayabilmektedir (56).
- f. Ruhsal hastalık öyküsü:** Pek çok çalışmaya göre ruhsal rahatsızlık geçirmiş olma PTSS ile pozitif bir ilişki göstermektedir (49, 57, 58, 59, 66). Ailede ruhsal hastalık hikayesinin bulunması da önemlidir (60, 61). Geçmişte herhangi bir hastalığın olması şu andaki PTSS ile veya diğer bir ruhsal hastalıkla ilişkili bulunmaktadır. Örneğin yapılan çalışmalarda geçmişteki ruhsal hastalığın türü sorgulanmış ve geçmiş majör depresyonun şu andaki PTSS'yi etkin bir şekilde belirlediği ortaya konmuştur (49, 66).
- g. Olumsuz yaşam olayları:** Travmatik olayların yanısıra sıkıntı verici yaşam olayları da PTSS'ye neden olabilmektedir (49, 57, 62, 63). Bu yaşam olayları PTSS yaygınlığı ile ya da PTSS şiddeti ile ilişkili bulunmaktadır. Ayrıca yine bu olumsuz yaşam olaylarının PTSS belirtilerinin kronikleşmesinde rol oynadığını ortaya koyan bulgular mevcuttur (64).
- h. Etnik özellikler:** Farklı kültür ve ırklardan olan kişileri kapsayan çalışmalarda farklı etnik gruplarda PTSS oranlarının değişiklik gösterdiği

tespit edilmiştir. Örneğin, Newcastle depremini yaşayan göçmenlerde yerlilere göre daha yüksek oranda PTSD görüldüğü bildirilmiştir (65).

2. Travma içi faktörler:

- a. **Travmanın şiddeti:** Genel olarak, travma tipinin şiddetle ilişkili olduğu kabul edilmektedir. Bazı travma türleri daha fazla korku ve dehşete neden olduğu için daha çok psikopatolojiye yol açarlar. Saldırı ve tecavüzün sebep olduğu travma sonrası stres belirtilerinin diğer travma türlerine oranla daha fazla olduğu konusunda genel bir kanı mevcuttur (66). Yaralanma olup olmadığı ya da derecesi (58), yakınların kaybedilip kaybedilmediği (58, 67) gibi durumlar travma şiddetiyle ilişkilidirler. Deprem ve patlama gibi felaketlerde olayın meydana geldiği yere olan yakınlık derecesi de travma şiddetinin bir ölçüsü olarak kullanılmaktadır.
- b. **Algılanan şiddet:** Travma sırasında algılanan tehdit en önemli belirleyicilerden biridir (68, 69).
- c. **Maddi kayıplar:** Travma nedeniyle oluşan maddi kayıplar travmatik stres belirtilerine yol açabilmektedir (67, 69). Felaketler sonrasında kişinin evini, işini kaybetmesi ya da işini değiştirmek zorunda kalması, taşınması gibi olumsuz şartlar alışılan sosyal destek çevrenin kaybedilmesine neden olur. Maddi kayıplar travmanın göstergesi olabileceği gibi travma sonrasında ortaya çıkan olumsuz yaşam olayları arasına da eklenebilir.

3. Travma sonrası faktörler:

- a. **Olumsuz yaşam olayları:** Travmaya maruz kalanlarda yeni insanlarla tanışma, yardım sağlayanlara ulaşma ve mevcut kaynakları kullanma konularında sorunlar ortaya çıkar. Aile problemleri yaşama ve işsiz kalma olasılıkları da daha yüksektir. Tüm bunlar sosyal ve maddi yönden birtakım zorluklara neden olarak travma sonrasındaki stres semptomlarının meydana çıkmasına katkı sağlarlar.
- b. **Sosyal destek azlığı:** Travmanın yol açtığı fiziksel şartlar (yıkılan evler, iş kaybı, sevilen kişilerin ölümü, taşınma) ve ruhsal sorunlar (çevreden uzaklaşma, sosyal ilişki kurmada yetersizlik, ümitsizlik ya da öfke duyguları ile yardım aramama) yüzünden sosyal destek yönünden kayıp yaşanabilir. Bireysel ve sosyal destek kaybı PTSD'ye neden olan faktörlerden biri olarak ortaya konmuştur (49, 67).
- c. **Hatalı başa çıkma stratejileri:** Yaşanan stresli olayla baş etmek için kullanılan çeşitli yöntemler zaman zaman istenmeyen durumlarla

sonuçlanabilir. Başa çıkma stratejileri aktif (durumu ya da sonuçlarını değiştirmeye yönelik) ve pasif (kaçınma, olmamış gibi davranma) olarak gruplanabilmektedir. Kişilerin uyguladığı bu stratejilerin kendisi ruhsal problemlerin sebebi olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda kaçınma şeklindeki başa çıkma ile travma sonrasında ortaya çıkan ruhsal sorunlar arasında güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür(48, 49, 57, 62). Belirli bir başa çıkma yönteminin kullanılması travmanın çok ağır olduğu durumlar için olabilir. Ancak esas olan, başa çıkma stratejilerinin öğretilmesi ve mevcut uygun olmayan stratejilerin değiştirilmesi yoluna gidilmesidir.

POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU PREVALANSI

Herhangi bir travmatik olay yaşama olasılığının yapılan çalışmalara göre erkeklerde %43 ile %81.3, kadınlarda ise %36.7 ile %74.2 arasında değiştiği saptanmıştır. Kadınlarda en sık görülen travma tecavüz ve cinsel saldırılardır. Erkeklerde en sık görülen travma ise savaş yaşantısı, diğer fiziksel saldırılar ve kazalardır. Başkalarının yaşadığı travmayı öğrenme, doğal afete maruz kalma, yakınların ani kaybı gibi olaylarla ilgili olarak cinsiyet farkı saptanmamıştır. Yapılan birçok araştırma sonucunda PTSB'nin yaşam boyu prevalansı %1 ile %9 arasında bulunmuştur (70, 71, 72). Bu oran erkeklerde %5 ile %6, kadınlarda %10 ile %14 arasında değişmektedir. PTSD her yaşta görülebilmekle birlikte, yaşları sebebiyle ortaya çıkartıcı durumlarla daha çok karşılaşan genç erişkinlerde daha yaygın olarak ortaya çıkmaktadır. Bekarlarda, boşanmış kişilerde veya dul olanlarda, ekonomik durumu iyi olmayan kişilerde ve sosyal desteği az olanlarda daha çok görülmektedir (73).

POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU SEYİR VE PROGNOZU

Çok şiddetli olmayan stresörlerin neden olduğu travmalardaki akut belirtiler genellikle kısa süre içerisinde kaybolmaktadırlar. PTSB olgularının yaklaşık olarak %30'u tamamen iyileşir. %40'ı hafif ve %20'si ılımlı düzeyde belirtiler göstermeye devam eder. %10'u ise değişmeden yıllar boyu aynı şekilde sürer ya da daha da kötüye gider (73). Tekrar yaşama, kaçınma, artmış uyarılmışlık semptomları oran olarak zaman içinde değişebilir. Tekrar yaşama ile ilgili semptomlar başlangıçta ön plandayken, daha sonra kaçınma semptomları belirginleşebilir. Zaman içerisinde kendiliğinden düzelme oluşmaz. Yaşla birlikte semptomlarda kötüleşme ortaya çıkar. Özellikle irkilme, tedirginlik, kötü rüyalar, depresyon zamanla artış gösterir (74).

Orta yaşlılara göre, genellikle çok gençler ve çok yaşlılar travmatik olayların etkisinde daha fazla kalırlar. Gençlerle ilgili olarak, travmanın yol açtığı sorunlarla başa çıkma

konusunda yeterli olmadıkları düşünölmektedir. Yaşlıların genç erişkinlere göre daha katı başa çıkma yöntemlerine sahip oldukları söylenebilir. Ayrıca hayatın sonraki yıllarında ortaya çıkabilen fiziksel sorunlar veya hastalıklar nedeniyle de travmanın etkileri şiddetlenebilir. Kişinin önceden sahip olduğu psikiyatrik rahatsızlık, kişilik bozukluğu gibi durumlar belirli stresörlerin etkilerinde artış sağlar. Sosyal destek sağlanıp sağlanmaması da PTŞB'nin gelişimini, şiddetini ve süresini etkileyebilmektedir. İyi bir sosyal destek sağlanması PTŞB gelişimi ihtimalini düşürmektedir (75).

Travma mağdurlarından PTŞB belirtileri olanlarda depresyon da değerlendirilmelidir. Depresyonun tedavisi ile uzun dönem PTŞB'nin prognozu iyileşebilir. Ancak PTŞB'de iyileşmenin tam olmayabileceği bilinmelidir. PTŞB belirtilerinde düzelme olanlar, travmalarla tekrar karşılaşabilecekleri düşünölmektedir (örneğin polisler) izlenmelidirler (76).

PTŞB tanısı alan kişilerin diğer anksiyete bozuklukları ve genel popölyasyona göre daha fazla intihar riski taşıdığı belirlenmiştir (77). Kronik PTŞB'nin prognozu daha kötü seyretmektedir. Sosyal izolasyon, yeniden yaşantılama, aşırı uyarılma alkol ve madde tüketimini arttırabilir. Fobik kaçınmalar da günlük yaşamı olumsuz etkiler. Stresör ne kadar şiddetli olursa PTŞB'nin ortaya çıkma ihtimali de o kadar fazla olmaktadır.

İyi prognozun kriterleri:

1. Belirtilerin ani başlaması
2. Belirtilerin kısa süreli olması (6 aydan az)
3. Hastalık öncesindeki işlevselliğin iyi olması
4. Güçlü bir sosyal desteğin sağlanması
5. Fiziksel yaralanma ya da tıbbi hastalığın olmaması
6. Önceden psikiyatrik bozukluğun olmaması
7. Madde kullanımının olmaması (74).

Devamlı ve tekrarlayıcı travmaya maruz kalan kişilerde PTŞB oranları daha düşük seyretmekle birlikte yüksek oranda kronikleşmektedir. Bozukluğun oluşması kadar seyrinde de travma tipinin yanısıra yaşanış şekli, yoğunluğu, şiddeti ve kontrol edilebilirliği önemli rol oynamaktadır. Kaliforniya'da çıkan bir yangına maruz kalanlarda olaydan 7-9 ay sonra yapılan bir çalışmada, erken dönemde oluşan belirtilerin PTŞB oluşumu ve kronikleşmesinde belirleyici olduğu belirtilmiştir (78). PTŞB genel olarak travmanın hemen sonrasında ortaya çıksa da, travmadan yıllar sonra bile gelişebilmektedir. Geç başlangıçlı PTŞB'nin geçerliliğini sorgulayan bazı araştırmacılar bunların esasında geç tanı konmuş PTŞB vakaları veya eşik altı PTŞB'nin alevlenmesi olduğunu ileri sürmektedirler (79).

TRAVMA, TERÖRİZM VE FELAKET

Travmatik bir olay hayatı tehdit eden bir durum veya ciddi bir yaralanma karşısında dehşet, korku, çaresizliğe neden olma kapasitesi ile tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994). Travmatik olayların büyük bir çoğunluğu topluları şaşırtabilir, dehşete düşürebilir ve karışıklık içine itebilir. Felaketlerle karşı karşıya kalan topluluklar hayatı tehdit eden durum, mal kaybı, ölümlerle yüz yüze gelme ve sıklıkla ekonomik çöküşü içeren birçok travmatik olay yaşamaktadırlar. Felaketler kurumların, sağlık merkezlerinin ve toplumsal kaynakların devreye girmesine ve hem bireylerin hem de toplumların birkaç aydan birkaç yıla varan uzun iyileşme dönemlerine ihtiyaç duymalarına neden olmaktadır. Doğal felaketler ve günümüz yaşamında yaygın olarak görülen ulaşım kazaları, fabrika patlamaları ve okullarda ateşli silahla yaralama ya da öldürme olayları gibi insanların sebep olduğu travmalar aniden ortaya çıkabilmektedir.

Genel popülasyonda yapılan çalışmalara göre Birleşik Devletler popülasyonunun yaklaşık %69'u hayatları boyunca felaketlerle veya kişisel travmatik olaylarla karşı karşıya kalmıştır (Norris, 1992). Bu kişilerin %15-24'ünde posttravmatik stres bozukluğu (PTSB) gelişmiştir (Breslau ve ark., 1991; Kessler ve ark., 1995).

Büyük terörist saldırıları farklı bir felaket tipidir ve insanlar tarafından kasti olarak oluşturulmaktadır. Teröristler bombalama, hastalık bulaştırma, kimyasal ajanları da içeren kitle imha silahları gibi yöntemler kullanmaktadırlar. Tokyo'daki sarin sinir gazı kullanımı ve Birleşik Amerika'daki şarbon saldırıları kimyasal ve biyolojik silahların korku ve sosyal karışıklık yaratmadaki özel durumunu ortaya koymaktadır. Ortaya çıkan zararlara ve kurbanların öldürülmesine ek olarak, bu saldırıların araba kazalarından daha az ölüm ya da yaralanmaya neden olduğu ve belki de daha büyük ekonomik kayba yol açmadığı gerçeğine rağmen şarbon saldırısı aynı zamanda ticari binalar ve kamu binalarının zorla terk edilmesine, posta dağıtımında karışıklıklara, sosyal çatışmalara, korku ve endişeye neden olmuştur. Tokyo metrosuna 1995'te sarin gazı ile yapılan saldırı, Omagh-Kuzey İrlanda'da yoğun bir alışveriş merkezindeki bombalama olayı, 11 Eylül'de Dünya Ticaret Merkezi'ne yapılan saldırı, Nairobi-Kenya'da 1998'de elçiliğin bombalanması ve 1995'te Oklahoma'daki bombalama olayı gibi terörizm olayları terörizmin yol açtığı güçlü psikolojik ve sosyal cevapları (North ve ark., 1999; Pfefferbaum, 1999; Murakami, 2000; Tucker ve ark., 2000; Schuster ve ark., 2001; Galea ve ark., 2002; Koplewicz ve ark., 2002; Luce ve ark., 2002; North ve ark., 2002) ve inançlarımız ve değerlerimiz üzerindeki etkilerini (Jernigan ve ark., 2001; Morbidite ve Mortalite Haftalık Raporu, 2001) çok canlı bir şekilde ortaya koymaktadır.

Terörizm eylemlerinde suç işleyenler sosyal kontrolü kullanmaya teşebbüs eden güçlü ulusları veya rakiplerine zorla kendi isteklerini kabul ettirmeye çalışan küçük devrimci dini veya politik grupları temsil etsin ya da etmesin, çoğu teröristin niyeti diğerlerini korkutarak, dehşete düşürerek onların davranışlarını değiştirmek ve ‘inanmayanları’ öldürmektir (Benedek ve ark., 2002). Terörizm güven duygusunu ortadan kaldırır ve bireyler, toplumlar ve uluslar üzerinde büyük korku yaratır. Terörist saldırısına verilen psikolojik cevabın nasıl ortaya çıktığı bir toplumun iyileşme yeteneğindeki tanımlayıcı faktör olabilir (Holloway ve ark., 1997).

Terörist saldırılarda görülen planlanmış acı çektirme özellikle etkili bir psikolojik stresördür. 11 Eylül’deki terörist saldırısından sonraki haftada Birleşik Amerika’da organize edilen ulusal bir çalışmada erişkinlerin %44’ü bir ya da daha fazla büyük stres semptomu ortaya koyarken %90’ı en azından düşük seviyeli stres semptomları olduğunu belirtmişlerdir (Schuster ve ark., 2001). 11 Eylül saldırısından direkt olarak etkilenen bölgede, popülasyonun %17.3’ünde saldırıdan sonraki 1-2 ayda depresyon ya da PTSD olduğu tespit edildi (Galea ve ark., 2002). 11 Eylül sonrasındaki 1-2 ayda yapılan ulusal bir çalışmada, muhtemel PTSD oranları New York’ta %11.2, Washington DC’de %2.7, diğer anakent bölgelerinde %3.6 ve Birleşik Amerika’nın geri kalanında %4 olarak tespit edilmiştir (Schlenger ve ark., 2002). Oklahoma’daki bombalama olayıyla direkt olarak karşı karşıya kalanların yaklaşık %35’inde 6 ayda PTSD gelişmiştir (North ve ark., 1999). Devam eden terörist saldırısı tehdidi posttravmatik stres yanıtlarının şiddet ve süresini etkilemektedir (Shalev, 2000).

Primer (olay öncesi), sekonder (olay) ve tersiyer (olay sonrası) müdahaleler maladaptif davranış, üzüntü, zihinsel bozukluk risklerini azaltabilir (Sorenson, 2002). Travmatik olayla karşı karşıya kalmayı (örn. tatbikat) veya şiddetini (örn. emniyet kemeri) azaltacak olay öncesi müdahaleler önemli ve sıklıkla dikkate alınmayan akıl sağlığı felaket planlaması unsurudur (Aguirre ve ark., 1998; Ursano, 2002). Bu stresörlerle yüksek oranda karşılaşan insan gruplarını tanımlama felaket ya da terörist saldırılarının toplumsal sonuçlarını ortaya koymada ikinci kritik adımdır.

Travmatik olaylar, felaketler ve terörizmin özellikleri ve boyutları:

Kişisel olarak yaşanmış travmatik olaylar kasti (örn. saldırı, soygun, tecavüz) veya kasti olmayan (örn. motorlu taşıt kazaları) olarak sınıflandırılabilir. Benzer olarak, toplum/popülasyona dayanan travmatik olaylar insanlar tarafından oluşturulmuş (örn. terörizm, savaş, endüstriyel kazalar) veya doğal (örn. deprem, sel, kasırga) olarak geniş bir şekilde kategorize edilebilir. Sıklıkla insanlar tarafından oluşturulmuş felaketlerin doğal felaketlere göre daha rahatsız edici ve karışıklık içine itici olduğu gösterilmiştir. Bununla

birlikte bu ayırımın yapılması zordur. Doğal felaketlerin etyolojisi ve sonuçları insanlar tarafından etkilenmektedir. Örneğin, depremin sebep olduğu zarar ve ölümler yetersiz inşaatçılık uygulamaları ve insan sayısının fazla olması ile artabilir. Aynı şekilde, sel ihtimalini arttıran kötü toprak yönetimi uygulamaları ile insanlar doğal felakete neden olabilir ya da katkıda bulunabilirler.

Bireyler (saldırı) veya gruplar (savaş, terörizm) arasındaki insanlararası şiddet belki de en fazla rahatsızlık verici travmatik deneyimdir. Güvenliğin ortadan kalkması tüm travmatik olayların majör bir komponentidir. Travmatik olayların bazı boyutlarının psikiyatrik morbiditeye yol açması daha muhtemeldir. Büyük tehdit, düşük kontrol yeteneği, tahmin edebilme yoksunluğu, kayıplar ve yaralanma en yüksek psikiyatrik morbidite riskiyle ilişkilidirler (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994; Epstein ve ark., 1997; Boudreaux ve ark., 1998; North ve ark., 1999; Schuster ve ark., 2001; Zatzick ve ark., 2001). Örneğin, ölü veya organları kopmuş kişiler görme olumsuz psikiyatrik olay riskini artırır (Ursano ve McCarroll, 1990; Ursano ve ark., 1995a; McCarroll ve ark., 1996). Travmatik olayla ilk karşılaşanlar (itfaiyeciler, polis, acil tıp çalışanları), hastane çalışanları, morgda çalışanlar ölü ve yaralı kişilerle karşı karşıya kalmaktadırlar ve hemen hemen daima yüksek psikiyatrik hastalık ve morbidite riski altındadırlar. Travmatik kayıplar hayatta kalanlar için özel anlamlar ortaya koymaktadır (Raphael, 1977; Fullerton ve ark., 1999; Prigerson ve ark., 1999; Shear ve ark., 2001). Yetişkinler ve çocuklarda kayıplar için olan müdahaleler hayati tehdiye maruz kalma için olanlardan farklıdır (Pynoos ve ark., 1987; Pynoos ve Nader, 1993). Yetişkinlerdeki rahatsız edici semptomlara benzer olarak çocuklardaki travma ile ilgili oyunlar da sıkıntının işaretidir (Terr, 1981).

Sevilen kişilerin ölümü daima acı verici olmakla birlikte, umulmayan ve vahşi bir ölüm daha zor olabilir. Sevilen bir kişiye uygulanan şiddete şahitlik etme ya da bunun öğrenilmesi, kişinin toksinlere (örn. kimyasallar veya radyasyon) maruz kaldığının öğrenilmesi gibi, psikiyatrik sıkıntıyı arttırmaktadır (Baum ve ark., 1983; Weisaeth, 1994). Bu durumda, bilginin kendisi primer stresördür. Toksik maddelere maruz kalma gerçekten o maddeyle karşılaşmanın olup olmadığı ve uzun dönem içinde sağlık sonuçlarının ne olabileceği konusunda belirsizliklerle ilgili olarak stres oluşturmaktadır. Belirsizlikle yaşamak son derece stresli olabilir. Tipik olarak belirsizlik biyoterörizme eşlik eder ve biyolojik, kimyasal ve nükleer silah kullanılan terörist saldırılarına verilen yanıtlarla ilgili hazırlıklı olmaya çalışan tıbbi kurumlardaki endişenin odak noktasıdır (Holloway ve ark., 1997; DiGiovanni, 1999; Benedek ve ark., 2002).

Terörizm karakteristik büyük korku, kurumlara itimsizlik, önceden tahmin edememe, yaygın güven kaybı ile diğer doğal ve insanlar tarafından oluşturulmuş

felaketlerden ayırt edilebilir. 11Eylül reaksiyonları ile ilgili yapılan uzunlamasına ulusal bir çalışmada New York dışındaki insanların %64.6'sı gelecek 2 aya ve %37.5'i gelecek 6 aya dair terörizm korkuları olduğunu belirtmişlerdir (Silver ve ark., 2002). Ek olarak, %59.5'lik kesim 2 ay içerisinde ve %40.6'lık kesim 6 ay içerisinde ailelerine zarar geleceği korkusu yaşadıklarını bildirmişlerdir. Terörizm psikiyatrik hastalık, sıkıntı, bozulmuş toplumsal ve sosyal işlevselliğin en güçlü ve yaygın nedenlerinden biridir (Holloway ve ark., 1997; North ve ark., 1999).

Terörizm ve felaketin sağlık sonuçları:

Travmatik olayların psikososyal, kognitif ve biyolojik etkileri birbirleriyle ilişkilidirler (McEwan, 2001; Ursano, 2002; Yehuda, 2002). Felaketlerde görülen davranışsal ve psikolojik yanıtlar tesadüfi değildir ve sıklıkla tahmin edilebilir yapı ve seyire sahiptirler. Çoğu insan için posttravmatik psikiyatrik semptomlar geçicidir. Bu erken semptomlar genellikle eğitim, yeterli dayanak sağlama, biyolojik ritmi korumaya (örn. aynı zamanda uyuma, aynı zamanda yemek yeme) cevap verirler. Medya yayınları hem güven verici hem de korkutucu olabilir. Bu gibi yayınları sınırlandırma özellikle çocuklarda rahatsız edici etkileri azaltabilir (Pfefferbaum ve ark., 2001).

Terörizmden motorlu taşıt kazaları ve endüstriyel patlamalara kadar uzanan pek çok travmatik olayın ardından yaygın olarak görülen PTSB travmayla ilgili tek bozukluk değildir ve belki de en yaygın olanı da değildir (Fullerton ve Ursano, 1997; North ve ark., 1999) (Tablo 1). Terörizm ve felakete maruz kalan insanlar artmış depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk riski ve artmış madde kullanımı riski altındadırlar (Breslau ve ark., 1991; Kessler ve ark., 1995; North ve ark., 1999, 2002; Vlahov ve ark., 2002).Oklahoma'daki bombalanmadan sağ kurtulanların %45'inde felaket sonrası psikiyatrik bozukluk gelişmiştir. Bunların %34.3'ünde PTSB ve %22.5'inde majör depresyon tespit edilmiştir (North ve ark., 1999). PTSB veya depresyonu olanların yaklaşık %40'ında psikiyatrik hastalık hikayesine rastlanmamıştır (North ve ark., 1999). Bir felaket veya terörizm olayından sonra psikolojik faktörlerin kalp hastalığından (Leor ve ark., 1996) diabete kadar (Jacobson, 1996) birtakım tıbbi hastalıklara katkısı fazla olabilir. Yaralı olarak kurtulanların fiziksel durumlarını etkileyen psikolojik faktörleri sıklıkla mevcuttur (Shore ve ark., 1989; Kulka ve ark., 1990; Smith ve ark., 1990; North ve ark., 1999; Zatzick, 2001).

Tablo 1. Sağlıkla ilgili sonuçlar

Psikiyatrik tanımlar

- Posttravmatik stres bozukluğu
- Akut stres bozukluğu
- Majör depresyon
- Madde kullanım bozuklukları
- Yaygın anksiyete bozukluğu
- Uyum bozukluğu
- Kafa travması, toksik maddelere maruz kalma, hastalık ve dehidrasyona sekonder gelişen organik mental bozukluklar
- Fiziksel rahatsızlığı etkileyen psikolojik faktörler (yaralıda)

Psikolojik/davranışsal cevaplar

- Anormal bir olaya üzüntü reaksiyonları ve diğer normal cevaplar
- Aile çatışması

Akut stres bozukluğu (ASB) DSM-IV'te terminolojiye sokulmuştur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994). ASB PTSD'ye çok benzer semptomlar grubudur fakat en az 2 gün ve en fazla 4 hafta sürer ve travma sonrası 4 hafta içinde ortaya çıkar. ASB tanısı koyabilmek için dissosiyatif semptomlar var olmalıdır. Bu, semptom açısından iki tanı arasındaki tek farktır. Dissosiyatif semptomlar travmatik olay boyunca ya da travmatik olay sonrasında ortaya çıkabilir. Zamanın hızlandığını ya da yavaşladığını hissetme şeklinde bir karmaşa yaşama durumu travmaya maruz kalmaya verilen erken ve yaygın bir cevaptır (Ursano ve Fullerton, 2000). Diğer dissosiyatif semptomlarla birlikte bu zaman karmaşası kronik PTSD için dört kat fazla riskten daha çoğuna işaret eder ve aynı zamanda depresif semptomlara eşlik edebilir.

Aile çatışması ve aile içi şiddet gibi travmatik kayıp (Prigerson ve ark., 1999), açıklanamayan somatik semptomlar (Ford, 1997; McCarroll ve ark., 2002), depresyon (Kessler ve ark., 1999), uyku bozukluğu, artmış alkol, kafein ve sigara kullanımı (Shalev ve ark., 1990) takip eden yaygın travmatik olaylardır. Öfke, inançsızlık, üzüntü, anksiyete, korku ve irritabilite beklenen yanıtlardır. Her biriyle ilgili olarak, travmatik olaya maruz kalmanın rolü birinci basamak hekimi tarafından kolaylıkla gözden kaçırılabilir. Gerginlik ve aile çatışması yeni terör alarmıyla ilgili korku ve sıkıntıya, toksik kontaminasyona, kaybedilen işler ile ilgili ekonomik olumsuzluklara eşlik edebilir.

Terörizm ve felaketin toplumsal etkileri:

Terörizm ve felaket ile ilgili pek çok tanım olmasıyla birlikte, olayın lokal kaynakları etki altına alması, toplumsal güveni ve işlevi tehdit etmesi yaygın bir özelliktir. Hızlı haberleşme ve medya sayesinde terörizm veya felaket kelimesi dünyada çabuk bir şekilde yayılmaktadır.

Felakete uğrayan toplum kısa süre içerisinde yardım amacıyla gelen insanlar, meraklılar ve medya tarafından kuşatılır. Yabancıların bu ani akını toplumu pek çok yönden etkiler. Çok sayıdaki medya temsilcisinin varlığı münasebetsiz ve duygusuz bir eylem olarak görülebilir. Toplumun normal yaşamı değişikliğe uğrar. Normal sosyal destekler gelen yabancılar tarafından zarar görür. Kaçınılmaz olarak, herhangi bir majör travma sonrası travmatik olaya ve hükümetin cevabına yol açan koşullar hakkında toplum içinde dolaşan söylentiler ortaya çıkabilir. Bazen artmış korku durumu mevcuttur. Örneğin Illinois'teki okulda ateşli silah kullanılması ile ilgili yapılan bir çalışma sonucunda olaydan sonra bir hafta boyunca, suçlunun intihar ettiği bilindiği halde, çok yoğun bir anksiyetenin devam ettiği belirlenmiştir (Schwarz ve Kowalski, 1991).

Yaralıları, ölenleri ve onların arkadaşlarıyla aileleri için üzüntü duyulması yaygın ve beklenen bir durumdur. Çiçekler, fotoğraflar, hatırlanmaya değer şeyler sıklıkla ön plana çıkar. Kiliseler, sinagoglar, tapınaklar ve camiler bu gibi trajedilerden çıkarılacak anlamla ilgili olarak toplumların arayışına yardımcı olma konusunda önemli bir rol oynarlar. Felaket yıldönümleri sıklıkla üzüntünün tekrarlanmasına yol açar.

Zaman içerisinde toplum içinde öfke kendini gösterir. Tipik olarak sorumlular üzerine odaklanma sözkonusudur. Belediye başkanları, polis ve itfaiye amirleri ve diğer toplum liderleri bu güçlü hislerin hedefi olurlar. Kendilerini olanlardan sorumlu tutan kişilerin meydana gelen kötü olayları önlemeye yönelik yapacak birşeyleri olmadığı halde, başkalarının suçlarını yüklenmeleri özellikle yıkıcı bir seyir olabilir. Ayrıca uluslar ve toplumlar hayatlarında yeni bir düzen oluşturmaya çalışırken aşırı bir tetikte olma hali ve güvensizlik hissi yaşarlar.

Yüksek riskli gruplar:

Posttravmatik stres direkt olarak hayati tehditle ve travmatik olayla karşı karşıya kalanlarda en sık görülür. Travmatik stresörlerin 'dozu' ne kadar fazla olursa, grupta yüksek oranda psikiyatrik morbidite gelişmesi o kadar muhtemeldir. Psikiyatrik hastalık daha önceden psikiyatrik hikayesi olmayanlarda bile ortaya çıkabilmektedir (North ve ark., 1999). O halde tedaviye ihtiyaç duyanların hepsinde diğer akıl sağlığı popülasyonlarının genellikle

umulan eşlik edici risk faktörleri ve başa çıkma stratejileri mevcut değildir. Her felaketin kendine özgü yönleri olmakla birlikte, bazı gruplar rutin olarak ölü ve yaralılarla karşı karşıya kalmaktadırlar ve bu sebeple psikiyatrik sekel riski taşımaktadırlar (Tablo 2). Özellikle fiziksel tehlikede olan ve olaylara doğrudan şahitlik eden erişkinler, çocuklar ve yaşlılar risk altındadırlar.

Olayla ilk karşılaşanlar, bu kişilerle bağı olanlar ve destek sağlayıcılar en büyük riski taşımaktadırlar(Wright ve Bartone, 1994). Terörist saldırılarından önce psikolojik olarak zayıf olanların etkilenme oranları da oldukça fazladır.

Tablo 2. Yüksek riskli gruplar

- Hayati tehdiide doğrudan maruz kalanlar
- Yaralılar
- Travmayla ilk karşılaşanlar
- Çocuklar
- Yaşlılar
- Kadınlar
- Önceden PTSTB tanısı olanlar
- Önceden travmaya maruz kalanlar
- Önceden veya şu anda psikiyatrik veya tıbbi hastalığı olanlar
- Destekleyici ilişkilerden yoksun olan kişiler

Yaralılara yardım eden ve onları sağlık merkezlerine ulaştıran polis, paramedik gruplar ve yaralıların bakımını üstlenen hastane personeli normal yanıtlarla ilgili eğitime, ne zaman daha ileri yardım istenmesiyle ilgili bilgiye ihtiyaç duyan gruplardır. Ayrıca her bir felaket durumu kaçınılmaz bir şekilde, 'sessiz' kurbanlar olan ve sıklıkla gözden kaçırılan kişileri de içermektedir. Maruz kalma örneklerine ve tiplerine gereken önem verilerek bu kişiler tanımlanabilir ve uygun yardım sağlanabilir.

Risk ile ilgili bilgi edinme ihtiyacı:

Terörizm ve felaketleri izleyen korku, belirsizlik ve suçlama yaygındır. Bu korkular gerçek risk hakkında eğitim ve depremde binaların yıkılması ya da biyolojik silah kullanımıyla bulaşıcı hastalık ortaya çıkması ile ilişkili risklerin nasıl azaltılacağı konusunda bilgi gerektirir. Aktif başa çıkma tekniklerinin bilinmesi kontrol ve yeterlilik hislerini arttırabilir. Özellikle biyolojik bulaşma toplumsal bağlılığı bozabilir ve komşuyla komşuyu karşı karşıya getirebilir.

Biyolojik, kimyasal ve radyolojik ajanlar gibi toksik maddelerle karşı karşıya kalma korkusu yüzlerce, hatta binlerce insanın hastanelere ve sağlık sistemine yüklenerek yardım aramasına yol açabilir. Birinin kimyasal ve biyolojik silahlara maruz kalması inancı bireyleri, gerçek maruz kalmayı umursamayarak sağlık yardımı aramaya ve yaşam tarzlarını değiştirmeye yönlendirir. Tokyo'da 11 kişinin öldüğü Aum Shinrikyo saldırısından sonra, 5000'den fazla insan varsayılan maruz kalma için yardım arayışına girmiştir (Okumura ve ark., 1998). İsrail'de Körfez Savaşı'nda bir SCUD füzesi saldırısı sonrası, kimyasal silahlara maruz kalma korkusu savaşa ilişkili 1000 acil başvurusunun yaklaşık 700'ü için sebep oluşturmuştur. (Karsenty ve ark., 1991; Bleich ve ark., 1992). Bu gibi olaylarda ihtiyaç duyulan çare arayışı fazladır ve olayla ilişkili belirsizlikler nedeniyle daha da fazlalaşmaktadır.

Bir felaket zamanında sağlık çalışanları, hükümet, yerel liderler ve halk arasında net, tam ve tutarlı bilgi değiş tokuşuna ihtiyaç duyulur. Tıbbi sağlık ve halk sağlığı çalışanları için bilim dışı insanlarla iletişim esnasında riski açıklama ve tanımlama belki de en tartışma yaratıcı durumdur. Bilimsel bilginin nakledilmesi, verilen mesajların çatışması, riskin büyüklüğü hakkındaki uyuşmazlıklar gibi zorluklar anahtar tartışma konularıdır. Hekimler, risk ve önlem alma eğitimi konusunda önem taşımaktadırlar.

Tıbbi ve davranışsal sağlık personeli halkı bilgilendirme planlarının gelişiminde önemli görevlere sahiptirler. Felaket öncesinde, sırasında ve sonrasında resmi ve resmi olmayan kaynaklardan edinilen bilgiler umutları, davranışları ve duygusal yanıtları şekillendirir (Holloway ve ark., 1997). Tanınmış ve güvenilir kaynaklar aracılığıyla birçok kanaldan tutarlı, güncellenmiş bilginin elde edilmesi yanlış bilginin halkı yanlış yönlendirmesini azaltmaktadır (Peters ve ark., 1997). Kötü haber olsa bile bilginin gerçek olması önemlidir. Güvenilir medya temsilcileri basit ve önemli mesajları, halkın endişe duyduğu konulara dikkat edip sunarak hayati bir fonksiyon görebilirler. Bu mesajlar tehdidin özelliğine ve zarardan kaçınma, yardım alma konusunda nasıl davranılması gerektiğine dair halkı eğitebilir.

Müdahale:

Normal iyileşme seyri olay hakkında diğer insanlarla konuşma, başa çıkma stratejilerini öğrenme ve yardım arayışını içermektedir (Tablo 3). PTSS için birçok tedavi yaklaşımının (psikodinamik terapi, grup terapisi, psikolojik görüşme, bilişsel-davranışsal terapi, farmakoterapi, psikososyal rehabilitasyon, evlilik ve aile terapisi) yararlı olduğu ileri sürülmektedir (Foa ve ark., 2000; Yehuda, 2002). Felakete yönelik erken psikiyatrik müdahaleler travmatik stresörlere maruz kalmayı azaltma ve travma ve felaketlere verilen

normal yanıtlar hakkında eğitim vermeye odaklanmaktadır. Yaralanmalar için tıbbi yardım arayan insanları görecekle olan sağlık çalışanlarına ve risk gruplarını tanımlama ile iyileşmenin safhalarını kavrama konusunda yardıma ihtiyaç duyan toplum liderlerine danışma da erken dönemde önem taşımaktadır. Ne zaman profesyonel yardım alınması gerektiği konusunda danışmanlık, başlangıçtaki maruz kalmadan sonra günler ve haftalar içinde meydana gelen akut semptomatolojinin ortaya çıkarılmasında yardım sağlama, psikiyatrik bozuklukların gelişimi yönünden yüksek risk taşıyanların tanımlanması ve bu kişilere tedavi ve destek sağlanması gibi daha geleneksel sağlık yardım hizmetleri toplum sağlığı açısından oldukça önemlidir.

Erken semptomlar hastaların ve ailelerinin stresin sebebini anlamalarına yardımcı olma ve daha fazla maruz kalmayı sınırlandırma (rn., travmatik olayla ilgili aşırı haber alınmasının engellenmesi), hastaların yeterince istirahat edip biyolojik ritimlerini korumalarını (rn., her gece aynı saatte uyuyarak, her gün aynı vakitlerde yemek yiyerek) tavsiye etme gibi birçok yaklaşıma genellikle yanıt vermektedirler. Erken müdahalenin önemli unsurları akıl sağlığı uzmanları ve diğer sağlık yardımı sağlayanlar tarafından temin edilebilir (Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü, 2002). Erken müdahaleler temel ihtiyaçları karşılama (güvenlik, yiyecek ve korunma), psikolojik ilkyardım, ihtiyaçları saptama, kurtarma ve iyileşme ortamının izlenmesi, bilginin yayılması, bilimsel yardım, danışma ve eğitim, iyileşmeye yardım etme; triaj ve tedaviyi içermektedir (Tablo 3).

Tablo 3. Travmadan sağ kalanlara uygulanan erken müdahaleler

1. Temel ihtiyaçlar

- Güvenlik/hayatta kalma
- Yiyecek ve barınak
- Oryantasyon
- Aile, arkadaşlar ve toplumla iletişimde olma
- Devam eden tehdit için ortamın değerlendirilmesi

2. Psikolojik ilk yardım

- Sağ kalanları daha fazla zarardan koruma
- En sıkıntılı olanlar için destek sağlama
- Aileleri bir arada tutma ve birbirini sevenlerin tekrar birleşmesini kolaylaştırma
- Bilgi sağlama, iletişim ve eğitimin gelişmesine yardım etme

3. İhtiyaçların saptanması

- Mevcut olan durumu değerlendirme, iyileşme ortamı ve grup, popülasyon, birey için hangi ek müdahalelerin gerekli olduğu

4. Kurtarma ve iyileşme ortamının izlenmesi

- En çok etkilenenlerin gözlenmesi ve izlenmesi
- Toksinler ve stresörler açısından ortamın izlenmesi
- Geçmiş ve devam eden tehditlerin izlenmesi
- Sağlanan hizmetlerin izlenmesi
- Medyanın ve söylentilerin izlenmesi

5. Bilginin yayılması

- ‘Gezerek terapi’
- Yerleşmiş toplum yapılarını kullanma
- El ilanları
- İnternet siteleri
- Medya görüşmeleri, yayınları ve programları

6. Bilimsel yardım, danışma ve eğitim

- Acil hastane personeline başvurma
- Toplum desteği ve sosyal müdahale programları sağlamak için çalışmalar oluşturma
- Travma ve kayıplara verilen normal yanıtlar hakkında tıbbi personeli ve toplum gruplarını (medya, okullar, hastaneler, şirketler) eğitme
- Tıbbi personelin psikiyatrik bozukluklarla ilgili sunumlar aracılığıyla birinci basamak hekimlerini eğitmesi: somatizasyon, üzüntü reaksiyonları, depresyon, madde kötüye kullanımı, aile içi şiddet, çocuk suistimali
- Diğer gruplara (örn., din adamları, öğretmenler/okullar, ebeveyn grupları, istihdam grupları) ve yanıt verenlere yönelik danışma ve eğitim
- Liderler

7. İyileşmeye yardım etme

- Sosyal etkileşme
- Başa çıkma yeteneklerinin öğretilmesi
- Risk değerlendirme yeteneklerinin öğretilmesi
- Stres yanıtı, travmayı hatırlatıcı durumlar, başa çıkma, anormal işlevselliğe karşı normal işlevsellik, risk faktörleri ve hizmetler ile ilişkili eğitim

- Grup ve aile müdahaleleri
- Doğal sosyal desteği arttırma
- Geriye kalanların bakımı

8. *Triaj*

- Klinik değerlendirme
- Yüksek riskli bireyleri ve grupları tanımlama
- Acil hastaneye yatırma

9. *Tedavi*

- Bireysel, aile ve grup psikoterapisi; farmakoterapi; ruhsal destek; kısa veya uzun dönem hastaneye yatırma yoluyla semptomları azaltma veya işlevselliği düzeltme

Ursano ve ark. (1995b); Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü (2002).

Psikiyatrik yardımın amaçlarından birinin, acil tıbbi yardım gerektirmeyen kişileri hasta akışından çıkararak daha zor durumdakilerin tedavisini kolaylaştırmak olduğu hatırlanmalıdır. Hastaneye yakın fakat kaostan ayrı bir yer başlangıç tedavisi ve triaj için önemlidir. Yardım için giriş noktaları olarak hizmet veren hastaneler ve diğer kurumlar psikolojik semptomları olan insanların rahatlayabileceği yerler olarak hizmet sunabilirler (Benedek ve ark., 2002).

Hastaların ve ailelerinin eğitimi de aynı zamanda onların kötüleşen ya da devam eden semptomları tanımlamasına yardımcı olabilir. Anksiyete ve ailevi çatışma yeni tehdit korkusuyla veya travmatik bir olay sonrası iş kaybının ekonomik etkileriyle tetiklenebilir. Kişiler arası geri çekilme ve sosyal izolasyon özellikle önemli semptomlardır ve sıklıkla kompleks bir travma cevabına işaret ederler. Sosyal geri çekilme normal iyileşme mekanizmalarını, örneğin 'doğal görüşme seyri'ni (Ursano ve ark., 2000), diğerleriyle konuşmayı, başa çıkma ve yardım aramayı sınırlandırma eğilimindedir. Depresyon geri çekilmeye primer katkı yapabilir ve değerlendirme ve tedavi gerektirir.

Artmış somatik semptomlar felaketler, özellikle toksik maddeye maruz kalma ((Engel ve Katon, 1999) ve ölümlerle karşı karşıya kalma (McCarroll ve ark., 2002) sonrasında sıklıkla belirtilmişlerdir ve anksiyete ve depresyonun bir ifadesi olabilirler. Bu kişilerde, eğitimle birlikte konservatif tıbbi süreç ve rahatlık medikal tedavinin özüdür. Spesifik kaygı ve korkuların konuşulması semptomları azaltabilir, daha ileri spesifik tedavi ihtiyacını ortaya çıkarabilir.

Grup görüşme teknikleri ve vaka görüşmeleri doğal felaketler ve terörizm olayları sonrasındaki dönemlerde sık kullanıldığı halde, bu görüşmelerin psikiyatrik hastalık gelişimini azalttığı veya PTSD gelişimini engellediği hakkında inandırıcı kanıtlar mevcut değildir. Yine de travmatik olaylardan sağ kurtulanlar arasındaki görüşmeler travmatik deneyim ve grup bağlılığının daha iyi anlaşılmasına yardımcı olabilir. Bu, bireysel izolasyonu azaltabilir. Daha ileri akıl sağlığı yardımına ihtiyaç duyabilen kişilerin ortaya çıkarılmasını kolaylaştırabilir (Raphael, 2000). Görüşme konuşmayı teşvik ederek, geri çekilme ile ilgili yetersizlik ve bozulmayı sınırlandırarak yararlı etkiler gösterebilir. Homojen grupların görüşmesi ve birbirinden çok farklı maruz kalma şekilleri (grupta bazılarının travmatik maruz kalma durumlarını arttırabilir) yaşayan insanları bir araya getirmeme konusunda dikkatli olma faydalı yöntemlerdir. Klinik tecrübelerden elde edilen kanıtlar bilişsel-davranışsal terapinin, travma sonrası ortaya çıkan PTSD'nin düzelmesini kolaylaştırdığını ortaya koymaktadır. Bilişsel-davranışsal terapi semptomların doğası ve evrenselliğini, semptomları arttıran faktörlerin incelenmesini (özellikle kognitif bozukluklar) ve daha ileri semptomları azaltacak yorumlayıcı tekniklerin gelişimini içermektedir. Depresyon, anksiyete ve PTSD tedavisiyle ilgili klinik tecrübeler, kısa terapötik müdahalelerin bile mevcut semptomların şiddetini ve uzun süreli morbiditenin gelişimini azaltabileceğini göstermektedir (Bryant ve ark., 1998; Foa ve ark., 2000).

SSRI ajanlarının PTSD'de etkili olduğu gösterilmiştir (Foa ve ark., 2000). Antianksiyete ilaçları gibi uyku düzenleyici ilaçların sınırlı kullanımı da semptomları hafifletebilir ve hızla normal işlevselliğe dönüşü sağlayabilir.

Travmatik olay sonrası dönemde tıbbi kaynaklar hızlı bir şekilde yetersiz kalabileceği için çeşitli erken müdahalelerin uygulanmasında yetiştirilmiş hekim olmayan kişiler (toplum çalışanları, psikiyatri hemşireleri ve Kızıl Haç gönüllüleri gibi özellikle yetiştirilmiş diğer kişiler) de etkin bir şekilde yardım sağlayabilirler. Çalışanlara uygulanan yardım programları terörizm olaylarında özel firma ya da binaların etkilenmesi durumunda önemli kaynak teşkil etmektedirler.

Sonuç olarak; insanların hayatı terörizm ve felaket karmaşası içinde kaldığında meydana gelen kaos araştırma, klinik çalışma ve toplumsal ilgi sürecinde artan bir şekilde açıklığa kavuşmaktadır. Terörizm ve felaketin sonuçlarının daha iyi anlaşılması liderlere ve sağlık çalışanlarına bu gibi olaylar karşısında yapılması gerekenleri planlamada yardımcı olacaktır. Toplumsal felaket planlarının gelişimi, tıbbi müdahale ve önleme planları, travmatik olayların ortaya çıkardığı stres durumlarında liderlerin eğitimi bireylere ve toplumlara büyük oranda yardımcı olabilir. Terörizm ve felaketin doğasına yönelik eğitim müdahale ve kaynaklar ile ilişkili bilginin arttırılması için gereklidir. Klinisyenler,

araştırmacılar ve toplum liderleri arasındaki görüşme ve karşılıklı iyi ilişkiler bu çabalar yönünden zorunluluk taşımaktadır.

TERÖRİZM VE FELAKETLER: ÖNLEME, MÜDAHALE VE İYİLEŞME

Giriş:

Terörizm ve felaketler insanlık tarihinin trajik bir parçasıdır. Su kuyularının zehirlenmesinden bu yüzyılın şarbon saldırılarına kadar terörizm benzeri felaketler yüzyıllar boyunca görülmüştür. Hem doğal hem de insanlar tarafından oluşturulan felaketler televizyon ve medya aracılığı ile daha yaygın ve açık bir şekilde öğrenilmektedir. Terörizm korku uyandıran ve toplumlarda ve uluslarda güvenliği zayıflatan bir felaket tipidir. Özellikle terörizm sadece direkt olarak etkilenenleri ve travmatik olaydan önce ruhsal bakımdan zayıf olanları değil, aynı zamanda etki bölgesinden uzakta olan ancak artmış tetikte olma, azalmış emniyet duygusu yaşayan ve hayata dair planları değişikliğe uğrayan toplum ve ulusların diğer fertlerini de etkilemektedir (Holloway ve ark., 1997; Ursano, 2002). Daha önceye ait psikiyatrik açıdan zayıflık hali bulunmayanlar bile felaketler ve terörizmle karşı karşıya kaldıklarında risk altındadırlar (North ve ark., 1999).

Liderler ve toplumlar:

Felaketler ve terörizm sonrasında liderlik rolü oldukça kritiktir. Toplum, şehir ve ulus liderleri toplumlarının duygularını dile getirme ile geleceği tasarlarlar. Liderlerdeki stres çok yüksek düzeydedir. Liderler az miktarda bilgiyle hızlı karar vermek ve riskleri, ihtiyaçları tespit etmek durumundadırlar. Özellikle çocuklar travmaya karşı oldukça savunmasızdırlar. Bazen terörist olarak eğitilirlerken bazen de kurban olmaktadır. Herhangi bir terörizm veya felaket olayının neden olduğu kaos ortamında çocukların özel ihtiyaçları sıklıkla gözden kaçırılmaktadır. Bununla birlikte, çocuklar uykularında, oyunlarında ve okullarında bunu açık bir şekilde belirtirler (Terr, 1981; Pynoos ve ark., 1987; Pynoos ve Nader, 1993; Pfefferbaum, 1999).

Bir felaketin ve özellikle terörizmin yol açtığı korku insanlar arasında ve medya aracılığıyla yayılabilir. Medya eğitim ve iyileşme için olduğu kadar travmatik olayların neden olduğu sıkıntının yayılmasında da rol oynamaktadır.

Devam eden maruz kalma durumu aşırı tetikte olmanın ve sarsılan emniyetin sürmesine neden olurken, medya ile çalışan liderler toplumlarının maruz kalmasını azaltmaya çalışabilirler veya en azından bunu özellikle felaket veya terörist saldırısı sonrası erken dönemde daha az rahatsız edici fotoğraf ve hikayelerle sınırlandırabilirler. İyileşme

aşamasındaki kişilere televizyonlarını kapamaları veya sıkıntılarını arttırabilecek yazıları okumamaları konusunda hatırlatma yapma ihtiyacı olabilir.

Bilgi farklı gruplar için farklı anlamlar taşır. Körfez Savaşı'nda savaş düzeni almak üzere yayılan ya da yayılmak üzere olan askerlerin eşleriyle ilgili olarak yapılan uzunlamasına bir çalışmada, artmış televizyon yayınları kocaları savaş alanına yayılmak üzere olan eşlerde artış gösteren sıkıntı ve kocaları önceden savaş alanına yayılmış olan eşlerde azalmış sıkıntı ile ilişkilidir (Norwood ve ark., 1992). Televizyon kanalları, kocaları İran Körfezi'nde yayılmış olanlara ülkenin normal görüldüğü, normal hayat ritmi içerisinde insanların rahatça konuştuğu, yürüdüğü ve yemek yediği konusunda verdiği haberlerle güven sağlamış olabilir. Televizyonlardaki haber yayınları, kocaları savaş bölgesine henüz yayılmakta olanlara savaşı ve sevdiklerine karşı gelişen tehdidi hatırlatmış olabilir. Medyadan edinilen bilgi, umut ve korkuyu birlikte taşımaktadır ve bir felaket ve terörizm olayını takip eden sağlık iletişim programında daima göz önünde tutulmalıdır.

Müdahaleler:

Araştırılan popülasyona ve maruz kalma derecesine dayanarak, felaketle ilgili yapılan çalışmalar %20'den %40'a uzanan aralıkta genellikle düşük gösteren değişen PTSD oranlarını göstermektedir. Kişilerarası şiddetin bir örneği olarak terörizm olayları belki de en şiddetli felaket stresörlerinden biridir. Oklahoma ile ilgili çalışmalar yüksek PTSD ve majör depresyon oranlarını ortaya koymaktadır. Felaketler ve terörizmi takip eden hizmetlerin uygun ayrılması için psikiyatrik hastalık oranlarının tanımlanması önemlidir. Dünya Ticaret Merkezi'ne yapılan saldırıyı izleyen çalışmalar Manhattan'da artmış PTSD ve majör depresyon oranlarını ortaya koymaktadır (Galea ve ark., 2002). Oklahoma'daki bombalamayla ilgili yapılan çalışmalar özellikle önceki PTSD, anksiyete bozuklukları ve majör depresyon gibi önceden psikiyatrik hastalığı olanlara benzer şekilde kadınların yüksek risk taşıdığını bildirmektedir (North ve ark., 1999). Daha önceden psikiyatrik hastalığı olmayanlar, yani popülasyonun çoğunluğu da aynı zamanda risk altındadırlar (North ve ark., 1999). PTSD veya depresyon gelişenlerin %40'ının hiç psikiyatrik problemi olmamıştır.

Psikiyatrik hastalığın geliştiği geniş çaplı felaketlerde psikiyatrik hizmetin sağlanması önem taşıyan bir sağlık konusudur (Ursano ve ark., 1995). Terörizmin ardından direkt ve indirekt maruz kalanlarda moralin düzeltilmesinde, umudun ve güvenliğin sağlanmasında daha önemli bir unsur haline gelebilir. Psikiyatrik sıkıntı ve hastalıkla acile getirilenlerin erken triajı fiziksel yaralanması olanlara travmayla ilgili yardım sağlamayı kolaylaştırma yönünden oldukça önemlidir (Benedek ve ark., 2000). Yaralananlar da yüksek psikiyatrik hastalık riski taşımaktadırlar. Depresyon felakete maruz kalmayı izleyen primer bir

bozukluğun kendisi gibi PTSS ile yaygın olarak komorbid bulunur. O halde, işyerindeki birinci basamak çalışmalarında depresyonun tanımlanmasını hedefleyen müdahale programları felaketleri ve terörizmi takip eden halk sağlığı müdahalesi için etkin bir strateji olabilir.

Toplumun iyileşmesine yardım etme açısından felaket ve terörizm sonrası organizasyonel müdahaleler çok önemli olabilir. Liderler beklenen kişi yanıtları, iyileşme safhaları, iyileşme zamanı, yüksek riskli grupların tanımlanması ve geri kalanların izlenmesi, rahatlama, liderlik stresi hakkındaki görüşmeleri faydalı bulurlar. Bu prensipler yönetim müdahaleleri olarak tüm toplumlara uygulanabilir. Travmatik olaylara maruz kalmayı sınırlayan, normal ve beklenen yanıtları öğreten ve aktif başa çıkma yöntemleri konusunda cesaret sağlayan müdahaleler olay sonrası negatif hayat şartlarını azaltmaktadır ve ayrıca terörizm ve felaketi takip eden stresi azaltabilir. Olay sonrası negatif hayat şartları travma ve felaketin ardından akıl sağlığı problemlerini hızlandırabilir ve arttırabilir. New York'ta Dünya Ticaret Merkezi'ne yapılan saldırı sonrasında ekonomik olumsuzluklar, kaybedilen işler, sevilen birisini kaybetme gibi sorunlar stresör olarak ortaya çıkmışlardır (Vlahov ve ark., 2002).

Çalışana yardım planları ile ilgili çalışmalar en fazla maruz kalanlara ulaşma, iyileşmeyi destekleme ve istirahat, rahatlık, aile desteği sağlama konusunda organizasyonel müdahaleler sunma açısından önemli olabilir. Rapor edilen artmış madde kullanımı bozuklukları bulunmamış olduğu halde (North ve ark., 1999), felaket ve terörist saldırıları sonrasında artmış alkol ve sigara kullanımı yaygın olarak belirtilmiştir (Vlahov ve ark., 2002). Alkol ve sigara kullanımını arttıran davranışsal değişiklikler kaza ve aile içi şiddet gibi sağlık problemleri riskini de arttırmaktadır. Bozukluk sınıflandırmasına ulaşmayan bu gibi davranışsal değişiklikleri tanımlama özellikle hedeflenen yüksek riskli gruplarda (örn., itfaiyeciler, polis) iyileşmeyi kolaylaştırabilir.

Hayatta kalanların büyük çoğunluğu en yaygın kullanılan başa çıkma metodunun güvenilen diğer insanlarla konuşmak olduğunu belirtmektedir. Aileler ve iş gruplarına verilen desteğin kolaylaştırılması iyileşme süreci açısından önemlidir (Ursano ve ark., 2000). Resmi görüşme sıklıkla yapılır; bununla birlikte, faydası ampirik olarak rapor edilmemiştir (Foa ve ark., 2000; Raphael ve Wilson, 2000). Gerçekte, bazı çalışmalar görüşme yapılanlarda semptomların arttığını ortaya koymuştur. Homojen olmayan gruplarda yapılan görüşmeler büyük oranda farklılık gösteren maruz kalmalarla ilgili anlatılanlar nedeniyle kişilerin travmatik deneyimlere maruz kalmasını arttırabilir. Benzer şekilde, konuşma ve paylaşmayı içeren doğal bir görüşme sürecini devam ettirmek üzere bir arada olamayan grupların görüşmesi birlikte yaşamaya ya da çalışmaya devam eden gruplardakine göre çok farklı

olabilir. Görüşme, ek bakım için hastaneye yatırma gibi erken triaj, eğitim ve doğal görüşmenin konuşma sürecinin başlatılmasını kolaylaştırabilen entegre bir müdahale programında bir unsur olarak hizmet edebilir. Direkt olarak psikiyatrik hastalığı önleyemediği halde, işlevselliğin geri kazanılmasına yardım eden müdahaleler önemli olabilmektedir. Felaketler ve terörizm sonrası elde edilen pek çok sonuç önem taşımaktadır ve çeşitli müdahale tipleri için araştırılmaya ihtiyaç duymaktadırlar. Örneğin, kolu kırılan bir hastaya analjezik uygulanması kırılan kemiğe yönelik bir tedavi olduğu tartışılmayacağı halde, ağrıyı ve hareketsizliği sınırlandırarak kolun erken kullanımını sağlayabilir. Görüşmenin etkileri de hareketsizliği azaltma (örn., çalışma yoksunluğu) gibi benzer olabilir.

Kayıp durumu hayati tehlide maruz kalmadan farklıdır ve farklı müdahaleler gerektirir. Sıklıkla dini kurumlar bununla ilgili olarak iyilik durumu sağlanmasında büyük rol oynarlar. Ayrıca depresyon gelişebilecek ve psikoterapiden ve/veya medikasyondan fayda görebilecek kişileri tanımlama bu popülasyonda önemlidir. Felaket ve terörizm sonrası psikolojik problemler için en erken dönemde yapılan müdahalenin genelde faydalı olduğu gösterilememiştir (Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü, 2002). O süre boyunca, insanların kognisyon, his ve sosyal desteklerini tekrar düzenleme süreçlerini başlatacak zaman ya da duygusal güçleri yoktur. İyileşme süreci ve umudun yenilenmesi başlangıcında istirahatın, rahatlığın, arkadaşlar ve sevilen kişilerle konuşmanın sağlanması üzerine odaklanan erken müdahaleler belki de en önemlisidir.

Felaketler ve terörizme maruz kalan popülasyonlar:

Büyük popülasyonlar felaketlere ve terörizme maruz kaldığında psikiyatrik hastalık gelişen kişiler kadar sıkıntıda olanlar için de yardım sağlamak ve bu toplulukları organize etmek amacıyla büyük kaynaklara ihtiyaç duyulur. Felaket ya da terörist saldırısından sonra erken dönemde kaynak kullanımı mevcuttur ve sağlık yardımı kapasitesi bunun için hazır olmalıdır. Sıkıntılı olanların triajı fiziksel olarak yaralı olanların idare edilmesi açısından önemlidir. Bununla beraber, akıl sağlığı hizmetleri ihtiyacı ilk anlarda veya ilk saatlerde bile en yüksek noktaya ulaşmamakla birlikte haftalar ya da aylar sonrasında pik yapabilir. Polis, asker ve itfaiyeciler gibi travmalara ve felaketlere maruz kalması beklenen popülasyonlardaki ruhsal bakımdan kolay yaralanma durumuna dair tarama işe yarar bulunmamıştır. Tersine, uygun triaj ve tıbbi değerlendirme ile travmaya maruz kalma sonrası yapılan tarama yüksek kronik psikiyatrik hastalık gelişme riskinde olanları ortaya çıkarabilir. Bu türlü tarama programlarından elde edilen fayda testler, tanısallık prosedürler ve potansiyel tedavi ile meydana gelmesi mümkün olan fiziksel ve psikolojik zararlar ile daima birlikte değerlendirilmelidir (Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü, 2002).

Toplumun felaketlere ve terörizme maruz kalması sonrasında birinci basamak çalışanlarının rolü büyüktür. Birinci basamak çalışanlarıyla işbirliği yapan akıl sağlığı hekimleri çok sayıdaki insana hizmet sağlama açısından önemli bir modeldir. Kronik semptomlu hastalar en iyi yanıtı konservatif tıbbi yaklaşım ve eğitimin primer rol oynadığı düzenli görüşmeler yapacak tek bir birinci basamak hekimine verirler. Akıl sağlığı ile ilgili görüşmelerin ve psikiyatrik sağlık bakımı çalışanlarının mevcudiyetinin, travmatik olaylarla karşılaşmaların iyileşmesini kolaylaştırdığı görülmektedir.

Sağlık yardımını sağlayan ve planlayan kişiler iyileşme safhasından çok, özellikle akut etki üzerine odaklanarak toplumdaki terörist saldırısı veya felaketin etki süresini tam olarak tahmin edemezler. Etki safhasının bu şekilde aşırı vurgulanması felaketin ortaya çıktığı toplumlardaki değişen ekonomik durum, sosyal yapılanma ve iş kayıpları ile ilişkili yeni hayat olaylarını kapsayan önemli iyileşme unsurlarının ihmal edilmesine yol açar. Bu gibi felaket sonrası olaylar psikolojik sıkıntı ve kişilerin ve toplumların sağlığı üzerinde büyük etkiye sahiptir (Epstein ve ark., 1998; Vlahav ve ark., 2002).

Doğal felaketler ve terörist saldırılarında görüldüğü gibi teknolojik felaketler aynı problemlerin çoğunu ortaya koymaktadır. Kontaminasyon ve kontaminasyon korkusu pek çok teknolojik felaketin önemli bir yönüdür. Geniş popülasyonların teknolojik felaketlere maruz kalması kontaminasyon hakkında kaygı duyan popülasyonlarda sağlık bakımı uygulamalarını geliştirmek üzere uygun programları oluşturma fırsatını sağlamaktadır. Biyoterörizme verilen davranışsal ve psikolojik yanıtların daha iyi anlaşılması amacıyla ‘maruz kalmaya inanç’ konularının belirlenmesi önem taşımaktadır. Biyoterörizm sonrasında insanlarda açıklanamayan somatik semptomlar (sıklıkla tıbbi veya multipl idiyomatik fiziksel semptomlar ya da multipl veya modifiye edilmiş açıklanamayan fiziksel semptomlar) görülebilir. Hekimler eğitim ve bilgilendirme için okullar, dini kurumlar ve medya ile birlikte çalışma ihtiyacındadırlar.

Sonuç olarak; geçen on yılda elde edilen bilgiler kişisel, toplumsal ve uluslararası seviyelerde önleme programları ve tedavi müdahaleleri için yol gösterici olabilir. 11 Eylül’deki terörist saldırısının uluslararası etkisi, travmatik olaylara psikolojik ve davranışsal cevapları kavramada pek çok yol katedildiği halde, gelecekte karşılaşacağımız her olayı ciddiyetle ele almamız ve çağımızı belirleyen travmatik olaylara insanların verdikleri yanıtların daha iyi anlaşılması amacıyla kullanmamız gerektiğini hatırlatmaktadır.

POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞUNDA KOMORBİDİTE

Komorbidite kavramı iki veya daha fazla hastalığın birlikte bulunması durumunu ifade etmektedir. Blank'ın PTSD'deki komorbidite ile ilgili olarak tanımladığı "kaskat modeli"ne göre PTSD ayrı bir psikiyatrik durum olmamakla birlikte, esas travma PTSD şeklinde başlamakta ve zamanla semptomlar veya sendromlar değişerek PTSD'nin seyri esnasında üzerine yerleşip PTSD'nin heterojenite kazanmasına yol açmaktadırlar (80). PTSD ile komorbid psikiyatrik bozukluklar olarak depresyon, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı ve kişilik bozukluklarının ön plana çıktığı görülmüştür (74). Komorbiditenin ortaya çıkışıyla ilgili ileri sürülen hipotezlerde komorbid durumların PTSD'nin komplikasyonu olduğu; PTSD semptomlarının sürmesine ve gelişmesine katkıda bulunduğu; travmatik olayların sekellerinden bağımsız olduğu belirtilmektedir (82).

Keane ve Wolfe majör depresyonda görülen suçluluk duyguları, uyku bozuklukları, konsantrasyon güçlüğünün ve diğer anksiyete bozukluklarında karşımıza çıkan aşırı uyarılmışlık, kaçınma, panik atak gibi semptomların PTSD'de de görülmesinden dolayı göze çarpan bir semptom ortaklığı olduğunu belirtmişlerdir. PTSD gelişen kişiler emosyonel acılarını azaltabilmek için alkol ve madde kullanımına başlayabilmekte, kısa sürede kendi kendilerini iyileştirme çabasına girebilmektedirler. Saladin ve arkadaşları alkol ve madde çekilme semptomlarının PTSD semptomlarını taklit ettiğini ve bunun, iki bozukluk arasındaki komorbiditenin yüksek oranda görülmesinde katkı sağladığını belirtmişlerdir (83).

Tetikte olma hali, aşırı irkilme tepkisi, irritabilite gibi PTSD semptomları yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) semptomları ile ortaklık göstermektedir. Duygulanımda kısıtlılık, uyku problemleri, ilgi kayıpları gibi semptomlar ise PTSD ve majör depresyondaki ortak semptomlardır. Travmatik olayın rahatsız edici olması sebebiyle, PTSD'de bu olayı anımsatan durumlarla karşılaşıldığında panik atak sık olarak ortaya çıkmaktadır (84).

Travma öncesinde mevcut olan psikiyatrik bozukluklar PTSD'nin ortaya çıkması yönünden risk faktörü özelliği taşımakta ve PTSD ile komorbid psikiyatrik bozuklukların yüksek oranda görülmesinin nedeni olabilmektedir. Kessler ve arkadaşları madde kötüye kullanımı olanlarda yaşam tarzları nedeniyle pek çok travmaya maruz kalma durumuna bağlı olarak PTSD geliştiğini ileri sürmüşlerdir. Psikolojik ve davranışsal sorunlar PTSD'nin ortaya çıkma riskini arttırmaktadır. Büyük stresörlere maruz kalınması durumunda psikiyatrik bozuklukların gelişmesi açısından sosyal ve ailesel yatkınlık, genetik yapı da önem taşıyan risk faktörleridir (85). Komorbidite, PTSD tanısı alan kişilerin, farmakolojik ve psikoterapötik tedavi şekillerine daha fazla direnç göstermesine sebep olmaktadır. Madde kötüye kullanımı travmanın sağlıklı olarak çözümlenebilmesine olumsuz etkide bulunabilmektedir (86).

1. PTST ve affektif bozukluklar: Yapılan araştırmalarda majör depresyon ve distiminin PTST ile birlikteliği tespit edilmiş olup PTST'ye en sık eşlik eden tanının majör depresif bozukluk olduğu bulunmuştur. Bu iki bozukluğun pek çok ortak semptomunun olması ayırıcı tanıda zorluklara yol açabilmektedir (70). Travma nedeniyle fiziksel yaralanma ve hospitalizasyon, travma sonrasında majör depresyon gelişimi açısından önem taşımaktadır (84). PTST ve depresif bozuklukların ön plana çıkan ortak semptomları konsantrasyon güçlüğü, istek ve ilgi kayıpları, uyku bozukluğu, sosyal izolasyon, kaçınma ve ie çekilmedir. Bu semptomların travmanın ardından görölmesi PTST'nin en önemli ayırıcı özelliğidir. Ancak ocukluk çağında travma veya birden fazla sayıda travma yaşamış olma durumunda semptomların başladığı zamanın tespit edilmesi ve bunların ayırımı zor olabilmektedir. PTST ve depresif bozukluğun birlikteliği bunu daha da zor kılmaktadır. Semptomların ayrı ayrı değerlendirilmesi yoluyla bu bozukluklar birbirinden ayırđedilebilir. Uzamış PTST'ye sekonder depresyon gelişmesinin PTST ve depresyonun birlikte bulunmasına yol açabileceği de ileri sürölmüştür. Bunun yanısıra, travmadan önce majör depresyonun olması travma sonrasında PTST gelişimine yatkınlığı arttırmaktadır. Depresyon ve PTST birbiriyle ilişkisi olan fakat travmaya yanıt yönünden birbirinden bağımsız olduğu belirtilen bozukluklardır. Komorbidite saptanan kişilerde işlevsellikte daha fazla düşme ve semptom şiddetinde daha fazla artış ortaya çıkmaktadır. Travma öncesinde depresyon mevcudiyeti travma sonrasında depresyonun daha yüksek seviyede görölebileceğine işaret eder (85). Çocukluk ağında görölen mani travmaya maruz kalma ve PTST için risk faktörüdür. Bipolar bozuklukta özellikle manik epizodda travmaya yol açabilecek riskli durumların ortaya çıkabileceği belirtilmiştir.

2. İntihar eğilimi: Majör depresyonun birlikte olduğu ya da olmadığı PTST olgularında intihar riski yüksektir. Wonderlich ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, intihar girişiminde bulunan kişilerin %91'inde en az bir psikiyatrik tanı bulunduğu ve intihar açısından en riskli grubun PTST tanısı alanlar olduğu belirtilmiştir. Komorbid depresyonu olan PTST olgularındaki intihar düşüncesi depresyonu olmayan PTST olgularına göre daha yoğundur (84).

3. PTST ve anksiyete bozuklukları: Obsesif-kompulsif bozukluğun dahil edilmediği Ulusal Komorbidite alışması'nda komorbid anksiyete bozuklukları olarak en sık basit ve sosyal fobi görölmüştür ve PTST tanılı erkeklerde PTST'li kadınlara göre daha çok komorbid anksiyete bozukluğu olduğu tespit edilmiştir. Sosyal fobi, spesifik fobi, agorafobi PTST'nin tüm kaçınma semptomları ile ortaklık göstermektedir. Derealizasyon, depersonalizasyon, kontrolü kaybetme korkusu, artmış uyarılmışlık semptomları PTST ve panik bozuklukta görölen özelliklerdir. Konsantrasyon güçlüğü, huzursuzluk, uyku bozukluğu bütün anksiyete

bozukluklarında sık görülmektedir. Travmanın türü, travma nedeniyle fiziksel yaralanmanın büyüklüğü, travma esnasında kontrol kaybı yaşama, erken yaş gibi faktörler PTSB'den başka yeni bir anksiyete bozukluğunun ortaya çıkmasının en iyi belirleyicilerindedir (74).

Panik bozukluktaki korku ve kaçınma göğüs ağrısı, kalp krizi geçirme korkusu gibi fiziksel semptomlarla ilişkiliyken PTSB'de travmayı anımsatan durumlarla ilişki göstermektedir. Panik travmatik olay ile aynı zamanda başlamakta ve PTSB'nin kronikleşmesi durumunda savaş tutsaklarında ortaya çıkan klostrofobi gibi fobik semptomlar görülmektedir. Sevilen birinin yaralanmasına tanık olma, travma nedeniyle fiziksel yaralanma PTSB'de agorafobi oluşmasında risk faktörüdür. PTSB ve agorafobili panik bozukluk birlikteliğinde PTSB tedavisi sırasında panik ve agorafobi semptomları gözden kaçarsa veya tersi durumda çok düşük bir tedavi etkisi ortaya çıkabilir (74). Travmadan sonra yaşanan çevresel destek eksikliğinin sosyal anksiyete ile ilgili olduğu düşünülmektedir (84).

4. PTSB ve madde kullanım bozukluğu: PTSB olgularında madde kullanımıyla kişilerin kendi kendilerinin tedavi etmeye çalıştıkları (self medikasyon) görülebilmektedir. Madde kullananlar riskli bir hayat tarzına sahip oldukları için daha fazla travmayla karşılaşmaları sonucunda daha fazla PTSB geliştirdikleri belirtilmektedir (87). Ayrıca madde kullanım bozukluğu olanlarda başa çıkma stratejilerinin daha zayıf olması ve beyinlerindeki nörokimyasal değişimlerin yetersizliği nedeniyle, travma sonrasında daha sık PTSB gelişebilmektedir. Madde kullananlarda PTSB seyri daha kötüdür ve PTSB tedavi sonucu da olumsuz olarak etkilenir. Yapılan bir çalışmaya göre PTSB ve madde bağımlılığı komorbiditesi olanlarda madde bağımlılığı tedavisi daha az yarar sağlamıştır. PTSB ve madde kullanım bozukluğu eş zamanlı olarak tedavi edilmelidir. İlaç tedavisiyle birlikte bu iki bozukluğun semptomlarına yönelik bilişsel davranışçı terapinin fayda sağladığı görülmüştür (81).

5. PTSB ve psikotik bozukluklar: Mueser ve arkadaşları kronik mental hastalığı olan kişilerle yaptıkları bir çalışmada bu kişilerin %43'ünün PTSB kriterlerini doldurduğunu fakat bunlardan yalnızca %2'sinde PTSB tanısının belirtildiğini ortaya koymuşlardır. Sonuç olarak psikotik bozukluğa odaklanma, PTSB semptomlarının gözden kaçırılıp tedavi edilememesine yol açmaktadır. Psikotik hastalar bilişsel kapasitelerinin zayıflığı, içinde buldukları yaşam koşullarının stabil olmaması ve kişilerarası ilişkilerinin yetersizliği nedeniyle PTSB geliştirme açısından çok büyük risk taşımaktadırlar (84). PTSB ve psikotik bozukluk komorbiditesine sahip olanlarda psikotik semptomların daha fazla olduğu belirtilmiştir. Travmatize edici olarak algılanan perseküsyon hezeyanları, kontrol edilme, düşünce sokulması, düşünce çekilmesi düşünceleri, görsel hallüsinasyonlar en sıkıntı verici psikotik semptomlardır. Hamner ve arkadaşları PTSB tanısı olanlarda psikotik semptomların varlığı ile PTSB

semptomlarının şiddeti arasında pozitif bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Ayrıca psikotik semptomlu PTSD'lerde kaçınma semptomunun daha ön planda görüldüğü belirtilmiştir.

6. PTSD ve dissosiyatif bozukluklar: PTSD ve özellikle çocukluk çağındaki ağır travmalar ile ilgili belirtilen semptomlar içinde en yaygın olanı dissosiyasyondur. Travmanın ağır olması, erken yaşta olması ve PTSD'nin şiddetine bağlı olarak dissosiyatif semptomların devam ettiği tespit edilmiştir. Travma sırasında görülen dissosiyatif bir semptom olan peritratmatik dissosiyasyon PTSD gelişimini ve şiddetini belirleyen çok önemli bir prognostik faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (84).

7. PTSD ve yeme bozuklukları: PTSD semptomları ile yeme bozukluğu semptomları ortak olmamakla birlikte semptomlar arasında anksiyete, depresyon, dissosiyasyon ile belirgin bir ilişki olduğu gözlenmektedir. Çocukluk çağı cinsel istismarının olması bulimia nevrozanın yanısıra anksiyete bozuklukları, majör depresyon, kişilik bozuklukları ve madde kötüye kullanımı gibi komorbid psikiyatrik bozuklukların daha yüksek oranda görülmesine sebep olmaktadır. Rorty ve Yager travmaya maruz kalan kişilerin içinde buldukları çaresizliği ince ve güzel görünme şeklindeki zihinsel meşguliyet ile yenmeye çalıştıklarını belirterek yeme bozukluğu ve travma arasındaki ilişkiyi tanımlamaya çalışmışlardır (84).

METOD

Bu çalışma, İstanbul'da 15 Kasım 2003 tarihinde Kuledibi'ndeki Neve Şalom Sinagogu ve Şişli'deki Beth İsrail Sinagogu ile 20 Kasım 2003 tarihinde Levent HSBC Genel Müdürlüğü ve Beyoğlu'ndaki İngiltere Başkonsolosluğu'nu hedef alan terörist saldırılarıyla ilişkili patlamaları yaşayan veya patlama anını yaşamayıp işyeri ya da evi bu bölgelerde olduğu için patlamaların hemen ardından olay mahalline gelen insanlarla yapılan görüşmeler ile gerçekleştirilmiştir. Patlamalardan yaklaşık 16 ay sonra 2005 yılı Mart ayında başlayan çalışmaya 150 kişi alınmış ve çalışmanın amacı hakkında bilgilendirildikten sonra gönüllü olarak katılımları dikkate alınmıştır. Görüşmeler bu kişilerin izinleri alındıktan sonra işyerlerinde veya evlerinde yapılmıştır. Katılımcılar yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak Mini Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (M.I.N.I.) programı ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tespit Anket Formu ile değerlendirilmiştir. Ziyaretler esnasında orada olmayan ancak ziyaret edilen yerde yaşadığı ya da çalıştığı öğrenilen kişiler hakkında bilgi edinilerek daha sonraki ziyaretlerle bu kişilerin bir kısmına ulaşılmıştır. Ayrıca patlama nedeniyle veya sonrasında işyeri değişikliği yaşayanların işyeri adresleri öğrenilerek yeni çalışma yerlerinde ziyaret edilmişlerdir.

MATERYAL

Mini Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (Mini International Neuropsychiatric Interview, M.I.N.I.):

M.I.N.I. DSM-IV ve ICD-10'daki ana Eksen I psikiyatrik rahatsızlıkları için düzenlenmiş kısa yapılandırılmış bir mülakattır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları M.I.N.I.'nin DSM-III-R için hazırlanmış SCID-P ve CIDI (Dünya Sağlık Teşkilatı tarafından ICD-10'u kullanan uzman olmayan görüşmeciler için geliştirilmiş yapılandırılmış bir mülakat) ile karşılaştırılmasıyla yapılmıştır. Bu çalışmaların sonuçları M.I.N.I.'nin kabul edilebilir seviyede yüksek güvenilirlik ve geçerlilik skorları olduğunu, ancak yukarıda atıfta bulunulan araçlardan çok daha kısa bir sürede (ortalama 18.7 ± 11.6 dakika, medyan 15 dakika) uygulanabileceğini göstermektedir. Klinisyenler tarafından kısa bir eğitim oturumu sonrasında kullanılabilmeyle birlikte uzman olmayan görüşmecilerin daha yoğun bir eğitime ihtiyaçları vardır.

M.I.N.I. her biri diagnostik bir sınıflandırmayla uyum gösteren, harflerle birbirinden ayrılmış modüllere bölünmüştür. Toplam 16 modül mevcuttur. Her bir diagnostik modülün başlangıcında (psikotik bozukluklar modülü hariç) bozukluğun ana ölçütleriyle uyumlu tarama

soruları gri kutu içinde ifade edilmiştir. Her bir modülün sonundaki diagnostik kutu(lar), klinisyenin diagnostik ölçütlerin karşılanıp karşılanmadığını belirtmesini mümkün kılmaktadır.

Görüşmeyi olabildiğince kısa tutmak amacıyla, hastanın, psikolojik problemler ile ilgili olarak evet ya da hayır cevabını gerektiren çok kesin sorular içeren, alışılmıştan daha yapılandırılmış bir klinik görüşme yapılacağı konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bütün sorular değerlendirilmekte ve değerlendirme her bir sorunun sağındaki Evet veya Hayır'ın daire içine alınması ile yapılmaktadır. Tepkilerin kodlanmasında değerlendirmeciye göre klinik yargı kullanılmakta ve değerlendirmeci doğru kodlamayı sağlamak için ihtiyaç duyulduğunda örnekler istemektedir.

M.I.N.I. David V. Sheehan (University of South Florida) ve Yves Lecrubier (L'Hôpital de la Salpêtrière-Paris) tarafından geliştirilmiş olup A. Engeler tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir (Türkçe Uyarlama 5.0.0). Önceki versiyonların çevirmenleri T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip'tir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tespit Anketi Formu:

Bu form 52 sorudan oluşmaktadır. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, varsa çocuk sayısı ve yaşları gibi sosyodemografik özellikler ile ve PTSS tanı kriterleri ile ilgili soruları içermektedir. Bunların yanısıra görüşülen travma mağdurlarının travmayı yaşantılama biçimine (patlamada mahsur kalma ve süresi, yakınlarından yaralanan veya ölenlerin olup olmaması, evlerinde/işyerlerinde hasar derecesi v.b.) ve aldıkları tedavilere yönelik soruları da kapsamaktadır.

İstatistiksel Yöntem:

Bu çalışmanın istatistiksel değerlendirilmesi SPSS for Windows Release 11.5.0 (Statistical Package for Social Sciences for Windows Release 11.5.0) adlı paket programın kullanılmasıyla yapıldı. Oranlar çıplak rakamlarla ve yüzdelerle belirtildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p \leq 0,05$ olarak belirlendi. Ki-kare ve bağımsız Student-T testleri kullanıldı.

BULGULAR

Tablo 1: ÇALIŞMAYA KATILANLARIN YAŞ DAĞILIMI

N	MİNİMUM YAŞ	MAKSİMUM YAŞ	YAŞ ORTALAMASI	SS
150	18	86	36,26	12,5

Çalışmamıza katılan travma mağdurları 18-86 yaşlar arasında dağılım gösteriyordu ve yaş ortalaması $36,26 \pm 12,5$ idi (Tablo 1).

Tablo 2: ÇALIŞMAYA KATILANLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

	N (150)	%
Cinsiyet		
Kadın	36	24,0
Erkek	114	76,0
Eğitim		
Eğitimsiz	1	0,7
İlk-orta	65	43,3
Lise	61	40,7
Üniversite	23	15,3
Medeni Durum		
Bekar	48	32,4
Evli	95	64,2
Dul/Boşanmış	5	3,4
Bilinmeyen	2	

Çalışmamıza katılanların %76 (N=114)'sı erkek, %24 (N=36)'ü kadındı. Eğitim durumunda ilk-ortaokul mezunlarının oranı ve medeni durumda evli olanların oranı yüksek bulundu (Tablo 2).

Tablo 3a: PATLAMAYLA İLGİLİ ÖZELLİKLER

	N	%
Patlamayla ilgili düşüncelerin gün içerisinde kapsadığı süre		
Yok	88	58,7
Hafif, günde 1 saatten az veya seyrek	56	37,3
Orta, günde 1-3 saat veya sık	5	3,3
Ciddi, günde 3-8 saat veya çok sık	1	0,7
Patlama esnasında hamilelik	1	2,8
Patlamadan sonra doğum yapma	1	2,8
Patlamanın patlama bölgesinde yaşanması	131	87,3
Patlamada mahsur kalma	3	2,0
Patlamada mahsur kalma süresi (1-8 saat)	3	2,0
Yakınlar arasında ağır yaralanan(lar) (komşular ve akraba)	103	68,7
Yakınlar arasında ölen(ler) (komşular ve akraba)	89	59,3
Yaralananları kurtarma çalışmalarına katılma	55	36,7
Yaralananları kurtarma çalışmalarında kurtarılanlar		
Komşular ve akraba	27	18,0
Tanımadığımız kişiler	14	9,3
Komşular ve akraba, tanımadığımız kişiler	14	9,3
Evde/işyerinde hasar		
Hasarsız	9	6,0
Hasarlı ve onarılacak	2	1,3
Hasarlıydı ve onarıldı, onarım yeterli	136	90,7
Hasarlı ve kullanılmaz durumda	1	0,7
Hasarlıydı, yıkıldı	2	1,3
Patlamadan sonra eve/işyerine dönme süresi		
Hemen dönenler	53	35,6
1-7 gün	56	37,6
8-30 gün	16	10,7
30 günden fazla	24	16,1
Bilinmeyen	1	

Tablo 3b: PATLAMAYLA İLGİLİ ÖZELLİKLER

Benzer terör eylemlerinden etkilenme		
Etkilenmeyenler	2	1,4
Hafif derecede etkilenenler	11	7,5
Orta derecede etkilenenler	99	67,3
İleri derecede etkilenenler	28	19,0
Aşırı derecede etkilenenler	7	4,8
Bilinmeyen	3	
Patlama beklentisi varlığı	93	62,4
Patlama beklentisi varlığında alınan ve alınması düşünülen önlemler		
Hiç önlem almayanlar	125	87,4
Yaşadığı/çalıştığı yeri güvenlik açısından araştırma	1	0,7
Patlama esnasında neler yapılacağı konusunda eğitim	1	0,7
Bulunduğu yeri kendine göre daha güvenli hale getirme	15	10,5
Yaşadığı/çalıştığı yerleşim merkezinden taşınma	1	0,7
Bilinmeyen	7	

Tabloda, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tespit Anketi Formu'nda patlamayla ilgili soruların 150 travma mağduruna yöneltilmesiyle elde edilen veriler sunulmaktadır. 88 kişi gün içerisinde patlamayla ilgili düşüncelerin hiç zamanlarını almadığını (%58,7); 131 kişi patlamaları patlamaların olduğu bölgelerde yaşadıklarını (%87,3); 103 kişi komşu ve akrabalarının patlamalar sırasında yaralandığını (%68,7); 89 kişi komşu ve akrabalarından ölenler olduğunu (%59,3) belirtmişlerdir. Ayrıca 136 kişi yaşadıkları/çalıştıkları evlerinde/işyerlerinde hasar oluştuğundan ve buralar onarıldıktan sonra onarımın yeterli olduğunu vurgulamışlardır (%90,7). Patlamalar sonrasında eve/işyerine dönme süresi en sık 1-7 gün olarak belirtilmiştir (%37,6). Benzer terör eylemlerinden etkilenme en sık olarak orta derecede etkilenme şeklinde (%67,3) ortaya çıkarken 93 kişide patlama beklentisi olduğu tespit edilmiştir (%62,4). 125 kişi gelecekte olabilecek patlamalara karşı önlem almadıklarını (%87,4) bildirmişlerdir (Tablo 3a ve 3b).

Tablo 4: TRAVMA ÖYKÜSÜ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİN DAĞILIMI

	N	%
Daha önceden yaşanan travmatik deneyimler		
Yaşamayanlar	35	23,3
Doğal afet (deprem, sel)	69	46,0
Ciddi kaza (trafik, iş)	14	9,3
Cephe yaşantısı, patlama	1	0,7
Doğal afet (deprem, sel)+Ciddi kaza (trafik, iş)	20	13,3
Doğal afet+Sevilen birinin ani veya beklenmedik ölümü	5	3,3
Doğal afet+Ciddi kaza+Sevilen birinin ani veya beklenmedik ölümü	1	0,7
Doğal afet (deprem, sel)+Cephe yaşantısı, patlama	3	2,0
Doğal afet+İşkence görme, mültecilik, rehin alınma	1	0,7
Ciddi kaza+Sevilen birinin ani veya beklenmedik ölümü	1	0,7
Önceki travma		
Önceden travma yaşamış olma durumu	115	76,6
Doğal afet	99	66,0
Trafik/iş kazası	36	24,0
Cephe yaşantısı	4	2,7
İşkence	1	0,7
Sevilen birinin ani veya beklenmedik ölümü	7	4,7

Daha önceden yaşanan travmatik deneyimler içerisinde en sık olarak göze çarpan, doğal afetlerdir (%66). 150 travma mağdurunun 115'i önceden travma yaşamış olduklarını belirtmişlerdir (%76,6) (Tablo 4).

Tablo 5a: ÇALIŞMAYA KATILANLARIN ALDIKLARI TEDAVİ

	N	%
Patlamayla ilgili sorunları için psikiyatrik tedavi görenler	6	4,0
Patlama ile tedavinin başlangıcı arasındaki süre		
Patlamadan sonraki iki hafta içinde	3	60,0
Patlamadan sonraki iki hafta ile üç ay arasında	2	40,0
Tedavinin süresi		
2 haftadan kısa	1	16,7
2 hafta ile 3 ay	4	66,7
3 ay ile 6 ay	1	16,7
Patlamadan sonra herhangi bir ilaç tedavisi görme		
İlk 3 ay	5	3,4
Bilinmeyen	1	
Hala herhangi bir psikiyatrik tedavi görme	6	4,0
Hala herhangi bir ilaç tedavisi görme	7	4,7
Hala uygulanan herhangi bir ilaç tedavisinde kullanılan ilaç(lar)		
SSRI	2	40,0
SSRI+Diğer	1	20,0
SSRI+Mirtazapin	1	20,0
SSRI+Benzodiazepin	1	20,0
Hala uygulanan herhangi bir ilaç tedavisinde kullanılan ilaç(lar)ın dozu (minimum etkin doz)	5	100,0
Hala uygulanan herhangi bir ilaç tedavisinin süresi		
6 aydan az	4	66,7
2 yıl ve üzeri	2	33,3
Hala psikoterapi görme	1	0,7
Hala uygulanan psikoterapinin süresi (6 aydan az)	1	100,0
Hala uygulanan psikoterapinin sıklığı (ayda bir)	1	100,0
Başka sorunlar için daha önce psikiyatrik tedavi görme	19	12,7
Geçmişte herhangi bir ilaç tedavisi görme	17	11,3

Tablo 5b: ÇALIŞMAYA KATILANLARIN ALDIKLARI TEDAVİ

	N	%
Geçmişte uygulanan herhangi bir ilaç tedavisinde kullanılan ilaç(lar)		
SSRI	1	8,3
Trisiklik antidepresan	2	16,7
Benzodiazepin	1	8,3
Diğer	2	16,7
SSRI+Diğer	1	8,3
SSRI+Trisiklik antidepresan	1	8,3
SSRI+Antipsikotik	1	8,3
Antipsikotik+Diğer	1	8,3
Antipsikotik+Trisiklik antidepresan	1	8,3
Benzodiazepin+Diğer	1	8,3
Geçmişte uygulanan herhangi bir ilaç tedavisinde kullanılan ilaç(lar)ın dozu		
Minimum etkin doz	2	50,0
Minimum-maksimum etkin doz	2	50,0
Geçmişte uygulanan herhangi bir ilaç tedavisinin süresi		
6 aydan az	8	53,3
6 ay-1 yıl	4	26,7
1 yıldan fazla-2 yıldan az	1	13,3
2 yıl ve üzeri	2	13,3
Geçmişte psikoterapi görme	3	2,0
Geçmişte uygulanan psikoterapinin süresi		
6 aydan az	2	66,7
1 yıldan fazla-2 yıldan az	1	33,3
Geçmişte uygulanan psikoterapinin sıklığı		
Haftada bir	2	66,7
Diğer	1	33,3

Tablo 6: M.I.N.I.'YE GÖRE EKSEN-I TANILARI

	N	%
Majör depresif epizod, şimdiki	7	4,7
Majör depresif epizod, tekrarlayan	6	4,0
Majör depresif epizod, melankolik belirtiler ile, şimdiki	1	0,7
Distimi, şimdiki	9	6,0
İntihar riski, şimdiki (düşük)	1	0,7
İntihar riski, şimdiki (orta)	2	1,3
İntihar riski, şimdiki (yüksek)	1	0,7
Hipomanik epizod, şimdiki	1	0,7
Hipomanik epizod, geçmiş	5	3,3
Bipolar bozukluk II	6	4,0
Manik epizod, şimdiki	0	0,0
Manik epizod, geçmiş	3	2,0
Bipolar bozukluk I	3	2,0
Panik bozukluk, agorafobi olmaksızın, şimdiki	3	2,0
Panik bozukluk, agorafobi ile, şimdiki	1	0,7
Agorafobi, şimdiki, panik bozukluk hikayesi olmaksızın	32	21,3
Sosyal anksiyete bozukluğu, şimdiki	2	1,3
Obsesif-kompulsif bozukluk, şimdiki	4	2,7
Travma sonrası stres bozukluğu, şimdiki	13	8,7
Alkol bağımlılığı, şimdiki	0	0,0
Alkol kötüye kullanımı, şimdiki	0	0,0
Madde bağımlılığı, şimdiki	1	0,7
Madde kötüye kullanımı, şimdiki	1	0,7
Psikotik bozukluk, şimdiki	1	0,7
Psikotik bozukluk, yaşamında	2	1,3
Psikotik belirtiler ile duygulanım (mood) bozukluğu, şimdiki	0	0,0
Anoreksia nervosa, şimdiki	0	0,0
Bulimia nervosa, şimdiki	0	0,0
Anoreksia nervosa, aşırı yiyen/boşaltan tip, şimdiki	0	0,0
Yaygın anksiyete bozukluğu, şimdiki	9	6,0
Antisosyal kişilik bozukluğu, yaşamında	2	1,3

Çalışmamızda M.I.N.I. ile Eksen-I tanıları yönünden sorgulanan 150 travma mağdurunda en sık olarak ortaya çıkan tanıların, sıklık sırasına göre, panik bozukluk hikayesi olmaksızın agorafobi, şimdiki (%21,3); travma sonrası stres bozukluğu, şimdiki (%8,7); distimi, şimdiki (%6) ve yaygın anksiyete bozukluğu, şimdiki (%6) olduğu görülmektedir (Tablo 6).

Tablo 7: PATLAMALAR SONRASINDA PTSB SEMPTOMLARININ SIKLIĞI

SEMPTOM KÜMELERİ	N	%
A Kümesi		
Dehşet, korku, çaresizlik hissi	140	93,3
B Kümesi (Yeniden yaşantılama semptomları)		
Tekrarlanan, huzursuzluk veren anılar ve/veya rüyalar	30	20,0
Travma yeniden oluyormuş gibi davranma veya hissetme	12	8,0
Travmayı çağrıştıran olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme ve/veya psikolojik sıkıntı duyma	22	14,7
C Kümesi (Kaçınma semptomları)		
Travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ve konuşmalardan kaçınma	31	20,7
Travmayı anımsatan faaliyetler, yerler veya kişilerden kaçınma	12	8,0
Travmanın önemli bölümlerini hatırlama güçlüğü	4	2,7
Önemli faaliyetlere ilgi kaybı	19	12,7
İnsanlardan uzaklaşma veya insanlara yabancılaştığı duyguları	18	12,0
Duygulanımda kısıtlılık	14	9,3
Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma	34	22,7
D Kümesi (Artmış uyarılmışlık semptomları)		
Uyku bozuklukları	43	28,7
İrritabilite veya öfke patlamaları	81	54,0
Dikkat toplama güçlüğü	60	40,0
Hipervijilans	68	45,3
Aşırı irkilme tepkisi	69	46,3
F Kümesi		
İşlevsellik	53	35,3

Bu tabloda, patlamalardan yaklaşık 16 ay sonra travma mağdurlarında hangi semptomların ne sıklıkta görüldüğü ve yüzdeleri gösterilmektedir. A Kümesi (dehşet, korku, çaresizlik hissi) (%93,3) dışında en sık görülen semptom “irritabilite veya öfke patlamaları” olarak ifade edilen D Kümesi semptomudur (%54) (Tablo 7).

Tablo 8: SEMPTOM KÜMELERİNE GÖRE KRİTERLERİ KARŞILAYANLARIN DAĞILIMI

SEMPTOM KÜMELERİ	N	%
A Kümesi	140	93,3
B Kümesi	46	30,7
C Kümesi	19	12,7
D Kümesi	90	60,0

Semptom kümelerinde en az olarak C Kümesi semptomları görülmektedir (Tablo 8).

Tablo 9: SADECE PTSSB VE DİĞER PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR İLE KOMORBİDİTE GÖSTEREN PTSSB SIKLIKLARI

	N	%
Sadece PTSSB	2	15,4
Diğer psikiyatrik bozukluklar ile komorbidite gösteren PTSSB	11	84,6
Toplam PTSSB	13	100,0

Bu tabloda, çalışmamıza katılan 150 kişinin 13’ünde PTSSB tespit edildiği ve bu 13 kişiden 2’sinin sadece PTSSB tanısı aldığı (%15,4), geriye kalan 11 kişide diğer psikiyatrik bozukluklarla komorbidite gösteren PTSSB’nin saptandığı (%84,6) görülmektedir (Tablo 9).

Tablo 10: PTSTB’NİN KOMORBİDİTE GÖSTERDİĞİ DİĞER PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

	N	%
Obsesif-kompulsif bozukluk	1	9,1
Bipolar bozukluk I	3	27,3
Bipolar bozukluk II	1	9,1
Yaygın anksiyete bozukluğu	3	27,3
Distimi	4	36,4
Agorafobi	3	27,3
Panik bozukluk	2	18,2

Çalışmamızda PTSTB’nin komorbidite gösterdiği diğer psikiyatrik bozukluklar içinde en sık olarak tespit edilenler distimi (%36,4); bipolar bozukluk I (%27,3); yaygın anksiyete bozukluğu (%27,3) ve agorafobi (%27,3)’dir (Tablo 10).

Tablo 11: BİRDEN FAZLA PSİKİYATRİK BOZUKLUĞUN BİRLİKTE GÖRÜLMESİ

	N (150)	%
Var	23	15,3
Yok	127	84,7

Çalışmamızda 150 travma mağdurunun 23’ünde birden fazla psikiyatrik bozukluğun birlikte görüldüğü tespit edilmiştir (%15,3) (Tablo 11).

Tablo 12: SADECE AGORAFOBİ VE DİĞER PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR İLE KOMORBİDİTE GÖSTEREN AGORAFOBİ SIKLIKLARI

	N	%
Sadece agorafobi	20	62,5
Diğer psikiyatrik bozukluklar ile komorbidite gösteren agorafobi	12	37,5
Toplam agorafobi	32	100,0

Bu tabloda çalışmamıza katılan 150 kişinin 32'sinde agorafobi tespit edildiği ve bu 32 kişiden 20'sinin sadece agorafobi tanısı aldığı (%62,5), geriye kalan 12 kişide diğer psikiyatrik bozukluklarla komorbidite gösteren agorafobi saptandığı (%37,5) gösterilmektedir (Tablo 12).

Tablo 13: AGORAFOBİNİN KOMORBİDİTE GÖSTERDİĞİ DİĞER PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

	N	%
Majör depresif epizod, şimdiki	4	33,3
Majör depresif epizod, tekrarlayan	4	33,3
Distimi, şimdiki	3	25,0
İntihar riski, şimdiki (orta)	1	8,3
İntihar riski, şimdiki (yüksek)	1	8,3
Bipolar bozukluk I	2	16,7
Bipolar bozukluk II	3	25,0
Panik bozukluk	1	8,3
Sosyal anksiyete bozukluğu	2	16,7
Travma sonrası stres bozukluğu	4	33,3
Yaygın anksiyete bozukluğu	4	33,3

M.I.N.I. ile Eksen-I tanıları yönünden yapılan sorgulamada en sık olarak karşımıza çıkan tanı agorafobi olup agorafobi ile birlikte en yüksek oranda görülen komorbid psikiyatrik bozukluklar majör depresif epizod, şimdiki (%33,3);majör depresif epizod, tekrarlayan (%33,3); travma sonrası stres bozukluğu (%33,3) ve yaygın anksiyete bozukluğu (%33,3) olarak göze çarpmaktadır (Tablo 13).

Tablo 14: PTSTB TANISI ALAN VE ALMAYANLARIN SOSYODEMOGRAFIK VERİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLER	PTSTB TANISI				x ²	p
	Var (13)		Yok (137)			
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Kadın	6	46,2	30	21,9	3,83	0,05
Erkek	7	53,8	107	78,1		
Eğitim						
Eğitimsiz	0	0,0	1	0,7	0,14	0,99
İlk-orta	6	46,2	59	43,1		
Lise	5	38,5	56	40,9		
Üniversite	2	15,4	21	15,3		
Medeni Durum						
Bekar	4	30,8	44	32,6	0,81	0,67
Evli	8	61,5	87	64,4		
Dul/Boşanmış	1	7,7	4	3,0		
Bilinmeyen			2			

(p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır)

PTSTB tanısı alanlarda kadınların oranının daha yüksek, PTSTB tanısı almayanlarda ise erkeklerin oranının daha yüksek olduğu ve dolayısıyla kadınlarda PTSTB'nin daha çok saptandığı görülmektedir (Tablo 14).

Tablo 15: PTSTB TANISI ALAN VE ALMAYANLARIN TRAVMA ÖYKÜLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

ÖNCEKİ TRAVMA	PTSTB TANISI				x ²	p
	Var (13)		Yok (137)			
	n	%	n	%		
Doğal afet (deprem, sel)	12	92,3	87	63,5	4,39	0,036
Ciddi kaza (trafik, iş)	7	53,8	29	21,2	6,95	0,008
Cephe yaşantısı, patlama	0	0,0	4	2,9	0,39	0,532
Çocuklukta cinsel-fiziksel taciz, ihmal edilme						
İşkence görme, mültecilik, rehin alınma	0	0,0	1	0,7	0,09	0,757
Travmatik olaya şahitlik etme						
Sevilen birinin ani veya beklenmedik ölümü	0	0,0	7	5,1	0,69	0,404

(p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır)

PTSTB tanısı alanlar ve almayanlar önceki travmaya ait öykü yönünden en sık olarak doğal afet (deprem, sel) ve ciddi kaza (trafik, iş) yaşadıklarını belirtmektedirler (Tablo 15).

Tablo 16: BİR DEN FAZLA PSİKİYATRİK BOZUKLUĞUN BİRLİKTE GÖRÜLMESİNİN CİNSİYETLER ARASI KARŞILAŞTIRILMASI

CİNSİYET	BİR DEN FAZLA PSİKİYATRİK BOZUKLUĞUN BİRLİKTE GÖRÜLMESİ				x ²	p
	Var (23)		Yok (127)			
	n	%	n	%		
Kadın	10	43,5	26	20,5	5,65	0,017
Erkek	13	56,5	101	79,5		

(p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır)

Birden fazla psikiyatrik bozukluğun birlikte görüldüğü gruptaki kadınlar birden fazla psikiyatrik bozukluğun birlikte görülmediği gruptakine göre daha fazladır. Birden fazla psikiyatrik bozukluğun birlikte görülmediği grupta erkekler birden fazla psikiyatrik bozukluğun birlikte görüldüğü gruptakine göre daha fazladır (Tablo 16).

Tablo 17: BİRDEN FAZLA PSİKİYATRİK BOZUKLUĞUN BİRLİKTE GÖRÜLMESİNİN PT SB SEMPTOM KÜMELERİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

SEMPTOM KÜMELERİ	BİRDEN FAZLA PSİKİYATRİK BOZUKLUĞUN BİRLİKTE GÖRÜLMESİ				x ²	p
	Var (23)		Yok (127)			
	n	%	n	%		
A.Dehşet, korku, çaresizlik hissi	17	73,9	120	94,5	10,41	0,001
B.Yeniden yaşantılama semptomları	15	65,2	31	24,4	15,25	0,000
C.Kaçınma semptomları	13	56,5	6	4,7	47,22	0,000
D.Artmış uyarılmışlık semptomları	21	91,3	69	54,3	11,09	0,001

(p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır)

Birden fazla psikiyatrik bozukluğun birlikte görülmesi durumunda komorbiditeyi belirleyen semptom kümeleri B Kümesi (Yeniden yaşantılama semptomları), C Kümesi (Kaçınma semptomları) ve D Kümesi (Artmış uyarılmışlık semptomları)'dir (Tablo 17).

Tablo 18: PT SB'NİN YAŞA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

	PT SB TANISI		t	p
	Var (13) Ortalama±SS	Yok (137) Ortalama±SS		
Yaş	34,7±8,5	36,4±12,8	0,474	0,636

Çalışmamızda PT SB tanısı alanların yaş ortalaması 34,7±8,5 iken PT SB tanısı almayanların yaş ortalaması 36,4±12,8 idi (Tablo 18).

TARTIŞMA

Örnekleme grubumuzu oluşturan 150 kişi içinde kadınların oranı (%24) erkeklerin oranından (%76) daha azdır. Çoğunlukla işyerlerindeki travma mağdurlarıyla görüşme yapılmış olması çalışmamızdaki kadın sayısının erkek sayısına göre daha düşük olmasını açıklayabilir.

18-86 yaşlar arasında bir dağılım görülmekle birlikte yaş ortalaması $36,26 \pm 12,5$ (24-49) olarak tespit edilmiştir. Yaptığımız çalışmada yaş ile PTSD arasında anlamlı bir ilişki elde edilememiştir. Literatürden elde edilen araştırma sonuçlarına göre travma anında yaş küçüldükçe PTSD oranları artmaktadır (52, 53).

Eğitim durumu açısından ilk ve orta dereceli eğitim gören kişilerin oranı daha fazla olarak karşımıza çıkmaktadır (%43,3). Çalışmamızda eğitim düzeyi ve PTSD arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Araştırmacılar eğitim düzeyini başa çıkabilme yetisinin bir ölçüsü olarak değerlendirmişlerdir. Travmatik yaşantılara maruz kalma sıklığı ile eğitim düzeyi arasında ters bir ilişki tespit edilmiştir: Eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte yaşamboyu PTSD yaygınlığı belirgin olarak azalmaktadır (1). Livanou ve ark. 1999 yılı Ağustos ayında Türkiye’de meydana gelen depremden 14 ay sonra yaptıkları çalışmada şiddetli PTSD semptomları ile düşük eğitim düzeyi arasında ilişki bulunduğunu ortaya koymuşlardır (88).

Medeni durum yönünden evli olanların oranı daha yüksek oranda tespit edilmiştir (%64,2). Yaptığımız çalışmada medeni durum ve PTSD arasında da anlamlı bir ilişki elde edilememiştir. Yapılan araştırmalarda yaşamboyu PTSD yaygınlığının hem erkek hem de kadın grubunda ayrı yaşayan, boşanmış ve dul olanlarda halen evli olanlara göre belirgin derecede yüksek olduğu bildirilmektedir (74). Kenya Nairobi’deki A.B.D. elçiliğine yapılan terörist saldırı ile ilgili yapılan çalışmada bekarların daha fazla olmasının (89), bizim çalışmamızda elde edilen sonuca göre PTSD oranının daha yüksek saptanmasında (%35) önemli etkenlerden biri olduğu akla gelmektedir. Ayrıca yaptığımız çalışmadaki bekar olan bireylerin kültürel özelliklerden dolayı ailenin diğer fertleriyle birlikte yaşaması ya da aileleri ile ilişkilerinin daha sıkı olması literatürdeki sonuçlardan farklı bir sonuç elde etmemizi açıklayabilir.

Çalışmamızda patlamada mahsur kalanların oranı %2 ve yakınları ölenlerin oranı %59,3 olarak bulunmuştur. Yakınları yaralananların oranı %68,7 olarak bulunmuştur. Evi/işyeri hasar görenlerin oranı %94 olarak saptanmıştır. Yaptığımız çalışmaya katılanların belli bir oranda travmaya maruz kaldığı görülmektedir.

Çalışmamızda PTSD oranı %8,7 olarak bulunmuştur. Bleich ve ark. 2000 yılı Eylül ayından beri terörist saldırılara maruz kalan İsrail halkı ile ilgili olarak yaptıkları çalışmada PTSD oranını %9,4 olarak tespit etmişlerdir (90). Kadokura ve ark.1995 yılında Tokyo

metrosuna sarin gazı kullanılarak yapılan saldırıdan 6 ay sonra yaptıkları çalışmada PTSS oranını %7,8 olarak bulmuşlardır (91). Galea ve ark. 11 Eylül saldırılarından 2 ay sonra New York, Manhattan'da yaşayanlarla yaptıkları telefon görüşmeleri ile meydana getirdikleri çalışma sonucunda %8 ve Dünya Ticaret Merkezi'nin yakınında yaşayanlarda %20 oranında PTSS tespit etmişlerdir (92).

Chou ve ark. 1999 yılında Tayvan'da meydana gelen depremi yaşayan 442 kişiyle felaketten 4-6 ay sonra MINI kullanarak yaptıkları çalışmada PTSS prevalansını %7,9 olarak bulmuşlardır (93).

Njenga ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise Kenya Nairobi'deki A.B.D. elçiliğine yapılan terörist saldırı sonucunda meydana gelen patlamaya maruz kalan 2883 Kenyalı ile bombalamadan 1-3 ay arasında bir süre sonra görüşülmüş ve PTSS oranı %35 olarak elde edilmiştir (89). Çalışmaya dahil edilen kadınların ve bekarların daha fazla sayıda olması, daha çok sayıda travma mağduru ile görüşülmesi, çalışmanın travmadan kısa bir süre sonra yapılmış olması ve kültürel özelliklerin, Njenga ve arkadaşlarının ortaya koyduğu sonuç ile çalışmamızda elde edilen sonuç arasındaki farklılığı açıklayabileceği düşünülmektedir.

Tokyo metrosuna yapılan saldırı ile ilgili olarak 5 yıl sonra Ohtani ve ark. tarafından yapılan çalışmada, saldırıdan sonraki 5 yıl boyunca travma mağdurlarının %32,4'ünde PTSS geliştiği ortaya konmuştur (91). Çalışma travmadan çok uzun bir süre sonra yapıldığı ve yaş ortalaması daha yüksek ($43,9 \pm 13,3$) olduğu halde, örneklem grubuna dahil edilen kişi sayısının çok düşük olması (34 kişi) ve kültürel özellikler bu çalışmanın sonucunun bizim çalışmamıza göre anlamlı derecede farklılık göstermesini açıklayabilir. Biz çalışmamızda Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tespit Anketi Formu ve MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) kullanırken bu çalışmada anket formu, IES-R (Impact of Event Scale-Revised), STAI (State-Trait Anxiety Inventory), CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale) ve WMS-R (Wechsler Memory Scale-Revised)'nin yanısıra çalışmamızda kullandığımız ölçek olan MINI de kullanılmıştır.

Yaptığımız çalışmada, yaşanan travma sonucunda PTSS dışında başka psikiyatrik bozukluklar da saptanmıştır. I. Eksen tanıları içinde en yüksek oranda saptadığımız psikiyatrik bozukluk agorafobi (şimdiki, panik bozukluk hikayesi olmaksızın) (%21,3) olmuştur. Tokyo metrosuna yapılan terör saldırısıyla ilgili olarak 34 kişi üzerinde yapılan çalışmada MINI ile elde edilen sonuçlara göre agorafobi oranı %8,8 olarak bulunmuştur (91). Çalışmamızla bu çalışma karşılaştırıldığında PTSS ve agorafobi oranları arasında ters bir ilişki olduğu göze çarpmaktadır. Bizim çalışmamızla bu çalışmanın sonuçlarının uyumlu olmaması toplumsal farklılıklar ile açıklanabilir.

Distimi, şimdiki (%6) ve yaygın anksiyete bozukluğu, şimdiki (%6) tespit ettiğimiz diğer tanılardır. Majör depresif epizod, şimdiki (%4,7) ve majör depresif epizod, tekrarlayan (%4,0) ile bipolar bozukluk II (%4,0) göze çarpan diğer psikiyatrik tanılardır. 11 Eylül'de Pentagon'a yapılan saldırıdan 1-4 ay sonra burada çalışan personele yönelik olarak yapılan bir çalışmada PTSD %7,9; yaygın anksiyete bozukluğu %26,9; depresyon %17,7; panik bozukluk %23,1; alkol kötüye kullanımı %2,5 olarak bulunmuştur (94).

Çalışmamızda %15,3 oranında birden fazla psikiyatrik bozukluğun birlikte görüldüğü saptanmıştır. Birden fazla psikiyatrik bozukluğun birlikte görüldüğü gruptaki kadınlar birden fazla psikiyatrik bozukluğun birlikte görülmediği gruptakine göre daha fazladır. Birden fazla psikiyatrik bozukluğun birlikte görülmediği grupta erkekler birden fazla psikiyatrik bozukluğun birlikte görüldüğü gruptakine göre daha fazladır. Birden fazla psikiyatrik bozukluğun birlikte görülmesi kadınlarda daha sık olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yaptığımız çalışmada PTSB tanı ölçütlerinden yeniden yaşantılama semptomları (B Kümesi) %30,7; kaçınma semptomları (C Kümesi) %12,7 ve artmış uyarılmışlık semptomları (D Kümesi) %60 olarak tespit edilmiştir. Dolayısıyla en az oranda saptanan, kaçınma semptomları (C Kümesi) olmuştur. PTSB oranı %8,7 olarak bulunurken, C Kümesi (Kaçınma semptomları)'nin %12,7 ile en az oranda saptanmış olması ile ilgili olarak acaba kaçınma semptomları PTSB'yi en fazla belirleyen etken midir? Bunun cevabını verebilmek için daha ayrıntılı çalışma ve istatistiksel analizin gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamızda en sık görülen semptom "irritabilite veya öfke patlamaları" olarak ifade edilen D Kümesi semptomudur. North ve ark. silahlı bir kişinin kafeteryada bulunanları rehin alması ve silahlı sonrasında bir çalışma yapmışlar ve bu çalışmada "travmanın yineleyici biçimde anımsanması" en sık görülen semptom olarak tespit edilmiştir (95). Çalışmamızda değerlendirmeye alınan travma mağdurlarının birçoğunun patlamalar sonrasında yaşadığı mesleki, sosyal ve ekonomik güçlükler karşısında yeterli destek alamaması ortaya çıkan irritabilite veya öfke patlamalarını açıklayabilir.

PTSB vakası sayısının 13 olduğu çalışmamızda bu vakaların 11 tanesi diğer psikiyatrik bozukluklar ile komorbidite göstermektedir. Bu eşlik eden psikiyatrik bozukluklar içinde en sık tespit edilenler distimi, bipolar bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve agorafobi olmuştur. Ülkemizde, Ağustos 1999 Marmara Depremi'ni yaşayan 103 depremzedeyle PTSB ve komorbid psikiyatrik bozukluklar üzerine yapılan bir çalışmada PTSB'ye eşlik eden depresif bozukluk %56; anksiyete bozuklukları %7,3; OKB ve depresif bozukluk komorbiditesi %27,2; alkol bağımlılığı %4,9; depresif bozukluğa eşlik eden panik bozukluk %18,1 ve depresif bozukluğa eşlik eden sosyal fobi %9 olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda PTSSB'ye eşlik eden psikiyatrik bozukluklar içinde distimi %36,4 olarak bulunmuştur. Keane ve Wolfe PTSD sebebiyle tedavi gören kişilerden rastgele 50 kişi seçmiş ve SCID kullanarak yaptıkları çalışmada %34 oranında distimi saptamışlardır. Ayrıca bu çalışmada %84 oranında alkolizm, %68 depresyon, %42 oranında madde kötüye kullanımı ve %26 oranında antisosyal kişilik bozukluğu bulunmuştur (96). Çalışmamızda PTSSB'ye eşlik eden alkol ve/veya madde bağımlılığı, alkol ve/veya madde kötüye kullanımı saptanmamıştır. Bu durum yaşanan travma sonucunda başa çıkabilme açısından kişilerin dini inançlarının yoğunluk kazanması ve dinin gerektirdiği şekilde kötü alışkanlıklardan uzaklaşma ile açıklanabilir.

Çalışmamızda PTSSB'ye eşlik eden bipolar bozukluk I %27,3 ve bipolar bozukluk II %9,1 olarak saptanmıştır. Bipolar bozukluk oranı %36,4 olarak ortaya çıkmaktadır. Simon ve ark. STEP-BD (Systematic Treatment Enhancement Program for bipolar disorder)'ye dahil edilen hastalarla ilgili çalışma yapmışlar ve bipolar I hastaların (n=67) %18,8'i ile bipolar II hastaların (n=12) %12,2'sinde yaşamboyu PTSSB tanısı ortaya konmuştur (97). McElroy ve ark. ise STEP-BD'ye alınan hastalarla yapılan çalışmada bipolar I hastaların (n=17) %7'si ile bipolar II hastaların (n=2) %4'ünde yaşamboyu PTSSB tanısı olduğu belirtilmiştir (98). Genel olarak, 1995-2003 yılları arasında STEP-BD dahilinde toplam 1214 bipolar hastayı kapsayan 8 çalışmada elde edilen ortalama değer %16,0'dır ki bu sonuç genel popülasyonda PTSD'nin bildirilen yaşamboyu prevalansının (%7,8) iki katıdır (70). STEP-BD'nin uzun bir zaman aralığında ve birbirinden bağımsız 8 çalışmadan oluşturulması sebebiyle sonucunun çalışmamızdaki sonuçtan farklı olduğu düşünülebilir. Bipolar mizaç bozuklukları travma anında mevcut ise, başa çıkabilmeyi daha çok bozabilir. PTSSB, bipolar bozukluğu olanlarda yüksek oranlarda görülmektedir ve bipolar bozukluğun daha şiddetli seyretmesiyle ilişkilidir. PTSSB öfke, dürtüsel davranışlar gibi mizaç değişikliklerine ve sosyal izolasyona doğrudan katkıda bulunabilmekte, daha düşük sosyal destekle seyretmekte ve bu faktörler bipolar hastalarda intihar riskini arttırabilmektedir (99).

Yaptığımız çalışmada PTSSB ile komorbidite gösteren yaygın anksiyete bozukluğu %27,3 ve agorafobi oranı da aynı şekilde %27,3 olarak bulunmuştur. Maes ve ark. yangına maruz kalmış 128 ve motorlu taşıt kazası geçirmiş 55 travma mağdurunu kapsayan bir çalışma yapmışlar ve bu çalışmada veriler travmatik olaydan 7-9 ay sonra elde edilmiştir. PTSSB tanısı alan %51 oranındaki mağdurda yaygın anksiyete bozukluğu %24,6; agorafobi %21,0 ve majör depresyon %26,2 oranında bulunmuştur (100). Tokyo metrosuna yapılan terör saldırısıyla ilgili olarak 34 kişi üzerinde yapılan çalışmada MINI ile elde edilen sonuçlara göre, PTSSB tanısı alan 11 kişiden 2'sinde agorafobi, şimdiki ve 1'inde de majör depresyon ve agorafobi olduğu bulunmuştur ki bu da PTSSB ile komorbidite gösteren

agorafobi oranını %27,3 olarak ortaya koymaktadır. Bu sonuç çalışmamızda elde edilen sonuçla uyumluluk göstermektedir.

Çalışmamızda PTSD tanısı alanlarda kadınların oranının daha yüksek (%46,2), erkeklerin oranının daha düşük olduğu (%21,9) ve dolayısıyla kadınlarda PTSD'nin daha çok saptandığı görülmektedir. Bu sonuç, literatürde araştırdığımız çalışmaların sonuçları ile uyumluluk göstermektedir. Bleich ve ark. 2000 yılı Eylül ayından beri terörist saldırılara maruz kalan İsrail halkı ile ilgili olarak yaptıkları çalışmada PTSD semptomlarının varlığı ile kadın olma arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır (%16,2). Erkeklerde ise PTSD oranı %2,4 olarak bulunmuştur (90). PTSD'nin yaşamboyu prevalansı pek çok çalışmada farklılıklar ortaya koyabilmektedir. Kessler ve ark. genel popülasyonda erkeklerin %5'i ile kadınların %10'unun PTSD tanısı aldıklarını bildirmiştir (70). Travmatik yaşantılar sonrasında PTSD gelişmesi erkeklere göre kadınlarda daha belirgin olarak görülmektedir. Kadınlardaki yaşamboyu PTSD yaygınlığı erkeklere oranla daha yüksektir. Yapılan bir başka araştırmaya göre erkeklerin %5-6'sı, kadınların %10-12'si yaşamları boyunca PTSD geliştirmektedirler (100). Bazı vakalarda bu oran daha da yüksek olabilmektedir. Ayrıca travmanın tipine göre PTSD tanısı açısından cinsiyetler arasında farklılıklar görülebilmektedir. Kadınlarda en sık görülen travma tecavüz ve cinsel saldırılardır. Erkeklerde en sık görülen travma ise savaş yaşantısı, diğer fiziksel saldırılar ve kazalardır. Dixon ve ark. hapisanede yatan, 13,5-19 yaşları arasında olan ve geçmiş travma öyküsü olarak %70 oranında cinsel saldırıya uğradığını ifade eden 100 kadın suçlu ile yaptıkları çalışmada yüksek oranda PTSD (%37) saptamışlardır(101). Pitman ve ark. Vietnam Savaşı'nda yaralanan 156 askerle ilgili olarak yaptıkları çalışmada PTSD tanısının %40 oranında olduğunu ortaya koymuşlardır (102). Blanchard ve ark. tarafından 11 Eylül saldırıları sonrasında öğrencilerle yapılan çalışmada ise travma sonrası stres semptomları seviyesi ve PTSD tanısı yönünden cinsiyetler arasında belirgin bir fark bulunamamış (103) olması ile ilgili olarak, literatürdeki pek çok çalışmaya alınan travma mağdurlarının yetişkin olmasının tersine, öğrencilerin ergenlik döneminde olması ve bundan dolayı cinsiyetler arasında tanı açısından herhangi bir fark ortaya çıkmadığı düşünülmektedir. Buna benzer olarak, McDermott ve ark. tarafından yangın felaketi yaşayan öğrencilerle ilgili bir çalışma yapılmış ve PTSD tanısı açısından cinsiyetler arasında fark bulunamamıştır (104).

SONUÇ

Yaptığımız çalışmada travma sonrası görülebilecek tek klinik tablonun PTSD olmadığı, agorafobinin PTSD'den daha fazla ortaya çıktığı ve bununla birlikte distimi ve yaygın anksiyete bozukluğunun da ilk sıralarda yer aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Travmaların ardından PTSD'nin yanısıra PTSD olmaksızın başka psikiyatrik tabloların da oluşabileceği bu çalışmada görülmüştür.

PTSD'ye komorbid psikiyatrik bozuklukların olduğu; PTSD'ye komorbid psikiyatrik bozukluklar içinde en sık olarak duygudurum bozukluklarının görüldüğü; komorbidite açısından ikinci sıklıkta anksiyete bozukluklarının ortaya çıktığı; PTSD tanısı alanlarda kadınların oranının daha yüksek, PTSD tanısı almayanlarda ise erkeklerin oranının daha yüksek olduğu ve dolayısıyla kadınlarda PTSD'nin daha çok tespit edildiği; birden fazla psikiyatrik bozukluğun birlikte görüldüğü gruptaki kadınların birden fazla psikiyatrik bozukluğun birlikte görülmediği gruptakine göre daha fazla ve birden fazla psikiyatrik bozukluğun birlikte görülmediği grupta erkeklerin birden fazla psikiyatrik bozukluğun birlikte görüldüğü gruptakine göre daha fazla olduğu; birden fazla psikiyatrik bozukluğun birlikte görülmesinin kadınlarda daha sık ortaya çıktığı ve kadınlarda daha komplike tablolar gelişebildiği; yaş, eğitim düzeyi ve medeni durum ile PTSD arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

PTSD ile komorbidite gösteren psikiyatrik bozuklukların gözden kaçırıldığı durumlarda uygulanan tedavi yetersiz kalabilmektedir. Bundan dolayı, PTSD tanısı almış olanlarda komorbid psikiyatrik bozuklukların olup olmadığının mutlaka araştırılması gerekmektedir.

ÖZET

Çalışmamızdaki amacımız PTSD ile komorbid olan psikiyatrik bozuklukları ortaya çıkarmak, travma sonucunda gelişebilecek PTSD dışındaki psikiyatrik bozuklukları saptamak, PTSD tanı ölçütleri ile komorbiditenin ilişkisinin yanısıra cinsiyet ile herhangi bir komorbidite ve PTSD ilişkisine bakmak, yapılan görüşmeler sonucunda bireyleri saptanan psikiyatrik tanılara uygun tedaviye yönlendirmeyi sağlamaktır.

Çalışmamızda 114'ü erkek, 36'sı kadın olan ve 18-86 yaşlar arasında dağılım gösteren toplam 150 kişi, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak M.I.N.I. programı ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tespit Anket Formu ile değerlendirildi. Çalışmamızın istatistiksel değerlendirilmesi SPSS for Windows Release 11.5.0 adlı paket program ile yapıldı.

Çalışmamızda PTSD oranı %8,7 olarak bulundu ve yaşanan travma sonucunda PTSD dışındaki I. Eksen tanıları içinde agorafobi (şimdiki, panik bozukluk hikayesi olmaksızın) en yüksek oranda saptadığımız psikiyatrik bozukluktu (%21,3). Distimi, şimdiki (%6); yaygın anksiyete bozukluğu, şimdiki (%6); majör depresif epizod, şimdiki (%4,7); majör depresif epizod, tekrarlayan (%4,0) ile bipolar bozukluk II (%4,0) göze çarpan diğer psikiyatrik tanılardı. Yaptığımız çalışmada %15,3 oranında birden fazla psikiyatrik bozukluğun birlikte görüldüğü; birden fazla psikiyatrik bozukluğun birlikte görülmesinin kadınlarda daha sık ortaya çıktığı ve kadınlarda daha komplike tablolar gelişebildiği saptandı. PTSD'ye eşlik eden psikiyatrik bozukluklar içinde distimi %36,4; bipolar bozukluk %36,4; yaygın anksiyete bozukluğu %27,3 ve agorafobi %27,3 olarak tespit edildi. Çalışmamızda PTSD tanısı alanlarda kadınların oranının daha yüksek (%46,2), erkeklerin oranının daha düşük olduğu (%21,9) ve kadınlarda PTSD'nin daha çok saptandığı görüldü. Yaptığımız çalışmada yaş, eğitim düzeyi ve medeni durum ile PTSD arasında bir ilişki bulunmadı.

Çalışmamızda travma sonrası görülebilecek tek klinik tablonun PTSD olmadığı; agorafobinin PTSD'den daha fazla ortaya çıktığı; travmaların ardından PTSD'nin yanısıra PTSD olmaksızın başka psikiyatrik tabloların da oluşabileceği görülmüştür. PTSD'ye komorbid psikiyatrik bozuklukların olduğu; bu psikiyatrik bozukluklar içinde en sık olarak duygudurum bozukluklarının ve ikinci sıklıkta anksiyete bozukluklarının ortaya çıktığı saptanmıştır. PTSD ile komorbidite gösteren psikiyatrik bozuklukların gözden kaçırıldığı durumlarda tedavi yetersiz kalabileceği için, PTSD tanısı almış olanlarda komorbid psikiyatrik bozuklukların varlığının mutlaka araştırılması gerekmektedir.

SUMMARY

Objectives: The purpose of this study was to determine the occurrence of comorbidity of PTSD and the other psychiatric disorders following traumatic exposure; to examine the relationship between diagnostic criteria for PTSD and comorbidity, the association between gender and any comorbidity, the relationship between gender and PTSD; to provide appropriate treatment for the survivors with psychiatric disorders.

Method: This study assessed 150 survivors aged between 18-86 years at approximately 16 months postdisaster, using M.I.N.I. and PTSD Questionnaire.

Results: In this study prevalence of PTSD was 8,7%. Among the axis I disorders except PTSD, agoraphobia (current, without a history of panic disorder) was at the highest rate in the sample of survivors of terrorist attacks (21,3%). Dysthymia, current (6%); generalized anxiety disorder, current (6%); major depressive episode, current (4,7%); major depressive episode, recurrent (4%) and bipolar II disorder (4%) were the other psychiatric diagnoses. The rate of any comorbidity was 15,3% and the presence of any comorbidity was more in women than men. Psychiatric disorders comorbid with PTSD were dysthymia (36,4%), bipolar disorder (36,4%), generalized anxiety disorder (27,3%) and agoraphobia (27,3%). This study showed that women were more vulnerable to development of PTSD than men. Age, educational status and marital status were not significantly related to PTSD.

Conclusions: PTSD is not the only psychiatric disorder developing after traumatic exposure. Other psychiatric disorders may develop without PTSD. PTSD is commonly comorbid with other psychiatric disorders. In this study the most prevalent comorbid psychiatric diagnoses were mood disorders and anxiety disorders. Patients with PTSD must be evaluated carefully to investigate the presence of other psychiatric disorders comorbid with PTSD and to supply the sufficient treatment.

KAYNAKLAR

- 1) Glen O Gabard. Posttraumatic Stres Disorder. Psychodynamic Psychiatric in Clinical Practice 3rd edition 2000; 252-256
- 2) Tutkun H. Ruhsal travma ve dissosiyatif bozukluklar. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları Yaz 1998; 3: (4) 579-598
- 3) Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001
- 4) de Girolamo G, McFarlane AC. The Epidemiology of PTSD: a comprehensive review of the international literature. In: Marsella AJ, Friedman MJ, Gerrity ET, Scurfield RM, eds. Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder: Issues, Research, and Clinical Applications. Washington, DC: American Psychological Association Press; 1996:33-86
- 5) Başoğlu M., Psikolojik Travma Sonrası Stres Hastalığı-Psikobiyolojik Kuramlar, Tedavide Yeni Gelişmeler ve Güncel Konular. Türk Psikiyatri Dergisi, 1992. Cilt 3. Bahar sayısı.
- 6) Kabakçı E. Panik ve anksiyete bozukluklarında bilişsel-davranışçı tedaviler. Bilişsel-Davranışçı Terapiler. Editörler. Savaşır I., Boyacıoğlu G., Kabakçı E. Türk Psikologlar Derneği Yayınları 1998. 89-109
- 7) Aker T. 3P Dergisi Travma sonrası stres bozukluğunun bilişsel ve davranışçı tedavileri 2000 (Ek.1)
- 8) Aker T. Psikososyal Travmaya Yaklaşım.Temel Sağlık Hizmetlerinde Psikososyal Travmaya Yaklaşım Eğitim Programı (TREP) kapsamında PAREM (Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi) ve DABATEM (Davranış Bilimleri Araştırma ve Tedavi Merkezi) tarafından hazırlanmıştır. 2000
- 9) Derrick Silove. Is Posttraumatic Stress Disorder an Overlearned Survival Response? An Evolutionary-Learning Hypothesis. Psychiatry, Summer 1998; Vol. (61): 181-190
- 10) Livano Maria. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Teorik Yönleri. Travma yazıları 2001; 14-27
- 11) Yehuda R. Biology of Posttraumatic Stress Disorder. J Clin Psychiatry 2001; 62; 41-46
- 12) Coupland Nick J. Brain mechanism and neurotransmitters, Posttraumatic Stress Disorder. Diagnosis, Management and Treatment 2000; 69-93
- 13) van der Kolk BA, Greenberg MS, Boyd H. Inescapable shock, neurotransmitters, and addiction to trauma: toward a psychobiology of posttraumatic stress. Biological Psychiatry 1985;20:314-25

- 14) Abercrombie ED, Jacobs BL. Single-unit response of noradrenergic neurons in the locus ceruleus of freely moving cats I: acutely presented stressful and nonstressful stimuli. *J Neurosci* 1987;7:2837-43
- 15) Bremner JD, Davis M, Southwick SM, Krystal JH, Charney DS. Neurobiology of posttraumatic stress disorder. *Review of psychiatry* 1993;12:183-237
- 16) Saporta JA, van der Kolk BA. Psychobiological consequences of severe trauma. *Torture and its consequences*. Başoğlu M (ed), Glasgow: Cambridge University Press,1992
- 17) Simpson PE, Weiss JM. Responsiveness of locus ceruleus neurons to excitatory stimulation is uniquely regulated by α_2 -receptors. *Psychopharmacol Bull* 1988;24:349-35
- 18) van der Kolk BA. The psychobiology of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 1997; 58(supp9):16-24
- 19) Southwick SM, Krystal JH, Morgan AC. Abnormal noradrenergic function in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:266-274
- 20) van der Kolk, van der Hart O. Pierre Janet and breakdown of adaptation in psychological trauma. *Am J Psychiatry* 1989;146:1530-40
- 21) van der Kolk BA. The compulsion to repeat the trauma; re-enactment, revictimization, and masochism. *The Psychiatric Clinics of North America* 1989; 12:389-411
- 22) Davidson J. Drug therapy of posttraumatic stress disorder. *Br J Psychiatry* 1992;160:309-314
- 23) Giral P, Martin P, Soubrie P. Reversal of helpless behavior in rats by putative 5-HT_{1A} agonist. *Biol Psychiatry* 1988;23:237-42
- 24) Weismann A, Herbert CA. Recent developments relating serotonin and behavior. *Ann Reports Med Chem* 1972;7:747-758
- 25) Copenhaver JH, Schalock RL, Johnson L, Stull T, Pankratz T. Relationship between preexposure to prey and PCPA-induced filicidal activity in Sprague-Dawley rats. *Physiol Behav* 1989;48:343-346
- 26) Stanley B, Molcho A, Stanley M, Ronald W, Gamberoff MJ ve ark. Association of aggressive behavior with altered serotonergic function in patients who are not suicidal. *Am J Psychiatry* 2000;157:609-14
- 27) Petty E, Kramer GL, Wu L. Serotonergic modulation of learned helplessness. *Psychobiology of PTSD*. Yehuda R, McForlane AC (Eds). New York: The New York Academy of Sciences, 1997
- 28) Southwick SM, Krystal JH, Bremner JD. Noradrenergic and serotonergic function in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:749-758
- 29) Yehuda R: *Biology of Posttraumatic Stress Disorder*. *J Clin Psychiatry* 2000;61:14-21

- 30) McEwen BS, Angulo J, Cameron H, Chao H, Daniels D, Gannon M ve ark. Paradoxical effects of adrenal steroids on the brain: protection versus degeneration. *Biol Psychiatry* 1992;31:177-182
- 31) Watanabe Y, Gould E, Daniels DC, Cameron H, McEwen BS. Tianeptine attenuates stress-induced morphological changes in the hippocampus. *European Journal of Psychiatry* 1992;222:157-162
- 32) Deutch AY, Clark WA, Roth RH. Prefrontal cortical dopamine depletion enhances the responsiveness of mesolimbic dopamine neurons to stress. *Brain Res* 1990;37:9-18
- 33) Coid J, Allolio B, Rees LH. Raised plasma metenkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *Lancet* 1993;2:545-6
- 34) Bills LJ, Kreisler K. Treatment of flashbacks with naltrexone. *Am J Psychiatry* 1993;9:1430
- 35) Iberra P, Bruehl S, McCubbin C, Carlson CR, Wilson JF, Norton JA ve ark. An unusual reaction to opioid blockade with naltrexone in a case of posttraumatic stress disorder. *J Traumatic Stress* 1994;7:303-309
- 36) Yehuda R, Giller EL, Southwick SM. Hypothalamic-pituitary-adrenal dysfunction in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 1991;30:1031-1048
- 37) Delbende C, Mocaer E, Rettori M, Kamoun A, Vaudry H. Effect of the antidepressant tianeptine on the activity of the hypothalamo-pituitary-adrenal axis. *European Journal of Psychiatry* 1993;8(supp 2):49S-54S
- 38) Delbende C, Contesse V, Mocaer E ve ark. The novel antidepressant, tianeptine, reduces stress-evoked stimulation of the hypothalamo-pituitary-adrenal axis. *European Journal of Psychiatry* 1991;202:391-396
- 39) Yehuda R, Southwick SM, Krystal JH. Enhanced suppression of cortisol following dexamethasone administration in posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1993;150(1):83-6
- 40) Drugan RC, Morrow AL, Weizman R. Stress induced behavioral depression in the rats is associated with a decrease in GABA receptor mediated chloride ion flux and brain benzodiazepine receptor occupancy. *Brain Res* 1989;487:45-51
- 41) Akdemir A, Önder ME. Travmanın biyolojisi. *3P Dergisi* 2000;8(Ek 1):5-8
- 42) Rauch SL, van der Kolk BA, Fisler RE. A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Arch Gen Psychiatry* 1996;56:380-387

- 43) Bremner JD, Randall P, Scott TM, Bronen RA, Seibyl JP, Southwick SM ve ark. MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:973-81
- 44) 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
- 45) Bryant RA, Marosszeky JE, Crooks J, Gurka JA. Posttraumatic stress disorder after severe traumatic brain injury. *Am J Psychiatry* 2000;157:629-631
- 46) O'brien SL. *Traumatic Events and Mental Health*. 1. edition. Cambridge: Cambridge University Press, 1998
- 47) Curran PS, Bell P, Murray A, Loughrey G, Roddy R, Roche LG. Psychological consequences of the Enniskillen bombing. *Br J Psychiatry* 1990;156:479-82
- 48) 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;25:539-55
- 49) Freedy JR, Shaw DL, Jarrell MP, Masters CR. Towards an understanding of the psychological impact of natural disasters: an application of the conservation of resources stress model. *J Trauma Stress* 1992;5:441-454
- 50) 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;67:520-8
- 51) 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;156:902-907
- 52) Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen H-U. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psych Scand* 2000;101:46-59
- 53) Bramsen I, Dirkzwager AJE, van der Ploeg HM. Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms: a prospective study of former peacekeepers. *Am J Psychiatry* 2000;157:1115-1119
- 54) 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

- 55) Macklin ML, Metzger LJ, Litz BT, McNally RJ, Lasko NB, Orr SP, Pitman RK. Lower precombat intelligence is a risk factor for posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:323-6
- 56) Dougall AL, Herberman HB, Delahanty DL, Inslicht SS, Baum A. Similarity of prior trauma exposure as a determinant of chronic stress responding to an airline disaster. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:290-5
- 57) McFarlane AC. The aetiology of posttraumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors. *Br J Psychiatry* 1989;154:221-8
- 58) North CS, Nixon SJ, Shariat S, Mallonee S, McMillen JC, Spitznagel EL, Smith EM. Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *JAMA* 1999;282:755-762
- 59) Phifer JF. Psychological distress and somatic symptoms after natural disaster: differential vulnerability among older adults. *Psychol Aging* 1990;5:412-20
- 60) Breslau N, Davis GC, Anderski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:216-222
- 61) Başoğlu M., Paker M., Özmen E., Taşdemir Ö., & Şahin D. Factors related to traumatic stress responses in survivors of torture in Turkey. *JAMA* 1994;272:357-363
- 62) Solomon Z, Mikulincer M, Flum H. Negative life events, coping responses, and combat-related psychopathology: A prospective study. *J. Abnormal Psychology* 1988;97:302-307
- 63) Wagner D, Heinrichs M, Ehler U. Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in German professional firefighters. *Am J Psychiatry* 1988;155:1727-1732
- 64) Lewin TJ, Carr VJ, Webster RA. Recovery from post-earthquake psychological morbidity: who suffers and who recovers? *Aust N Z J Psychiatry* 1998;32:15-20
- 65) 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
- 66) Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL, Kramer TL. Vulnerability stress factors in development of posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis* 1992;180:424-430
- 67) Armenian HK, Morikawa M, Melkonian AK, Hovanesian AP, Haroutunian N, Saigh PA, Akiskal K, Akiskal HS. Loss as a determinant of TSSB in a cohort of adult survivors of the 1988 earthquake in Armenia: implications for policy. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:58-64
- 68) 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
- 69) McFarlane AC. The longitudinal course of posttraumatic morbidity: the range of outcomes and their predictors. *J Nerv Ment Dis* 1988;176:30-9

- 70) Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch. General Psychiatry* 1995;52:1048-1060
- 71) Davidson JRT, Hughes D, Blazer DG. Posttraumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychological Medicine* 1991;21:713-721
- 72) Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Posttraumatic stress disorder in the general population: findings of the Epidemiologic Catchment Area Survey. *New England Journal of Medicine* 1987;317:1630-1634
- 73) Davidson JRT: Posttraumatic stress disorder, risk factors and comorbidity. *Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 7th Ed.* 2000;Vol(1):1448
- 74) Fairbank JA, Ebert L, Costello EJ: Epidemiology of traumatic events and posttraumatic stress disorder. *Posttraumatic Stress Disorder: Diagnosis, Management and Treatment* 2000;16-25
- 75) Martin L. Korn, MD, Recent Developments in the Science and Treatment of PTSD; American Psychiatric Association 155th Annual Meeting/Anxiety Disorders and ADHD, June 20 2002
- 76) Freedman A.S., Brandes D. Predictors of chronic posttraumatic stress disorders. (1999) *British J of Psych.* 174, 353-359
- 77) Amir M.; Kaplan Z.; Efroni R.; Kotler M.:Suicide risk and coping styles in posttraumatic stress disorder patients: *Psychotherapy and Psychosomatics*: 68/2 (76-81) 1999
- 78) Koopman C, Classen C, Spiegel D. Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors: a survivor of the Oakland/Berkeley, Calif, firestorm. *Am J Psychiatry* 1994;151:888-894
- 79) Parye R, Turns DM, Tobias CR. A case of delayed recognition of PTSD. *Am J Psychiatry* 1986;143:941-36
- 80) Alarcon RD, Glover SG, Deering CG: The Cascade Model: An Alternative to Comorbidity in the Pathogenesis of Posttraumatic Disorder. *Psychiatry*, Summer 1999;Vol.62, 114-124
- 81) Jacobsen KL, Southwick MS, Kosten RT: Substance Use Disorder in Patients With Posttraumatic Stress Disorder: A Review of the Literature. *Am J Psychiatry* 2001;158:1184-1190
- 82) Terence M, Keane and Danny G Kaloupek: Comorbid Psychiatric Disorder in PTSD. *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*,1997;24-34
- 83) Pearlstein T: Antidepressant Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry* 2000;61(suppl7):40-43

- 84) Brady KT, Killen TK, Brewerton T, Luccerini S: Comorbidity of Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry* 2000;61(suppl7):22-32
- 85) Shalev YA, Peri T, Canetti L, Schreiber S: Predictors of PTSD in Injured Trauma Survivors: A Prospective Study. *Am J Psychiatry* 1996;153:219-225
- 86) Burnello N, Davidson JR, Deahl M, Kessler RC, Mendlewicz J, Racagni G, Shalev AY, Zohar J: Diagnosis and epidemiology, comorbidity and social consequences, biology and treatment. *Neuropsychobiology Posttraumatic stress disorder* 2001;43(3):150-62
- 87) O'Toole BI, Marshall RP, Schureck RJ, Dobson M: Posttraumatic stress disorder and comorbidity in Australian Vietnam veterans: risk factors, chronicity and combat. *Aust NZJ Psychiatry* 1998;Feb:32(1)32-42
- 88) Livanou M, Basoglu M, Salcioglu E, Kalendar D. Traumatic stress responses in treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. *J Nerv Ment Dis.* 2002 Dec;190(12):816-23
- 89) Njenga FG, Nicholls PJ, Nyamai C, Kigamwa P and Davidson JRT. Post-traumatic stress after terrorist attack: psychological reactions following the US embassy bombing in Nairobi. *British Journal of Psychiatry*, 2004;185:328-333
- 90) Bleich A, Gelkopf M, Solomon Z. Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *JAMA*, August 2003;290:612-620
- 91) Ohtani T, Iwanami A, Kasai K, Yamasue H, Kato T, Sasaki T and Kato N. Post-traumatic stress disorder symptoms in victims of Tokyo subway attack: a 5-year follow-up study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2004;58:624-629
- 92) Galea S, Ahern J, Resnick H, et al. Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *N Engl J Med* 2002;346:982-987
- 93) Chou FH, Su TT, Chou P, Ou-Yang WC, Lu MK, Chien IC. Survey of psychiatric disorders in a Taiwanese village population six months after a major earthquake. *J Formos Med Assoc.* 2005 May;104(5):308-17
- 94) Jordan NN, Hoge CW, Tobler SK, Wells J, Dydek GJ, Egerton WE. Mental health impact of 9/11 Pentagon attack: validation of a rapid assessment tool. *Am J Prev Med.* 2004 May;26(4):284-93
- 95) North CS, Smith EM, Spitznagel EL. *Am J Psychiatry* 1997;154:1696-1702
- 96) Keane TM, Kaulopek DG, Ann NY: Comorbid psychiatric disorders in PTSD. Implications for research; *Acad Sci* 1997 Jun 21;821:24-34
- 97) Simon NS, Smoller JW, Fava M et al. Comparing anxiety disorders and anxiety-related traits in bipolar disorder and unipolar depression. *J Psychiatr Res* 2003;37:187-192

- 98) McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T et al. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158:420-426
- 99) Otto MW, Perlman CA, Wernicke R, Reese HE, Bauer MS, Pollack MH. Posttraumatic stress disorder in patients with bipolar disorder: a review of prevalence, correlates, and treatment strategies. *Bipolar Disord* 2004;6:470-479
- 100) Maes M, Mylle J, Delmeire L, Altamura C. Psychiatric morbidity and comorbidity following accidental man-made traumatic events: incidence and risk factors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2000;250(3):156-62
- 101) Dixon A, Howie P, Starling J. Trauma exposure, posttraumatic stress, and psychiatric comorbidity in female juvenile offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005 Aug;44(8):798-806
- 102) Pitman RK, Orr SP, Forgue DF, Altman B, de Jong JB, Herz LR. Psychophysiologic assessment of post-traumatic stress disorder imagery in Vietnam Combat veterans. *Arch. General Psychiatry* 1987;44:970-975
- 103) Blanchard EB, Rowell D, Kuhn E, Rogers R, Wittrock D. Posttraumatic stress and depressive symptoms in a college population one year after the September 11 attacks: the effect of proximity. *Behaviour Research and Therapy* 43, 2005:143-150
- 104) McDermott BM, Lee EM, Judd M, Gibbon P. Posttraumatic stress disorder and general psychopathology in children and adolescents following a wildfire disaster. *Can J Psychiatry*. 2005 Mar;50(3):137-43

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU TESPİT ANKETİ

AD SOYAD:.....

DOĞUM YILI:.....

CİNSİYET: Bay Bayan

ADRES:.....

TELEFON:.....

1-) Patlama olayını yoğun korku, dehşet ve çaresizlik içinde yaşadınız mı?

EVET HAYIR

Bu olayı aşağıdakilerden biriyle herhangi bir şekilde son BİR AYDIR tekrar yaşadınız mı?

2-) Son BİR AYDIR tekrarlanan, huzursuzluk veren anılar ve/veya rüyalar?

EVET HAYIR

3-) Son BİR AYDIR sanki olay yeniden oluyor gibi davranmak veya hissetmek?

EVET HAYIR

4-) Son BİR AYDIR olayı anımsatan şeylerle karşılaştığınızda yoğun fiziksel (çarpıntı, tıkanma, terleme vs.) ve/veya ruhsal bozukluk?

EVET HAYIR

Olayı anımsatanlardan kaçınıyor ve daha önceki hayatınıza göre uyumuşluk hissini aşağıdaki biçimlerde yaşıyor musunuz?

5-) Son BİR AYDIR olay hakkındaki düşünce, duygu ve konuşmalardan kaçınmak?

EVET HAYIR

6-) Son BİR AYDIR olayı anımsatan faaliyet, yer ve kişilerden kaçınmak?

EVET HAYIR

7-) Son BİR AYDIR olayın önemli bölümlerini hatırlama güçlüğü?

EVET HAYIR

8-) Son BİR AYDIR hayatınızdaki önemli faaliyetlere ilgi kaybı?

EVET HAYIR

9-) Son BİR AYDIR diğer insanlardan kopmuşluk?

EVET HAYIR

10-) Son BİR AYDIR duygularınız boyutlarında kısıtlılık hissetmek?

EVET HAYIR

11-) Son BİR AYDIR geleceğiniz eskisi gibi olmayacağını hissetmek (örn. normal hayata dönememek, gelecekte işte ilerleme düşünememek gibi)?

EVET HAYIR

Aşağıdakilerden sizde görülüyor mu?

12-) Son BİR AYDIR uyku sorunu?

EVET HAYIR

13-) Son BİR AYDIR çabuk kızma veya öfke patlaması?

EVET HAYIR

14-) Son BİR AYDIR dikkati toplama güçlüğü?

EVET HAYIR

15-) Son BİR AYDIR tetikte hissetme?

EVET HAYIR

16-) Son BİR AYDIR abartılmış irkilme hissi?

EVET HAYIR

17-) Son BİR AYDIR bu belirtileriniz günlük hayatınızı etkiledi mi?

EVET HAYIR

18-) Patlamayla ilgili düşünceler gün içerisinde ne kadar zamanınızı alıyor?

(Bu düşünceler kısa ve gelip geçici ise saat olarak belirtilmesi güç olabilir. Bu durumlarda patlama ile ilgili düşüncelerin oluş sıklığına göre süreyi tahmin etmelisiniz. Bu düşüncelerin görülme sıklığını ve bu durumun günde kaç saat sürdüğünü göz önüne almalısınız).

Patlama ile ilgili düşünceler ne sıklıkla oluşuyor?

- 0) Yok
- 1) Hafif, günde 1 saatten az veya seyrek
- 2) Orta, günde 1-3 saat veya sık
- 3) Ciddi, günde 3-8 saat veya çok sık
- 4) İleri boyutlarda, günde 8 saatten fazla ya da yaklaşık sürekli

Medeni durumunuz:

- 0) Bekar
- 1) Evli
- 2) Boşanmış
- 3) Ayrı yaşıyor
- 4) Birlikte yaşıyor
- 5) Dul

Varsa çocuk sayısı ve yaşları:.....

Patlama esnasında hamile miydiniz?

- EVET HAYIR

Evetse kaç aylık hamileydiniz?.....

Patlamadan sonra doğum yaptınız mı?

- EVET HAYIR

Eğitim durumunuz:

- 0) Okur yazar değil
- 1) Okur yazar ya da ilkokul mezunu
- 2) Ortaokul mezunu
- 3) Lise mezunu
- 4) Üniversite mezunu

Patlamayı patlama bölgesinde mi yaşadınız?

- EVET HAYIR

Patlamada mahsur kaldınız mı? Kaldınız ise ne kadar süre?

- 0) Hayır
- 1) 1-8 saat
- 2) 8-24 saat
- 3) 1-3 gün
- 4) 3 gün üzeri

Yakınlarınız arasında ağır yaralanan oldu mu?

- 0) Hayır
- 1) Komşular ve akraba
- 2) Eş
- 3) Anne ve baba
- 4) Kardeş
- 5) Çocuk

Yakınlarınız arasında ölen oldu mu?

- 0) Hayır
- 1) Komşular ve akraba
- 2) Eş
- 3) Anne ve baba
- 4) Kardeş
- 5) Çocuk

Mahsur kalanları kurtarma çalışmalarına katıldınız mı? Katıldınız ise kimleri kurtardınız?

- 0) Hayır
- 1) Komşular ve akraba
- 2) Eş
- 3) Anne ve baba
- 4) Kardeş
- 5) Çocuk
- 6) Tanımadığımız kişiler, görevli ya da gönüllü

Evinizde/işyerinizde hasar var mıydı?

- 0) Hayır, yoktu
- 1) Evet, onarılmadan oturuldu
- 2) Evet, hasarlı onarılacak
- 3) Evet, hasarlı onarıldı, onarım yeterli
- 4) Evet, hasarlı onarım yetersiz
- 5) Evet, hasarlıydı kullanılmaz durumda
- 6) Evet, hasarlıydı yıkıldı

Patlamadan sonra tekrar evinize/işyerinize dönmeniz ne kadar zaman aldı?

- 0) Hiç
- 1) 1 hafta
- 2) 1 haftadan çok
- 3) 1 ay

Benzer terör eylemlerinden etkileniyor musunuz?

- 0) Hayır
- 1) Hafif derecede
- 2) Orta derecede
- 3) İleri derecede
- 4) Aşırı

Patlama beklentiniz var mı?

- EVET HAYIR

Patlama beklentiniz varsa bu doğrultuda ne gibi önlemler alıyorsunuz ve almayı düşünüyorsunuz?

- 0) Hiç önlem almıyorum
- 1) Yaşadığı/çalıştığı yerin yapısını güvenlik açısından araştırma
- 2) Aile bireylerinin/çalışanların patlama esnasında neler yapacağı konusunda eğitimi
- 3) İlk yardım çantası hazırlama
- 4) Bulunduğu yeri kendine göre daha güvenli hale getirme
- 5) Yaşadığı/çalıştığı yerleşim merkezinden taşınma
- 6) Profesyonel güvenlik yardımı alma

Aşağıdakilerden herhangi birini daha önce yaşadınız mı? O esnada kaç yaşındaydınız?

- 0) Yaşamadım
- 1) Doğal afet (deprem, sel)
- 2) Ciddi kaza (trafik, iş)
- 3) Cephe yaşantısı, patlama
- 4) Çocuklukta cinsel fiziksel taciz, ihmal edilme
- 5) İşkence görme, mültecilik, rehin alınma

- 6) Travmatik olaya şahitlik etme
- 7) Sevdiklerinin ani veya beklenmedik ölümü

Patlamayla ilgili sorunlarınız için hiç psikiyatrik tedavi gördünüz mü?

- EVET HAYIR

Tedaviniz patlamadan sonra ne kadar sonra başladı?

- a) Patlamadan sonraki iki hafta içinde
- b) Patlamadan sonra iki hafta ile üç ay arasında
- c) Patlamadan sonraki üç ay ile altı ay arasında
- d) Patlamadan sonraki altı aydan sonra

Görmüş olduğunuz tedavi ne kadar sürdü?

- a) Tedavim halen sürüyor
- b) 2 haftadan kısa
- c) 2 hafta ile 3 ay
- d) 3 ay ile 6 ay
- e) 6 aydan uzun

Patlamadan sonra herhangi bir ilaç tedavisi görmüş müydünüz?

- Evetse; a) İlk 3 ay
b) 6- 12 ay
c) 1 yıldan sonra

Halen herhangi bir tedavi görüyor musunuz?

- EVET HAYIR

Halen herhangi bir ilaç tedavisi görüyor musunuz?

İlaç(lar):.....

Doz:.....

Süre:.....

Kombinasyon:.....

Eğer herhangi bir tedavi görüyorsanız, psikoterapi uygulanıyor mu?

- EVET HAYIR

Eğer halen psikoterapi uygulanıyorsa ne zamandan beri psikoterapi uygulanıyor?

- a) 6 aydan az
b) 6 aydan fazla 1 yıldan az
c) 1 yıldan fazla 2 yıldan az
d) 2 yıldan fazla

Herhangi bir dönemde psikoterapi uygulandıysa ne sıklıkla psikoterapi gördünüz?

- a) Haftada bir
b) 2 haftada bir
c) Ayda bir
d) Diğer (vurgulayınız).....

Başka sorunlarınız için daha önce hiç psikiyatrik tedavi gördünüz mü?

- EVET HAYIR

Geçmişte görmüş olduğunuz tedavinin tipi ne idi?

Psikoterapi ise:

- a) Süre (ay olarak):.....
b) Sıklık:.....

İlaç tedavisi ise:

- a) İlaç(lar):.....
b) Doz:.....
c) Süre:.....