



T.C.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ANABİLİM DALI

**DEPREME BAĞLI EŞİKALTI TRAVMA SONRASI STRES
BOZUKLUĞU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Dr. Feride Gökben HIZLI

UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

ANKARA
2005



T.C.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ANABİLİM DALI

**DEPREME BAĞLI EŞİKALTI TRAVMA SONRASI STRES
BOZUKLUĞU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Dr. Feride Gökben HIZLI

UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Nilgün Taşkıntuna

ANKARA
2005

TEŞEKKÜR

Psikiyatri eğitimim boyunca her koşulda desteğini esirgemeyen, eğitimimde olduğu kadar tez çalışmamda da büyük emeği olan Doç. Dr. Nilgün Taşkıntuna'ya,

İstatistiksel analizlerin yapılmasına özveriyle yardımcı olan Uzm.Psk.Sedat Işıklı'ya,

Tez çalışmamın temel aldığı Ankara Deprem Taraması'nı planlayıp hayata geçiren ve araştırma tutkusunu her zaman örnek aldığım Prof. Dr. Cengiz Kılıç'a,

Birlikte çalışmaktan her zaman mutluluk duyduğum Dr.İsmail Aydın, Dr.Gamze Özçürümez, Dr.Özge Yenier Duman, Dr.Emine Eren Koçak, Dr.Tevfik Lale ve Uzm.Psk. Çağay Dürü'ye,

Eğitimime katkıda bulunan Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, S.B. Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği ve Başkent Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma ve çalışma arkadaşlarıma,

Psikiyatri eğitimimde büyük emeği olan, bilgi ve deneyimlerinden her zaman yararlandığım ve öğrencisi olmaktan onur duyduğum Prof. Dr. Leyla Zileli'ye en içten saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca hep yanımda olan aileme de, tüm eğitimim boyunca gösterdikleri özveri ve sabır için teşekkür ederim.

Dr. F.Gökben Hızlı

ÖZET

Hızlı Feride Gökben, Depreme bağlı eşikaltı travma sonrası stres bozukluğu ve ilişkili faktörler, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Uzmanlık Tezi, Ankara, 2005. Bu çalışmada, 1999 Ağustos veya Kasım depremlerini yaşamış ve halen Ankara'da ikamet eden depremzedelerde eşikaltı travma sonrası stres bozukluğu ve ilişkili incelenmiştir. Bu amaçla, çalışmaya katılmayı kabul eden depremzedelere klinik değerlendirme için Bileşik Uluslararası Tanı Görüşmesi ve Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği uygulanırken, yeti yitimi, yaşam kalitesi ve depresyon belirtilerinin değerlendirilmesi için Kısa Form-36, Kısa Yeti Yitimi Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. Sonuçta eşikaltı TSSB'si olan depremzedeler, TSSB olanlarla karşılaştırıldığında; yaşam kalitesindeki bozulma benzer bulunmuştur. Eşikaltı TSSB grubunda, travma yaşamamış sağlıklı kontrol grubuna göre yaşam kalitesi daha düşük ve yeti yitimi daha yüksek bulunmuştur. Bu araştırmanın sonuçları, daha önce yapılmış olan çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu biçimde, TSSB için DSM IV tanı kriterlerinin genişletilmesinin gerekliliğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: eşikaltı TSSB, deprem, yeti yitimi, yaşam kalitesi, komorbidite

ABSTRACT

Hızlı, Feride Gökben, Subthreshold post-traumatic stress disorder and associated factors in earthquake survivors, Department of Psychiatry, Başkent University Faculty of Medicine, *Dissertation Thesis*, Ankara, 2005. This study aims to investigate the subthreshold post-traumatic stress disorder (PTSD) and associated factors in people who survived the August and November 1999 earthquakes and are currently living in Ankara. Composite International Diagnostic Interview and Clinician Administered PTSD Scale are used for clinical interview whereas Short form-36, Brief Disability Scale and Beck Depression Scale are used to evaluate disability, quality of life and presence of depressive symptoms. Impaired life quality of individuals diagnosed as subthreshold post-traumatic stress disorder was similar with those diagnosed as PTSD. The patients with subthreshold post-traumatic stress disorder displayed lower quality of life and a higher degree of disability than those without any history of trauma. Our findings, consistent with previous reports on subthreshold PTSD, suggests that it is necessary to expand the boundaries of DSM-IV criteria for PTSD.

Key Words: subthreshold post-traumatic stress disorder, earthquake, impairment, quality of life, comorbidity

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
İNGİLİZCE ÖZET	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
TABLolar	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Problemin Tanımlanması	3
2.2. TSSB Teorilerinin Tarihçesi	4
2.3. DSM’de TSSB’nin Tarihçesi	7
2.4. DSM ve ICD’ye Göre TSSB Kriterleri	10
2.5. DSM-IV TSSB Tanı Kriterlerine Getirilen Eleştiriler	11
3. EŞİKALTI VE KISMİ TSSB KAVRAMLARI	13
3.1. Kavramların Tanımlanması	13
3.2. Eşikaltı TSSB’de Yeti Yitimi	16
3.3. Eşikaltı TSSB’de Psikiyatrik Komorbidite	17
4. ÇALIŞMANIN AMACI	18
5. YÖNTEM	18
5.1. Örneklem	18
5.2. Uygulama	20
5.3. Kullanılan Ölçekler	20
5.3.1. CIDI	20
5.3.2. TSSB-Ö	20

5.3.3. BDÖ	21
5.3.4. TSBÖ	21
5.3.5. SF-36	21
5.3.6. KYY	22
6. İSTATİSTİK ANALİZ	22
7. BULGULAR	23
7.1. Örneklemin Özellikleri	23
7.2. Gruplar Arası Farklılıklar	24
7.2.1. İşlevsellik Düzeyi Açısından Farklılıklar	24
7.2.2. Yeti Yitimi Açısından Farklılıklar	25
7.2.3. Yaşam Kalitesi Açısından Farklılıklar	26
7.2.4. Psikiyatrik Komorbidite Açısından Farklılıklar	34
8. TARTIŞMA	35
9. SONUÇ VE ÖNERİLER	39
KAYNAKLAR	41
EKLER	
EK 1: CIDI	
EK 2: TSSB-Ö	
EK 3: BDÖ	
EK 4: SF-36	
EK 5: KYA	

SİMGELER VE KISALTMALAR

BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
CIDI	Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (International Diagnostic Interview)
DSM	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
ICD	Hastalıklar ve İlgili Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırılması (International Classification of Diseases)
KYA	Kısa Yeti Yitimi Anketi
SF-36	Kısa Form 36 (Short Form 36)
TSBÖ	Travmatik Stres Belirti Ölçeği
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TSSB-Ö	Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Ölçeği
WHO	Dünya Sağlık Teşkilatı (World Health Organization)

TABLOLAR

Tablo 2.1. DSM-IV TSSB Tanı Kriterleri	8
Tablo 7.1.1. Örneklemin sosyodemografik özellikleri	23
Tablo 7.2.1.1. TSSB / eşikaltı TSSB / travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında BDÖ puanları	24
Tablo 7.2.1.2. TSSB / eşikaltı TSSB / travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında BDÖ puanı için yapılan Tukey testi sonucu	25
Tablo 7.2.2.1. TSSB / eşikaltı TSSB / travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında yeti yitimi puanları	25
Tablo 7.2.3.1. TSSB / eşikaltı TSSB / travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 fiziksel fonksiyon alt test puanları	26
Tablo 7.2.3.2. TSSB / eşikaltı TSSB / travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 fiziksel fonksiyon alt testi için yapılan Tukey testi sonucu	26
Tablo 7.2.3.3. TSSB / eşikaltı TSSB / travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 fiziksel rol güçlüğü puanları	27
Tablo 7.2.3.4. TSSB / eşikaltı TSSB / travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF- 36 fiziksel rol güçlüğü puamı için yapılan Tukey testi sonucu	27
Tablo 7.2.3.5. TSSB / eşikaltı TSSB / travma yaşamış kontrol ve	

travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 ağrı alt testi puanları	28
Tablo 7.2.3.6. TSSB / eşikaltı TSSB / travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 genel sağlık alt testi puanları	28
Tablo 7.2.3.7. TSSB / eşikaltı TSSB / travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 genel sağlık alt testi için yapılan Tukey testi sonucu	29
Tablo 7.2.3.8. TSSB / eşikaltı TSSB / travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 vitalite (enerji) alt testi puanları	29
Tablo 7.2.3.9. TSSB / eşikaltı TSSB / travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 vitalite (enerji) alt testi puanları için yapılan Tukey testi sonucu	30
Tablo 7.2.3.10. TSSB / eşikaltı TSSB / travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 sosyal fonksiyon alt testi puanları	30
Tablo 7.2.3.11. TSSB / eşikaltı TSSB / travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 sosyal fonksiyon alt testi puanları için yapılan Tukey testi sonucu	31
Tablo 7.2.3.12. TSSB / eşikaltı TSSB / travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 emosyonel rol güçlüğü alt testi puanları	31
Tablo 7.2.3.13. TSSB / eşikaltı TSSB / travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 emosyonel rol güçlüğü puanı için yapılan Tukey testi sonucu	32

Tablo 7.2.3.14. TSSB / eşikaltı TSSB / travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 mental sağlık alt testi puanları	32
Tablo 7.2.3.15. TSSB / eşikaltı TSSB / travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 mental sağlık alt testi puanı için yapılan Tukey testi sonucu	33
Tablo 7.2.4.1. Gruplar arasında psikiyatrik komorbidite farklılığını saptamak için uygulanan Kruskal-Wallis testi sonucu	34

1. GİRİŞ

Dünyada her yıl milyonlarca insan doğal felaketlerden etkilenmektedir. Doğal felaketler öngörülemez, kontrol edilemez, ani ve şiddetli olmaları sebebiyle insan eliyle gerçekleşen travmalardan farklıdır. Dahası doğal felaketler sadece bireyleri değil, bir bütün olarak toplumu etkilerler.

Travma yaşamış kişilerde travmayı takip eden günlerde uykusuzluk, kabuslar, olayla ilgili anıların rahatsız edici biçimde sık sık hatırlanması, sürekli olarak olayın tekrarlanacağı korkusu ve bu nedenle diken üstünde hissetme, kolay irkilme, kolay sinirlenme, gelecekle ilgili plan yapamama, yabancılaşma (başkaları beni veya yaşadıklarımı anlamıyor hissi), olayı hatırlatan durumlarda huzursuz olma ve bu durumlardan kaçınma gibi belirtiler görülür. Bu belirtilerin birçoğu travmayı yaşayan çoğu kişide görülür ve genellikle birkaç hafta içinde kendiliğinden düzelir, ancak bazı kişilerde aylarca, hatta yıllarca sürebilir. Seksen yaşın üstünde hala II. Dünya Savaşı travmasının izlerini taşıyan gaziler bildirilmiştir. (Kidson ve ark. 1993).

TSSB kronik yeti yitimine sebep olan bir rahatsızlık olabildiği için ruh sağlığı alanında çalışanlar, travma yaşayan bireylerin travmatik olaylara tepkilerini ve travmanın sosyal ve mesleki işlevselliğe etkilerini doğru tanımak durumundadırlar. Travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) önemi herkesçe bilinmekle birlikte, eşikaltı travma sonrası stres bozukluğunun TSSB'den ayrı bir problem olup olmadığı yeterli sayıda araştırma yapılmamış olması sebebiyle açığa kavuşmamıştır.

Daha önce yapılmış olan araştırmalarda travma yaşamış kişilerin travmaya cevapları araştırılmış ve TSSB'ye travma sonrasında sık rastlandığı ve tanısız geçerliğinin olduğu konusunda fikir birliğine varılmıştır. DSM-IV'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Mental Bozuklukların Tanısız ve Sayımsız Elkitabı) 17 TSSB belirtisi üç kümede toplanır: Yeniden yaşama, kaçınma/küntleşme ve aşırı uyarılmışlık belirtileri (APA, 1994). Her ne kadar DSM'de sunulan kriterlerin geçerliliği kabul edilse ve araştırmalarda yaygın biçimde kullanılsa da bu üç belirti kümesiyle ilgili çeşitli tartışmalar yaşanmaktadır. Daha önce yapılmış olan faktör analizi çalışmalarında farklı travmatik deneyimleri olan hasta grupları için farklı faktör yapıları bildirilmiş (Carr ve ark., 1997). Bazı araştırmacılar kaçınma ve duygusal küntleşme belirtilerinin eş zamanlı

görülemeyebileceğini, bu sebeple aynı belirti kümesinde yer almamaları gerektiğini vurgulamışlar (McMillen ve ark., 2000). Ayrıca kaçınma belirtilerinin aktif kaçınma (travmayı anımsatan etkinlik yer ve kişilerden kaçınma gibi) ve pasif kaçınma (ilgi ve aktivite düzeyinde azalma gibi) olarak ikiye ayrılmasının gerektiği de araştırmacılar tarafından bildirilmektedir (Anthony ve ark., 1999). Kaçınma belirti kümesinde önerilen kriterlerin oldukça katı olduğu, doğal felaketler gibi kişinin sosyal destek alma ihtimalinin daha yüksek olduğu travmalardan sonra kısıtlı duygulanım cevabının daha az oranda izlenebileceği bildirilmiştir (Davidson ve ark., 1991).

TSSB ile diğer psikiyatrik tanıların birlikteliği konusunda araştırmalar yürütülmektedir. Ancak bu çalışmalardaki önemli bir zorluk TSSB'nin tanımlanma biçiminin araştırmalar arasında farklılık gösterebilmesidir (Davidson ve ark., 1991). Bu çalışma eşikaltı psikiyatrik bozukluklar için de temel oluşturmaktadır. TSSB ve tanı sınırlarının, psikiyatrik morbidite ve travmatik olayların klinik etkisini daha iyi anlayabilmek için netleşmesine gereksinim vardır.

“Travma sonrası” fenomen sadece psikiyatrik tanı ya da DSM gibi profesyonel başvuru araçlarında belirtilen bir tanı algoritması değildir. Bazı klinisyenler tanı kümelerinin doğru belirlenmesinin, travma sonrası reaksiyonların tedavisinin planlanmasında önemli olduğunu belirtirler (Wilson ve ark., 2001). Ayrıca eşikaltı belirtilerin yeti yitimine sebep olabilmesi nedeniyle tablonun kronikleşmemesi için uygun müdahale gerektirdiği de bildirilmiştir (Marshall ve ark., 2001).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Problemin Tanımlanması

TSSB'nin psikiyatrik bir bozukluk olarak kabul edilmesinden sonra, bozukluğun tanım, değerlendirme ve tedavi yöntemlerine odaklanan çok sayıda araştırma yapılmıştır. Her ne kadar DSM-IV ve ICD-10'da (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Hastalıklar ve İlgili Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırılması)(WHO, 1992) TSSB için bir tanım ve sınıflama bildirilmişse de, bozukluğa ait tanı kriterleri konusunda tartışma devam etmektedir. TSSB tanısının geçerliliği için gerekli olan eşik düzeyi de tartışmalıdır. Bu konuda özellikle savaş gazilerinde yapılan çalışmalar yol gösterici olmuştur (Shalev ve ark.,1996). Forbes ve arkadaşlarına göre (2003) çoğu araştırmada tedaviden sonra bazı belirtiler devam etmekte, tedaviye heterojen yanıt izlenmektedir. Pek çok travma kurbanı çoğu tedavi biçiminden sınırlı fayda görmektedir ve erken müdahale TSSB tedavisinde kritik önem taşımaktadır. Bu sebeple eşikaltı TSSB belirtileri bozukluğun kronikleşmesini önleme ve tedavi modellerinde önem taşımaktadır. Eşikaltı sendromlar sadece TSSB ile ilgili bir problem değildir, diğer ruhsal bozuklukların da eşikaltı formlarının, örneğin depresyon (Broadhead ve ark. 1990), ya da sosyal fobi (Davidson ve ark. 1994) sadece sık olarak görülmekle kalmadığı, aynı zamanda sıklıkla yeti yitimine sebep olduğu da bildirilmektedir.

Subklinik TSSB belirtileri gösteren grupta yeti yitiminin boyutu ile ilgili yeterli bilgi yoktur. Ancak bazı araştırmacılar eşikaltı TSSB'nin neredeyse TSSB kadar olumsuz etkiye yol açtığını ve iki grup arasındaki tek farkın bazı tanı kriterlerinin karşılanmaması olduğunu düşünseler de, eşikaltı psikiyatrik bozukluklar çoğu araştırmacı tarafından göz ardı edilmiştir (Marshall ve ark., 2001). Zlotnick ve arkadaşları (2002) ve Marshall ve arkadaşları (2001), stres etkeni, stres cevabı ve stresle ilişkili bozuklukları tanımlarken belirli tanı kriterleri kullanmanın getirdiği zorluklara değinmişlerdir.

Eşikaltı TSSB kavramının anlaşılabilmesi için öncelikle DSM-IV'teki TSSB tanı kriterleri ve bozukluğun taksonomik değerlendirilmesinin tarihçesi ele alınacaktır.

2.2. TSSB Teorilerinin Tarihçesi

TSSB tanısının gelişimi tarihsel, politik ve sosyal olaylarla ilişkilidir. TSSB tanısı, ağır travmatik olayların kişilerde kronik klinik bozukluklara sebep olabileceği düşüncesi üzerine temellenmiştir. Travma ve stresin insanda psikiyatrik belirtilere sebep olabileceği düşüncesinin kökleri doğal felaketlerle ilgili literatüre dayanırken, stresin psikiyatrik hastalığı tetiklediği düşüncesi de nozolojik sınıflama sistemlerinin gelişiminde yol gösterici olmuştur (Kaplan ve Sadock, 1998). Aşağıda TSSB tarihçesi ile ilgili bilgiler, maddeler halinde verilmiştir (Yarvis, 2004).

- 1666 Samuel Pepys'in günlüğünde Büyük Londra yangınına olan travma sonrası tepkisi dikkat çekmektedir.
- 1812 Napolyon'un askeri hekimlerinin tuttuğu savaş notlarında İsveçli askerlerde savaş stresi tepkisi gözlemlendiği yer almaktadır.
- 1865 Askeri hekimler savaş travması sonrası klinik tabloyu "Da Costa Sendromu" ya da "Askerin İrritabl Kalbi" olarak adlandırmışlardır.
- 1885 Charcot, tren kazalarından sonra paralizi ve kronik ağrı ile karakterize fonksiyonel bozukluğa "demiryolu omurgası" (railway spine) adı vermiştir.
- 1889 Oppenheim, sinir sistemi dokusundaki moleküler bozukluğu tarif etmek için "travmatik nevroz" terimini kullanmıştır.
- 1893 Freud, kadınlarda paralizi ve diğer nevrotik belirtilerin histeriyle ilişkili olduğunu belirtmiştir.
- 1919 Frederick Mott ve Ernest Southard, savaşın psikolojik ve nörolojik etkileri olduğunu bildirmişlerdir. T.W. Salmon savaş sonrası stres tepkilerine patlayan bombaların beyne giren ufak parçalarının neden olduğunu düşünerek tabloya "kovan şoku" (shell shock) adını vermiştir.
- 1943 Adler, Boston Coconut Gece Kulübü yangınına yaşayanlarda travma sonrası mental komplikasyonlar tarif etmiştir.

- 1945 Grinkel ve Spiegel, II. Dünya Savaşı gazilerinde görülen “savaş nevrozu” belirtilerini sıralamışlardır.
- 1952 DSM-I’de II. Dünya Savaşı gazilerinde ağır fizik zorlanma ya da savaştaki gibi yoğun strese maruz kalınan durumlarla ilişkili “Büyük Stres Reaksiyonu” tanımlanmıştır.
- 1962 Toplama kamplarından kurtulanlarda “Buchenwald Sendromu” tanımlanmıştır.
- 1968 DSM-II’de “Büyük Stres Reaksiyonu”nun yerini “Geçici Durumsal Bozukluk” almıştır.
- 1974 Burgess ve Holmstrau “Tecavüz Travması Sendromu” fikrini savunmuşlardır.
- 1975 Horowitz ve Solomon, kuzeydoğu Asya’daki gazilerle yaptıkları çalışmaların ardında “Gecikmiş Stres Sendromu” nu tanımlamışlardır.
- 1980 DSM-III’te TSSB tanısı yer almıştır.
- 1987 DSM-III-R’de TSSB tanısı yer almıştır.
- 1992 ICD-10, travma sonrası reaksiyon için farklı kriterler sunmuştur.
- 1994 DSM-IV’te “akut stres reaksiyonu” yer almıştır.
- 1999 Eşikaltı TSSB için ilk geniş komorbidite çalışması Marshall ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.
- 2000 DSM-IV-TR’de “Başka Türlü Adlandırılmayan Stres Bozuklukları” yer almıştır.
- 2001 Zlotnick ve arkadaşları eşikaltı TSSB’nin klinik anlamlılığını sorgulayan araştırma yapmışlardır.

TSSB ile ilgili modern teoriler 19. yüzyılda travmatik nevroz kavramının ortaya atılması ile başlamıştır. Yüzyılın ortasından itibaren yaşanan demiryolu

kazaları sonrası kronik ağrı ve paralizisi belirtileri ile başvuran hasta sayısında belirgin artış gözlenmiştir. Bu belirtiler öncelikle spinal kord hasarına bağlanmıştır. Ancak klinik muayene ve otopsiler sonucunda doku hasarı ile yeti kaybı derecesinin orantılı bulunamaması üzerine 1885'te "demiryolu omurgası" fonksiyonel bir bozukluk olarak kabul edilmiştir (Jones 1995).

Charcot, "histerik" kadınlarda paralizisi ve diğer belirtileri tarif etmiş ve sonrasında Freud 1893'te histerinin psikolojik kökene sahip olduğunu belirtmiştir (Laughlin,1967). Charcot ise histerinin ve belirtilerinin nörolojik kökenli olduğunu düşünmekteydi. 1889'da Charcot'nun öğrencisi Oppenheim, sinir sistemi dokusunun yapısındaki moleküler bozulmayı tanımlamak için "travmatik nevroz" terimini kullanmıştır (Robitscher, 1971). Freud daha sonra Breuer ile ortak çalışması olan "Histeri Üzerine" de histerik belirtilere yatkın olan kişilerde travmatik bir olayla karşılaşınca ortaya çıkan "hipnoid" durumdan bahsedilmiştir (Strachey ve Freud, 1957). Freud histerideki travmatik olayın cinsel travma olduğunu savunmuştur. Ancak daha sonra her olguda yaşanmış cinsel travma gösterilememesi üzerine, Freud, fantezideki cinsel travmanın da histeriye sebep olabileceğini belirtmiştir (Freud, 1955a). Ayrıca Freud savaş nevrozunu da ego yapıları (id, ego ve süperego) ve dürtüler (libido, destrudo) arasındaki çatışmaya bağlamıştır (Freud, 1955b).

Psikolojik travmanın fiziksel olarak yeti yitimine sebep olabileceği, I. Dünya Savaşı sırasında stres tepkilerine, bomba parçalarıyla sinir sisteminin etkilenmesine bağlı olduğu düşünülen "kovan şoku" (shell shock) adı verilen olguların izlenmesi ile anlaşılmıştır (Salmon, 1929). Daha sonra bu belirtilerin sinir sistemi zedelenmeyen askerlerde de görüldüğü fark edilmiştir. Önceleri nörolojik kökenli bir bozukluk olarak kabul edilen travmatik nevrozda psikolojik kökenle ilişkili teoriler üretilmeye başlanmıştır. Travmatik nevroz, somatoform bozukluklar spektrumunda bir bozukluk olarak kabul edilmiş ancak duygudurum bozukluğu ve davranım bozukluğu gösteren olgular bir tanı kategorisine sokulmakta zorlanılmıştır (Jones, 1995). Günümüzde ise TSSB, bir bunaltı bozukluğu olarak sınıflama sisteminde yerini almıştır (APA, 1980, 1987, 1994, 2000).

2.3. DSM'de TSSB'nin Tarihçesi

Kökeninde travmatik olaylar olan bir sendromun dikkat çekmesinden sonra DSM-III'te (APA, 1980) TSSB ilk defa tanımlanmıştır. Bu alandaki çalışmaların sonucunda 1980 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM-III'e TSSB sendromunu eklemiştir. TSSB'nin bu ilk tanımından sonra Vietnam gazilerinde travmanın etkisini standart biçimde değerlendirebilmek mümkün olmuştur (Zimering ve ark, 1993). DSM-III'ün yayınlanması ile travmayla ilişkili bir takım belirtileri olan hastalar ilk kez bir tanı kategorisinde toplanmışlardır (Van der Kolk, 1996). Bu şekilde TSSB'ye yol açan etken; kişinin kendi kişilik özelliklerindeki yetersizlik veya güçsüzlük olarak değil, kendisi dışında bir travmatik yaşantı olarak tanımlanmıştır. DSM-III'te travma, her zamanki insan deneyimleri dışında bir stres ör (tecavüz, savaş, işkence, vb.) olarak tanımlanmıştır. Ancak travmatik deneyim de ağrı gibi, tamamen nesnelleştirilebilecek bir dış olgu değildir. Ağrı gibi, travmatik yaşantıların da tehdit olarak algılanmadan önce bilişsel ve duygusal süreçlerden geçirilip işlenmesi gerekmektedir. Bu işleme sürecindeki bireysel farklılıklar nedeniyle, insanların travma eşikleri birbiriyle aynı değildir. Dolayısıyla bazı insanlar stresli durumlarda TSSB geliştirmeye daha yatkınken, bazıları ise buna dirençlidir. Yani insanların çoğu her zamanki insan deneyimleri dışında bir stres öre duyarlıyken, bazıları daha düşük şiddetteki travmalarla da klinik belirtileri gösterebilmektedir. Bu gerçekten hareketle travma tanımında bazı değişiklikler yapılması gerekmiştir. İlerleyen yıllarda TSSB tanı kriterleri DSM-III-R 'de (1987), DSM-IV'te (1994) ve DSM-IV-TR'de (2000) yeniden gözden geçirilerek bazı düzeltmeler yapılmıştır. DSM-IV ve DSM-IV-TR'de TSSB tanı ölçütleri arasında farklılık izlenmemektedir. Şu an kullanılmakta olan DSM-IV-TR (APA, 2000) ilgili klinik fenomenoloji, epidemioloji ve diğer bozukluklarla olan ilişkilere ait literatürün ve çok merkezli klinik ve toplum çalışmalarının gözden geçirilmesi ile oluşturulmuştur (Saigh ve Bremner, 1999). DSM-IV'de tanımlandığı üzere TSSB'de kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit yaratan olayı yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiş ve aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme tepkisi vermiştir.

Tablo 2.3.1. DSM-IV TSSB Tanı Kriterleri

<p>A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:</p>
--

(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 (Çocuklar bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışla tepkilerini dışa vurabilirler).

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 (Küçük çocuklar travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler).

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

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

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

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

C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma Travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları

(1) Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları

(2) Travmayla ilgili düşünce ve duygulardan kaçınma çabası

(3) Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama

(4) Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması

(5) İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları

(6) Duygulanımda kısıtlılık (örneğin sevme duygusunu yaşayamama)

(7) Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (örn. Bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama)

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

(1) Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük

(2) İrritabilite 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

DSM-IV'e göre travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısının konulabilmesi için yeniden yaşanan belirtilerden en az bir ölçütün, kaçınma ve genel tepki düzeyinde azalma belirtilerinden en az iki ölçütün karşılanması gerekmektedir. Bu klinik durum bir aydan uzun sürmeli ve işlevsellikte bozulmaya neden olmalıdır. Belirtiler üç aydan kısa sürerse akut, uzun sürerse kronik, stres etkeninden en az altı ay sonra başlamışsa gecikmiş olarak tanımlanır.

2.4. DSM ve ICD'ye Göre TSSB Kriterleri

DSM-IV ve ICD-10'daki tanı gruplarının benzer olmakla birlikte tamamıyla aynı olmadıkları bilinmektedir. Klinisyenler için ICD-10 ve DSM-IV arasındaki ufak farklılıklar çok da önemli değildir ve bu farklılıklar tedavide değişikliğe yol açmaz (Peters ve ark, 1999). Ancak epidemiolojik çalışmalarda ve araştırmalarda tanı kriterleri daha önemli hale gelir. DSM-IV'e ve ICD-10'a göre tanıların denkleğini araştıran çalışmalar çok nadirdir. Bu araştırmaların çoğu, iki tanı sistemi arasında belirgin farklılıklar bulunan madde kullanım bozuklukları ile ilgilidir. Fobiler, panik bozukluğu, yaygın bunaltı bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve depresyon tanılarının her iki tanı sistemindeki denkleği ile ilgili çalışmalar da mevcuttur. (Andrews, 98 a,b)

Gerek DSM-IV, gerekse ICD-10 TSSB'yi tanımlarken, travmayı takiben ortaya çıkan bir semptom kümesini tarif ederler. Travmatik olayın tanımını ICD-10 ve DSM-III-R'de benzerdir. Travmatik olay "hayatı tehdit edici ve katastrofik" olmalıdır ve benzer stresörle karşılaşan hemen herkeste yoğun sıkıntıya yol açabilmelidir. DSM-IV'te ise TSSB'de kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit yaratan olayı yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiş ve aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme tepkisi vermiştir. Yani bireyin olaya tepkisi DSM-IV'te tanı kriterleri arasında önemli bir konumdayken, ICD-10'da değildir.

Her iki tanı sisteminde de C grubu kriterleri olarak kaçınma belirtileri sıralanmıştır. Ancak DSM-IV'te olayın önemli bir yönünü anımsamakta zorluk ve duygusal tepkilerin küntleşmesi ile ilgili dört belirti de bu kümeye eklenmiştir. Olayın önemli bir yönünü anımsamakta zorluk DSM-IV'te C grubunda yer alırken, ICD-10'da D grubu kriteridir.

DSM-IV'te semptomların süresinin en az bir ay olması gerektiği belirtilirken, ICD-10'da olaydan sonra şikayetlerin başlangıcı için geçen sürenin en fazla altı ay olması kriter olarak belirtilmiştir. Ayrıca DSM-IV'te, ICD-10'dan farklı olarak belirtilerin kişide belirgin sıkıntı ve fonksiyon kaybına yol açması şartı mevcuttur.

ICD-10 ve DSM-IV tanılarını karşılaştıran bir çalışmada 1364 gönüllüye CIDI 2.0 uygulanmış. Hastaların %3'ü DSM-IV'e göre travma sonrası stres bozukluğu tanısı alırken, ICD-10'a göre hastalık tanısı alanların oranı %7 olarak

bulunmuş. Tanısı farklılık gösteren hastaların %48'i DSM-IV'teki belirtilerin klinik olarak belirgin sıkıntı ve fonksiyon kaybına yol açması kriteri sebebiyle DSM-IV'e göre hastalık tanısı almadıkları belirtilmiş. Tanıda farklılık gösteren hastaların %18'i ise duygulanımda genel kısıtlılık maddesi sebebiyle DSM-IV'e göre tanı alamamışlar. Foa ve arkadaşları (1995) duygulanımda kısıtlılığın TSSB olan ve olmayan cinsel saldırı kurbanı kadınlar arasındaki önemli fark olduğunu belirtmişlerdir. ICD-10'un klinik tarif kısmında duygusal tepkisellikte azalmanın travma sonrası stres bozukluğunun kliniğinde önemli olduğu belirtilmiştir, ancak bu belirti tanı kriterleri arasında sayılmamıştır. Bu araştırma duygulanımda kısıtlılık maddesini tanı kriterleri dışında bırakmanın önemli tanı farklılıklarına yol açabileceğini göstermektedir.

Tanı sistemleriyle ilgili bir başka zorluk da DSM-IV'te kaçınma ve duygulanımda kısıtlılık belirtilerinin C grubu tanı kriterleri olarak birlikte sınıflanmış olmasıdır. Bu birlikte sınıflanma nedeniyle, DSM-IV'te TSSB travma tanısı koyabilmek için gerekli olan C kümesinde üç belirtinin bulunması şartı, kaçınma belirtisi olmaksızın da sağlanabilir.

Foa ve arkadaşları (1995) ve King ve arkadaşları (1998), duygusal kısıtlılık ve kaçınma ile ilgili belirtilerin farklı semptom kümeleri olduğunu, duygulanımda kısıtlılık belirtisi olan bazı hastalarda kaçınma olmayabileceğini vurgulamışlardır (Kessler, 1995).

2.5. DSM-IV TSSB Tanı Kriterlerine Getirilen Eleştiriler

TSSB tanı kriterlerinin uygunluğunu tartışan pek çok araştırma yayınlanmıştır (Davidson ve ark.,1993a; Schwarz ve ark., 1991; Solomon ve ark., 1990). Deneysel çalışmalar DSM-IV'e göre TSSB tanı kriterleri arasında bulunan kaçınma kriterlerini karşılayamadıkları için semptomatik olan çok sayıda kişinin TSSB tanısı almadığını göstermektedir. Çalışmaların sonuçlarına göre TSSB tanısı alan hasta gruplarında yeniden yaşama ya da aşırı uyarılmışlık kriterlerinin karşılanma yüzdesi, kaçınma kriterlerinin karşılanmasına kıyasla daha fazladır (Kilpatrick ve ark., 1993; Schützwohl ve ark., 1997). DSM-IV kriterlerine göre tanı konduğunda, TSSB semptomları bulunan bazı bireylerin üç kaçınma belirtisi göstermedikleri için tanı alamadıkları düşünülmektedir (Davidson ve ark., 1993). Bu ihtimalin bir sonucu olarak da DSM-IV'e göre TSSB tanısı koymaya çalışan bazı

araştırmacılar tanı kriterlerinin gözden geçirilmesi gerektiğini; üç yerine iki kaçınma belirtisiyle tanı koymanın daha uygun olabileceğini vurgulamaktadırlar (Kilpatrick ve ark., 1993; Gren, 1993).

DSM-IV'e göre TSSB tanısı almayan bazı bireylerde de, klinikte önemli ölçüde TSSB belirtilerinin gözlenmesi (Warshaw, 1993; Weiss, 1992) sebebiyle subsendromal hastaları tanımlayan kısmi (parsiyel) TSSB ya da eşikaltı (subthreshold) TSSB tanı grupları oluşturulmasının gerekliliği öne sürülmüştür (Blanchard ve ark, 1994; 1995; Carlier ve ark, 1995; Weiss ve ark, 1992). Ancak kısmi TSSB için bu araştırmacılar tarafından önerilmiş olan tanı kriterleri farklılıklar göstermektedir. En iyi tanımlanmış olan kısmi TSSB tanı kriterleri Blanchard ve arkadaşları (1994,1995) tarafından önerilmiştir . Bu tanıma göre yeniden yaşama kriterleri ile birlikte ya aşırı uyarılmışlık ya da kaçınma kriterlerinin sağlanması ile kısmi TSSB tanısı konabilir.bu tez çalışmasında da Blanchard ve arkadaşlarının tanımına benzer biçimde C grubu kaçınma belirtilerinden TSSB tanısı için gerekli olan üç kriter yerine iki kriteri karşılayanlar "eşikaltı TSSB" grubu olarak tanımlanmıştır.

Tanı kriterlerinin belirlenmesi hem bireysel tanımlar bakımından, hem de hastalığın yaygınlığını belirlemek bakımından önemlidir. Bu sebeple farklı kriterlerin sonuçları üzerine daha geniş araştırmalar yapılmasının gerekliliği vurgulanmıştır (Davidson ve Foa, 1991).

DSM-IV' ün gelişimsel süreci içinde tanı gruplarının ve kriterlerinin geçerlik, güvenilirlik ve kullanılabilirliği ile ilgili pek çok soru ve metodoloji tartışma konusu olmuştur (Carson 1991; Milton 1991; Widiger ve ark., 1991). Kategorik bir tanı grubunun uygunluğunun tartışılmasında en önemli konulardan birisi tanı gruplarının sınırlarının belirlenmesidir. Deneysel çalışmalara göre, eğer bir tanı grubu kendi içinde bazı önemli özellikler bakımından homojense ve farklı tanı gruplarına dahil olan hastalar da birbirinden farklı bazı özellikler gösteriyorsa, geçerli tanısallardan bahsedilebilir (Kendell, 1982). Aynı tanıyı paylaşan bireylerin klinik dışavurumlarının birbirinden farklı olabileceği de unutulmamalıdır (Milton, 1991).

Tanısal sınırların geçerliği üstüne deneysel çalışmalar farklı tanı grupları arasındaki sınırı araştırabilir (örneğin travma sonrası stres bozukluğu ile fobi gibi), ya da bir tanının varlığını ya da yokluğunu araştırabilir (TSSB var- yok gibi). İki tanı

grubu arasındaki sınırın tanımlanması, iki tanı grubunun yarattığı ruhsal sıkıntı biçiminin farklı olması ile desteklenir (Kendler, 1990).

Bir hastalığın bulunması ya da bulunmaması arasındaki fark ise, hastalığı olan ve olmayan gruplar arasındaki ruhsal sıkıntı boyutunun farklılık göstermesi ile desteklenir. Bu sebeple TSSB tanı kriterleri aşağıda sıralanan şartlar sağlanırsa uygun olacaktır (Zlotnick, 2002).

1) TSSB tanı kriterlerini karşılayan hastalar, klinik değerlendirmeye göre travmayı yaşamış ancak tanı kriterlerini karşılamayan kişilere oranla daha fazla derecede ruhsal sıkıntı göstermelidir.

2) Sıkıntı düzeyi göz önüne alındığında, travma yaşamış ancak TSSB tanı kriterlerini karşılamayan kişilerle, travma yaşamamış kişiler arasında fark olmamalıdır.

3. EŞİKALTI VE KISMİ (PARSİYEL) TSSB KAVRAMLARI

3.1. Kavramların Tanımlanması

TSSB'nin nozolojik bir tanı olarak DSM-III'e girmiş olmasına rağmen DSM-IV'e geldiğinde tanı kriterleri ile ilgili tartışmalar devam etmektedir. Ruscio ve arkadaşları (2002), bütün sınıflama sistemlerinin travmaya karşı geliştirilen normal tepkiyle TSSB'yi ayırmakta zorlanacağını, TSSB'nin homojen bir klinik grup olmadığını vurgulamışlardır. Tartışma konularından birisi tanı koyabilmek için karşılanması gerekli en az kriter sayısıdır. DSM-III-R ve DSM-IV'e göre TSSB, travmatik bir olaydan sonra (A kriteri), en az bir girici belirti (B kriteri), en az üç kaçınma-küntleşme belirtisi (C kriteri) ve en az iki aşırı uyarılmışlık belirtisi (D kriteri) ile karakterize bir sendromdur. Bu belirtiler en az bir ay sürer (E kriteri). DSM-IV'e göre yaşamın en az bir önemli alanında klinik olarak anlamlı fonksiyon kaybı yaşanmalıdır (F kriteri). Ancak bu kriterleri çok kısıtlayıcı olabilir ve bazı travma kurbanları DSM kriterlerini karşılamadıkları halde belirtilere sahip olabilirler. Bu sorunun çözümü için bazı yazarlar (Blank, 1992; Carlier ve ark., 1995; Kulka ve ark., 1988; Person, 1990; Weiss ve ark., 1992) kısmi (parsiyel) TSSB, eşikaltı (subthreshold) TSSB ve subsendromal TSSB kavramlarını ileri sürmüşlerdir. Her ne kadar bu bozukluklarla ilişkili yüksek yaygınlık bildirilmişse

de bozukluklar DSM tarafından kabul edilmemiştir. Uyum bozukluğu DSM-IV'te adı geçen tablolara en yakın bozukluktur. TSSB yerine uyum bozukluğu tanısı koyabilmek için ya travmatik olayın eşikaltı olması sebebiyle A kriteri karşılanmamış olmalıdır ya da travmaya cevap eşikaltı olmalıdır.

TSSB tanı ve sınıflamasına dair çözülmemiş sorunların arasında taksonomik sorunlar ve hastalığın eşikaltı formlarının klinik önemi bulunmaktadır (Solomon ve ark,1990; Davidson ve ark, 1991). Vietnam gazilerinde eşikaltı klinik formların sık olduğu ve kısmi TSSB olarak sınıflanabilen hasta grubunda da fonksiyon kaybının TSSB grubu ile kıyaslanabilecek düzeyde olduğu belirtilmiştir (Weiss ve ark 1992, Schnurr ve ark 1993). Kısmi TSSB, cinsel tacize maruz kalanlarda ve diğer travma kurbanlarında da yüksek oranda bildirilmektedir (McLeer ve ark 1988, Carlier ve ark, 1995; Blanchard ve ark, 1996).

TSSB'de eşikaltı sendromun tanımlanmasına ilişkin temel sorun travmatik olaya cevap olarak ortaya çıkan "normal" ve "normal olmayan" tepkilerin karakteristik özelliklerini belirlemekteki güçlüktür (Horowitz ve ark., 1987; Schwartz ve ark., 1995). TSSB'nin eşikaltı klinik formlarını destekler biçimde bazı çalışmalarda travmadan birkaç yıl sonra çok az sayıda travma kurbanının hiçbir ruhsal belirti göstermediği bulunmuştur. Bu durum savaş travmasında (Kang ve ark, 2003; Solomon ve ark, 1988) ve doğal felaketler sonrasında (Steinglass ve ark., 1990) benzer biçimde gözlenmiştir. Araştırmalarda travma yaşamış kişilerce bildirilen TSSB belirtileri, travma yaşamamışlara oranla anlamlı biçimde daha fazla olmakla birlikte belirtilerin sayısı ve şiddeti TSSB tanısı için gerekli olandan daha düşük bulunmuştur (Asmundson ve ark., 2002; Asmundson ve ark., 2003; Steinglass ve ark., 1990). Ayrıca TSSB'nin eşikaltı dışavurumları sıklıkla klinik ve psikososyal işlevsellikte bozulma ile ilişkisi çeşitli araştırmalarda bildirilmiştir (Kulka ve ark., 1991; Stein ve ark., 1997; Weiss ve ark., 1992; Zlotnick ve ark., 2002). Eşikaltı TSSB belirtileri gösteren travma kurbanlarının, TSSB tanısı alanlara benzer biçimde yardım arama davranışı gösterdikleri vurgulanmıştır (Asmundson ve ark., 2002; Stein ve ark, 1997). Araştırma sonuçları eşikaltı TSSB'nin klinik geçerliği olan bir tanı olup olmadığı konusunda tartışma yaratmaktadır (Zlotnick ve ark., 2002; Davidson ve ark., 1991; Ruscio ve ark., 2002).

Vietnam Savaşı gazileri ile yapılan bir araştırmada TSSB için hayat boyu yaygınlık erkeklerde %30.9 ve kadınlarda %26 olarak bulunurken, aynı örnekleme kısmi TSSB yaygınlığı erkeklerde %22.5, kadınlarda %21.2 bulunmuştur (Weiss ve

ar., 1992). Bu çalışmada yeti yitimi TSSB grubuyla benzer olup TSSB için karşılanması gereken üç belirti kümesinin ikisini karşılayanlar “kısmi TSSB” olarak adlandırılmıştır.

Blanchard ve ark. (1996) motorlu araç kazası geçiren 132 kişiyi kazadan 1-4 ay sonra değerlendirmişler. Kazazedelerin % 39.2’sinin TSSB, % 28.5’inin üç belirti kümesinden ikisinin karşılanması ile karakterize eşikaltı TSSB tanısı aldıklarını bildirmişlerdir.

Eşikaltı TSSB’nin tanımlanma biçimine bağlı olarak insidans trafik kazaları sonrası %2,8 (Malt, 1988) ile yanık sonrası % 86,5 (McLeer ve ark., 1992) arasında bulunmuştur. Eşikaltı TSSB için %86,5 insidans bildiren bu çalışmada sadece B kriter grubunun karşılanmış olması eşikaltı TSSB tanısı için yeterli bulunmuştur.

Literatür gözden geçirildiğinde kısmi TSSB ve eşikaltı TSSB kavramlarının tanımlanmasında iki ana profil göze çarpmaktadır. Bir profilde DSM-IV’de belirtilen B, C ve D kriterler gruplarından en az birer belirti gösterenler kısmi TSSB kabul edilmişlerdir. İkinci TSSB profilinde ise kısmi TSSB tanısı koyabilmek için B, C ve D kriter gruplarından ikisinin karşılanması şart koşulmuştur. Örneğin Blanchard ve ark. (1994) B-C ve B-D kriter gruplarının karşılandığı durumları kısmi TSSB olarak adlandırırken, Carlier ve ark (1995) 7 ayrı sınıf kısmi TSSB önermişlerdir. Bu belirti kümeleri şu biçimde tanımlanmıştır: sadece B grubu kriterlerinin karşılanması, sadece C grubu kriterlerinin karşılanması, sadece D grubu kriterlerinin karşılanması, B-C grupları kriterlerinin karşılanması, B-D grupları kriterlerinin karşılanması, C-D grupları kriterlerinin karşılanması ve herhangi bir kriter grubunu karşılamayan bir dizi belirti kümesi (Örneğin C grubundan iki belirti ve D grubundan bir belirti gibi).

3.2. Eşikaltı TSSB’de Yeti Yitimi

Travma yaşamış kişilerde eşikaltı TSSB’nin, TSSB’ye yakın yaygınlıkta görülebileceği bilinmektedir (Stein ve ark., 1997). Eşikaltı bir bozukluğu tanımlarken belirti sayısı kadar, bozukluğun sebep olduğu işlevsellik kaybının derecesini belirlemek de önemlidir (Angst, 1997). Ballenger ve ark. (2000), TSSB tanısı için gerekli tanı kriterlerini karşılayamayan travma yaşamış kişilerin de psikososyal işlevsellikte bozulmadan yakındıklarını bildirmişlerdir. Eşikaltı TSSB ile ilişkili yeti yitimi derecesini inceleyen az sayıdaki araştırmada kısmi TSSB ile

TSSB'nin benzer oranlarda mesleki ve sosyal işlevsellik kaybına yol açtıkları gösterilmiştir (Stein ve ark., 1997). Ayrıca kısmi TSSB'si olan kişilerin, kısmi TSSB'si olmayanlara göre daha fazla mesleki ve sosyal işlevsellik kaybı yaşadıkları da gösterilmiştir. Bu çalışmada TSSB insidansı kadınlarda %5.0, erkeklerde %1.7 iken, kısmi TSSB insidansı kadınlarda %5.7 ve erkeklerde %2.2 bulunmuştur.

Eşikaltı TSSB ile yeti yitimi ilişkisini ele alan çalışmalar genellikle tek tip travmaya maruz kalmış gruplarda yapılmıştır. Bir çalışmada kısmi TSSB bildirilen siyasi tutuklular, TSSB tanısı alan gruba göre daha az, ancak travma yaşamamış kontrol grubuna oranla daha fazla oranda subjektif sıkıntı hissi bildirmişler (Schutzwohl ve ark., 1999).

Psikiyatrik bozukluklar arasında özellikle majör depresyon, TSSB'ye sıklıkla eşlik eder (Kessler ve ark., 1995) ve önemli ölçüde yeti yitimine yol açar (Greenberg ve ark., 1990). Panik bozukluğu da TSSB ile birlikte sık olarak görülür (Kessler ve ark., 1995). Panik bozukluğu ve TSSB'nin sağlık hizmeti kullanımını en yüksek oranda artıran bunaltı bozuklukları oldukları bildirilmiştir (Greenberg ve ark., 1990). Eşikaltı TSSB'de yeti yitimini araştıran daha önceki çalışmalarda (Stein ve ark., 1997) komorbid bozuklukların araştırılmamış olması sebebiyle yeti yitimine ne ölçüde katkıda buldukları bilinmemektedir.

3.3. Eşikaltı TSSB'de Psikiyatrik Komorbidite

Yukarda bahsedilen çalışmalar gözden geçirildiğinde eşikaltı TSSB'nin TSSB kadar yaygın görülebildiği ve yeti yitimine yol açtığı düşünülmektedir. Ancak TSSB'de komorbid psikiyatrik bozuklukların yüksek oranda görülebilmesi sebebiyle (Kukla ve ark., 1999; Helzer ve ark., 1987; Breslau ve ark., 1991) , eşikaltı TSSB tanısı alanlarda izlenen işlevsellikteki bozulmanın TSSB belirtilerine ne ölçüde bağlı olduğu bilinmemektedir. Breslau ve arkadaşları (1991) hayat boyu TSSB tanısı bulunan kadınların %88.3' ünde ve erkeklerin % 79' unda en az bir ruhsal bozukluğun tanı ölçütlerinin daha karşılandığını bildirmişlerdir. Ruhsal bozukluklarda komorbidite ile yeti yitiminin arttığını gösteren araştırmalar bulunmaktadır (Olfson ve ark., 1997; Ormel ve ark., 1994). Bu sebeple eşikaltı TSSB tanısı alanlardaki işlevsellik kaybı eşlik eden diğer ruhsal bozukluklara bağlı olabilir.

Marshall ve arkadaşları (2001) 9,358 kişiyle yaptıkları çalışmada 2,608 kişinin travmatik bir olaydan sonra en az bir ay süreyle en az bir TSSB belirtisi gösterdiğini, örnekleme TSSB 'nin %9.0 ve eşikaltı TSSB'nin %18.9 oranında saptandığını bildirmişler. Bu çalışmada karşılanan eşikaltı TSSB belirtilerinin sayısının artışıyla komorbid depresyon ve intihar düşüncesinin artışının lineer ve anlamlı ilişki gösterdiği bildirilmiş. Komorbid depresif bozukluk faktörü kontrol edildiğinde dahi eşikaltı TSSB gösteren grupta intihar düşüncelerine anlamlı olarak daha sık rastlandığı bildirilmiş. TSSB belirtilerinden herhangi dördünün saptandığı grupta yeti yitimi oranı % 31.5, komorbid bunaltı bozukluğu %68.5 ve komorbid majör depresif bozukluk %90.7 olarak bildirilmiş. Bu oranlar TSSB belirtisi göstermeyenlerden anlamlı olarak daha yüksektir.

4. ÇALIŞMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı, 1999 depremini yaşamış depremzedelerden, "TSSB", "eşikaltı TSSB", "TSSB olmayan" ve "travma öyküsü olmayan" gruplar arasında yeti yitimi, yaşam kalitesi ve psikiyatrik komorbidite açısından fark olup olmadığını saptamaktır. Araştırma hipotezi; "TSSB ve eşikaltı TSSB olarak belirlenen gruplar arasında yaşam kalitesi, yeti yitimi ve psikiyatrik komorbidite bakımından fark yoktur, bu sebeple DSM-IV'te TSSB tanısı için aranan üç kaçınma kriteri sayısı ikiye indirilebilir" idi.

5. YÖNTEM

5.1. Örneklem

2002 Ocak-Haziran ayları arasında Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda Ankara'da yaşayan depremzedelerde ruhsal sorunların belirleyicilerini saptamak amacıyla, Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı tüm ilk ve orta dereceli öğretim kurumlarında bulunan depremzede öğretmen, öğrenci ve ailelerine ulaşmak suretiyle gerçekleştirilmiş olan çalışmaya katılan 526 depremzede; travmatik stres belirti ölçeği (TSBÖ) puanlarına göre kesme noktası 25 olacak şekilde iki gruba ayrıldı. Daha önce depremzedelerde yapılmış bir çalışmada 17 maddelik TSBÖ'de kesme noktası 24/25 olarak alındığında TSSB'yi öngörme

oranı %80 olarak bulunmuştur (Başoğlu ve ark., 2001). TSBÖ puanı 20 ve üstünde olan 18-65 yaş arası 186 kişi, telefonla aranarak görüşme için kliniğe davet edildi. Onbeş kişiye (yedi aile) telefon numarasının yanlış olması, iki kişiye de şehir değişikliği nedeniyle ulaşılamadı. Yetmiş kişi görüşmeyi reddetti veya verilen randevuya gelmedi, randevuya gelmeyenlere tekrar telefon edildi, gelmeme nedenleri öğrenilerek isteyenlere yeniden randevu verildi.

Çalışmaya katılmayı kabul edenlerin (n:99) içinden çalışma kriterlerine uyan 90 kişinin bilgilendirilmiş onamı alındıktan sonra, ya aynı seansta klinik görüşmeler ve hastanın bildirimine dayanan anketler uygulandı. Klinik görüşmeler, CIDI (Composite International Diagnostic Interview: Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi) ve TSSB-Ö (Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Ölçeği)'den oluşuyordu. Hastanın kendi bildirimine dayanan ölçeklerler ise SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Kısa Yeti yitimi Anketi (KYA) ve Beck Depresyon Ölçeği'nden (BDÖ) oluşuyordu.

Araştırma kapsamında dört grup oluşturuldu. TSSB-Ö sonuçlarına göre "şimdiki" TSSB kriterlerini karşılayan hastalardan ilk çalışma grubunu oluşturuldu. TSSB-Ö sonuçlarına göre C grubu kaçınma kriterlerinden TSSB tanısı için gerekli olan 3 kriter yerine 2 kriteri karşılayanlardan ikinci çalışma grubu olan "eşikaltı TSSB" grubu oluşturuldu. CIDI ve TSSB-Ö sonuçlarına göre TSSB ya da eşikaltı TSSB tanısı almayanlar arasından; yaş, cinsiyet ve eğitim bakımından hasta grubuna eşleştirilmiş depremzedeler de kontrol grubuna alındı. Bu ilk kontrol grubuna ayrıca TSBÖ puanı 0-16 olan kişiler arasından telefonla aranarak klinik görüşmeyi kabul eden; yaş, cinsiyet ve eğitim bakımından hasta grubuna eşleştirilmiş depremzedelerden klinik görüşme ile TSSB ya da eşikaltı TSSB saptanmayanlar da dahil edildi. Ayrıca çalışma grupları ile yaş, cinsiyet ve eğitim bakımından eşleştirilmiş, travma yaşamamış ve TSSB-Ö sonuçlarına göre TSSB ya da eşikaltı TSSB tanısı almayan bir ikinci sağlıklı kontrol grubu da oluşturuldu.

Çalışma dışında bırakma kriterleri klinik görüşmeyi engelleyecek ölçüde mental veya bedensel hastalığa sahip olma ve 18 - 65 yaş aralığı dışında olma olarak belirlendi.

Klinik görüşmelere gelen 2 kişi depremi araştırma protokolünde belirtilen coğrafi bölgede (Bolu, Adapazarı, Düzce, İzmit, Yalova ve Avcılar) yaşamadığı için, 5 kişi 65 yaşından büyük olduğundan, 1 kişi psikotik alevlenme tablosunda olduğundan ve 1 kişi bilgilendirilmiş onam vermeyi kabul etmediği için çalışma

dışında bırakıldı. Sonuçta istatistiksel analize toplam 112 kişi dahil edildi, bunların 25'i şimdiki TSSB, 29'u şimdiki eşikaltı TSSB, 36'sı deprem yaşamış sağlıklı kontrol ve 22'si deprem yaşamamış sağlıklı kontrol gruplarını oluşturmaktaydı.

5.2. Uygulama

Klinik değerlendirme amacıyla kullanılan CIDI ve TSSB-Ö uygulama eğitimi, Başkent Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda, bu konuda deneyimli bir öğretim üyesi tarafından (Doç. Dr. Cengiz Kılıç) verildi. Eğitim, teorik bilginin yanı sıra hasta kasetlerinin izlenerek görüşmenin puanlanması ve puanlama üzerinde tartışılması şeklinde uygulandı. Çalışma esnasında tüm CIDI ve TSSB-Ö değerlendirmeleri güvenilirliği artırmak amacıyla yalnız araştırmacının kendisi tarafından uygulandı. Görüşmeler hastalara telefonla randevu verilmesini takiben bir hafta içinde tek seansta yapıldı.

5.3. Kullanılan Ölçekler

5.3.1. Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (CIDI - Composite International Diagnostic Interview, 2,1): Dünya Sağlık Örgütü için geliştirilmiş ve tam yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Değişik kültürlerde kullanılabilirliği ve geçerliliği gösterilmiştir. DSM-IV ve ICD-10 tanı sistemlerine göre tanı koyabilecek şekilde geliştirilmiştir (WHO 1997). CIDI, bir eğitimden sonra klinisyen olmayan kişilerce de uygulanabilmektedir. Bir deneğe uygulanması, normal koşullarda yaklaşık 70 dakika sürmektedir. Bu çalışmada kullanılan görüşme ölçeği, Kılıç ve Göğüş tarafından (1997), Türkçe'ye çevrilerek görüşmeciler arası test-tekrar test güvenilirlik çalışması yapılan CIDI 2.1 versiyonunun, araştırma grubuna ve amaçlarına uygun olarak hazırlanmış özel biçimidir.

5.3.2. DSM-IV İçin Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Ölçeği (TSSB-Ö – Clinician Administered PTSD Scale) (Blake ve ark., 1995): TSSB için DSM-IV de geçen 17 semptom ile birlikte 8 ilişkili özelliği değerlendiren yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Görüşme deneyimi olan, DSM-IV ve psikopatoloji hakkında temel eğitimini tamamlamış klinisyenlerin kullanımı içindir. Son bir haftalık dönemdeki, her bir TSSB semptomunun ayrı ayrı sıklık ve şiddetini, hastanın sosyal ve mesleki işlevselliğini, global iyileşmeyi ve elde edilen skorların ne derecede güvenilir olduğunu sorgulamaktadır. Formun Türkçe çevirisi ile geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Aker ve arkadaşları (1999) tarafından tamamlanmıştır. Bu çalışmada; hem şimdiki, hem de geçmiş TSSB tanısı koymak ve

travmatik stres belirtilerinin şiddet ve sıklığını tespit etmek amacıyla kullanılmıştır. Yine aynı ölçeğe göre A, B, D, E ve F ölçütleri karşılanırken C grubu kaçınma belirtilerinden üç yerine iki kriteri karşılayanlar eşikaltı TSSB olarak kabul edilmişlerdir.

5.3.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)(Beck ve ark, 1961): Kişinin son bir hafta içindeki depresif belirtilerinin şiddetini değerlendirmek için hazırlanmış 21 cümle grubundan oluşan ve hastanın kendisinin doldurmasının istendiği BDÖ, herhangi bir kuramsal görüş temel alınarak değil, klinik gözlem ve verilere dayandırılmıştır. Yirmibir başlık altında toplanan ifadeler, 0-3 puan arasında değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puan aynı zamanda depresyonun şiddetini de göstermektedir. Testin çevirisi, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1988, 1989) tarafından yapılmıştır.

5.3.4. Travmatik Stres Belirti Ölçeği (TSBÖ): 23 maddelik bu ölçekte 17 travmatik stres belirtisi ve 6 depresyon belirtisi soruşturulmaktadır. Her madde “hiç rahatsız etmiyor”dan “çok rahatsız ediyor”a giden dördümlü bir ölçekle derecelendirilmektedir. Toplam puan sürekli bir değişken olarak kullanılabilirdiği gibi kesme noktası kullanılarak muhtemel TSSB tanısı elde etmek için de kullanılabilir. Depremzedelerle yapılan bir çalışmada ölçeğin TSSB vakalarının %80’ini yakalayabildiği gösterilmiştir (Başoğlu ve ark. 2001).

5.3.5. Kısa Form 36 (SF-36- Short Form-36): Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (Ware ve ark., 1992). Türkçe’ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Koçyiğit H ve ark, 1998). Jenerik ölçüt özelliğine sahip bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Sekiz boyutun ölçümünü sağlayan 36 maddeden oluşmaktadır: fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, vitalite (enerji), ağrı ve sağlığın genel algılanması. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirir ve 0 en kötü sağlık durumunu, 100 en iyi sağlık durumunu gösterir. SF-36 sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirmektedir. Ölçeğin toplam puanının hesaplanması söz konusu değildir.

5.3.6. Kısa Yeti Yitimi Anketi (KYA, Brief Disability Questionnaire):

Bedensel ve sosyal yeti yitimini değerlendirmek üzere, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, Genel Sağlık Taraması Kısa Formu'ndaki (Stewart ve ark., 1988) yeti yitimine ilişkin sorular temel alınarak geliştirilmiştir. Türkçe'ye çevrilmiş ve test-tekrar test güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Kaplan, 1995). Son bir aylık dönemin değerlendirildiği KYA'da bedensel ve sosyal yeti yitimini soruşturan 11 soru bulunmaktadır. Bu alanlardaki yeti yitimi hasta tarafından 0 (hiç), 1 (bazen ya da biraz) veya 2 (her zaman ya da oldukça) olarak puanlandırılır ve bunların toplanması ile yeti yitimi puanı elde edilir. 0-4 puan: yeti yitimi yok, 5-7 puan: hafif yeti yitimi, 8-12 puan: orta ağırlıkta yeti yitimi, 13 puan ve üstü: ağır yeti yitimi olarak değerlendirilir. KYA ayrıca son bir ay içinde günlük işlerin aksatıldığı ve yatakta geçirilen günlerin sayısının soruşturulduğu iki madde içermektedir.

6. İSTATİSTİK ANALİZ

Analizler Windows için SPSS 11.0 kullanılarak yapıldı. Analizlerde TSSB-Ö, Beck Depresyon ölçeği, CIDI, Yeti yitimi Anketi ve SF-36 hesaplanan puanları ayrı ayrı sonuç değişkenleri olarak değerlendirildi. Çalışma gurubunda bulunan dört farklı örneklem grubunun çeşitli ölçümler açısından farklılık gösterip göstermedikleri yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (One-way ANOVA) yoluyla sorgulanmıştır. Bağımsız değişken grup değişkenidir ve dört düzeyi bulunmaktadır. Bağımlı değişkenler ise değişik ölçüm araçları yoluyla elde edilen puanlardır. Post hoc analizlerde ise Tukey testi kullanılmıştır. Tanı grupları arasında komorbidite açısından farklılığın olup olmadığı ise Kruskal-Wallis testi ile araştırılmıştır.

7. BULGULAR

7.1. Örneklemin Özellikleri

Bu çalışma yaş ortalaması 37.9 ± 13.3 olan 77 kadın ve 35 erkekten oluşan örnekleme yürütülmüştür. Örneklemin sosyodemografik özellikleri Tablo 7.1.1'de verilmiştir.

Tablo 7.1.1. Örneklem grubunun sosyodemografik özellikleri.

Değişken	Sıklık	Yüzde
Çalışma grubu		
TSSB	25	22,3
Eşikaltı TSSB	29	25,9
Travma yaşamış kontrol	36	32,1
Travma yaşamamış kontrol	22	19,6
Cinsiyet		
Kadın	77	68,8
Erkek	35	31,3
Medeni durum		
Evli	69	62,2
Bekar	34	30,6
Ayrı/Boşanmış	3	2,7
Dul	5	4,5
Eğitim		
Okuryazar	1	0,9
İlkokul	11	9,9
Ortaokul	17	15,3
Lise	54	48,6
Üniversite	28	25,2
Meslek		
Evhanımı	38	33,9
İşçi	5	4,5
Memur	22	19,6
Esnaf	4	3,6
Asker	2	1,8
Öğrenci	27	24,1
Diğer	14	12,5
Göç Durumu		
Deprem yaşamamış	22	19,8
Ankaralı	9	8,1
Göç Etmiş	77	69,4
Öğrenci	3	2,7

7.2. Gruplar Arası Farklılıklar

Çalışma gurubunda bulunan dört farklı örneklem grubunun çeşitli ölçümler açısından farklılık gösterip göstermedikleri yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (One-way ANOVA) yoluyla sorgulanmıştır. Bağımsız değişken grup değişkenidir ve dört düzeyi bulunmaktadır. Bağımlı değişkenler ise değişik ölçüm araçları yoluyla elde edilen puanlardır. Post hoc analizlerde ise Tukey testi kullanılmıştır.

7.2.1. İşlevsellik Düzeyi Açısından Farklılıklar

İşlevsellik düzeyi açısından farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla BDÖ ile elde edilen depresyon puanlarına tek yönlü varyans analizi yoluyla bakılmıştır. Gruplara ait depresyon puan ortalamaları ve standart sapma değerleri Tablo 7.2.1.1’de verilmiştir.

Tablo 7.2.1.1.TSSB/eşikaltı TSSB/travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarına göre BDÖ puanları.

	Ortalama	SS
TSSB	21.8	8.4
Eşikaltı TSSB	14.9	7.9
Travma yaşamış kontrol	9.5	6.6
Travma yaşamamış kontrol	8.2	8.9

Grupların depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır, $F(3;107)=17.5$, $MSE=54.8$, $p<0.001$. Ortaya çıkan bu farkın kaynağını araştırmak için Tukey testi yapılmış ve sonuçları Tablo 7.2.1.2’de verilmiştir.

Tablo 7.2.1.2TSSB/eşikaltı TSSB/travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında BDÖ puanı için yapılan Tukey testi sonucu.

	N	Farklılaşan Alt Gruplar		
		1	2	3
Travma yaşamamış kontrol	22	8,2		
Travma yaşamış kontrol	36	9,5		
Eşikaltı TSSB	29		14,9	
TSSB	24			21,8

Bu sonuca göre TSSB grubunun depresyon puan ortalamasının ($X=21.8$) diğer üç grubun puan ortalamasından anlamlı bir biçimde yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer bir biçimde, eşikaltı TSSB grubunun depresyon puan ortalamasının da ($X=14.9$) travma yaşamamış normaller ve sağlıklı depremzedelerin depresyon puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Travma yaşamamış grubun puanı ve sağlıklı depremzedelerin puanı arasındaki fark anlamlı değildir.

7.2.2. Yeti Yitimi Açısından Farklılıklar

Grupların yeti yitimini saptamak için kullanılan KYA puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 7.2.2.1' de verilmiştir.

Tablo 7.2.2.1.TSSB/eşikaltı TSSB/travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında yeti yitimi puanları.

	Ortalama	SS
TSSB	7,08	4,62
Eşikaltı TSSB	6,46	6,36
Travma yaşamış kontrol	4,03	4,25
Travma yaşamamış kontrol	5,67	3,85

KYA ile saptanan yeti yitimi puanı açısından dört grup arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır, $F(3;104)=2.2$, $MSE=23.9$, $p>0.05$.

7.2.3. Yaşam Kalitesi Açısından Farklılıklar

Çalışmaya katılan kişilerin yaşam kalitesi 8 alt faktörü olan bir ölçekle sorgulanmıştır: Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık.

Fiziksel fonksiyon

Katılımcıların fiziksel fonksiyon puan ortalamaları ve standart sapma değerleri Tablo 7.2.3.1’de verilmiştir.

Tablo 7.2.3.1.TSSB/eşikaltı TSSB/travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 fiziksel fonksiyon alt test puanları.

	Ortalama	SS
TSSB	70,91	31,42
Eşikaltı TSSB	84,82	16,36
Travma yaşamış kontrol	89,14	16,47
Travma yaşamamış kontrol	78,57	11,31

Grupların sahip oldukları fiziksel fonksiyon puanları arasında anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır, $F(3;102)=4.2$, $MSE=389.5$, $p<0.05$. Farkın kaynağını ortaya çıkarmak için yapılan Tukey testi sonucu Tablo 7.2.3.2’ de verilmiştir.

Tablo 7.2.3.2.TSSB/eşikaltı TSSB/travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 fiziksel fonksiyon alt testi için yapılan Tukey testi sonucu.

	Farklılaşan Alt Gruplar	
	1	2
TSSB	70,91	
Travma yaşamamış kontrol	78,57	78,57
Eşikaltı TSSB	84,82	84,82
Travma yaşamış kontrol		89,14

Buna göre, Travma yaşamış kontrol grubunun fiziksel fonksiyon puan ortalamasının en yüksek olduğu ve bu puanın ($X=89.1$) TSSB grubunun puan ortalamasından ($X=70.9$) anlamlı bir biçimde yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer gruplar arası farkların anlamlı olmadığı tespit edilmiştir.

Fiziksel Rol Güçlüğü

Grupların SF-36 fiziksel rol güçlüğü alt testi puan ortalamaları Tablo 7.2.3.3’de verilmiştir.

Tablo 7.2.3.3.TSSB/eşikaltı TSSB/travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 fiziksel rol güçlüğü puanları.

	Ortalama	SS
TSSB	55,21	42,97
Eşikaltı TSSB	75,00	39,67
Travma yaşamış kontrol	80,71	36,92
Travma yaşamamış kontrol	80,10	21,82

Grupların fiziksel rol güçlüğü puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür, $F(3;104)=3.5$, $MSE=1354$, $p<0.05$. Farkın kaynağının tespiti için yapılan Tukey testi sonucu Tablo 7.2.3.4’de verilmiştir.

Tablo 7.2.3.4.TSSB/eşikaltı TSSB/travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF- 36 fiziksel rol güçlüğü puanı için yapılan Tukey testi sonucu.

	Farklılaşan Alt Gruplar	
	1	2
TSSB	55,21	
Eşikaltı TSSB	75,00	75,00
Travma yaşamış kontrol	80,71	80,71
Travma yaşamamış kontrol		88,10

Travma yaşamış kontrol grubunun puan ortalamasının ($X=88.1$) TSSB grubunun puan ortalamasından ($X=55.2$) anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer gruplar arasındaki farklar anlamlı değildir.

Ağrı

Grupların SF- 36 ağrı alt testi puan ortalamaları Tablo 7.2.3.5’de verilmiştir.

Tablo 7.2.3.5.TSSB/eşikaltı TSSB/travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 ağrı alt testi puanları.

	Ortalama	SS	N
TSSB	54,04	21,88	23
Eşikaltı TSSB	68,63	22,12	24
Travma yaşamış kontrol	75,11	16,64	28
Travma yaşamamış kontrol	69,91	15,96	22

Yapılan analiz sonucunda ağrı puanı açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir, $F(3;93)=5.9$, $MSE=372$, $p<0.01$. Farkın kaynağını tespit etmek için yapılan Tukey testi sonucuna göre TSSB grubunun puan ortalamasının ($X=54.0$) diğer u gruptan anlamlı bir biçimde dşuk olduğu bulunmuştur. Diğer gruplar arası farkın anlamlı olmadığı da saptanmıştır.

Genel Sağlık

Katılımcıların SF-36 genel sağlık alt testi puan ortalamaları Tablo 7.2.3.6’da verilmiştir.

Tablo 7.2.3.6.TSSB / eşikaltı TSSB / travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 genel sağlık alt testi puanları.

	Ortalama	SS
TSSB	44,68	21,80
Eşikaltı TSSB	55,25	20,17
Travma yaşamış kontrol	66,73	18,78
Travma yaşamamış kontrol	66,18	16,26

Genel sağlık puan ortalaması açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır, $F(3;101)=7.1$, $MSE=374$, $p<0.001$. Farkın kaynağını araştırmak için yapılan Tukey testi sonucu tablo 7.2.3.7’de verilmiştir.

Tablo 7.2.3.7.TSSB/eşikaltı TSSB/travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 genel sağlık alt testi için yapılan Tukey testi sonucu.

	Farklılaşan Alt Gruplar	
	1	2
TSSB	44,68	
Eşikaltı TSSB	55,25	55,25
Travma yaşamamış kontrol		66,18
Travma yaşamış kontrol		66,73

Buna göre, TSSB grubunun puan ortalamasının ($X=44.7$) travma yaşamamış kişilerin ve travma yaşamış kontrol grubunun puan ortalamalarından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. TSSB grubu ve eşikaltı TSSB grubu arasındaki fark da anlamlı bulunmamıştır.

Vitalite (Enerji)

SF-36 vitalite (enerji) alt testinden alınan puan ortalamaları Tablo 7.2.3.8’de verilmiştir.

Tablo 7.2.3.8.TSSB/eşikaltı TSSB/travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 vitalite (enerji) alt testi puanları.

	Ortalama	SS	N
TSSB	36,67	18,80	24
Eşikaltı TSSB	46,96	22,83	28
Travma yaşamış kontrol	64,84	17,39	32
Travma yaşamamış kontrol	63,64	14,24	22

Vitalite (enerji) puan ortalaması açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır, $F(3;102)=13.6$, $MSE=351$, $p<0.001$. Farkın kaynağını soruşturan Tukey test sonucu Tablo 7.2.3.9’da verilmiştir.

Tablo 7.2.3.9.TSSB/eşikaltı TSSB/travmayaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 vitalite (enerji) alt testi puanları için yapılan Tukey testi sonucu.

	Farklılaşan Alt Gruplar	
	1	2
TSSB	36,67	
Eşikaltı TSSB	46,96	
Travma yaşamamış kontrol		63,64
Travma yaşamış kontrol		64,84

Buna göre, vitalite puan ortalaması açısından TSSB ve eşikaltı TSSB grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak bu iki grubun puan ortalaması iki kontrol grubunun puan ortalamalarından anlamlı bir biçimde düşük bulunmuştur.

Sosyal Fonksiyon

Grupların sosyal fonksiyon puan ortalamaları Tablo 7.2.3.10'da verilmiştir.

Tablo 7.2.3.10.TSSB/eşikaltı TSSB/travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 sosyal fonksiyon alt testi puanları.

	Ortalama	SS	N
TSSB	52,27	31,96	24
Eşikaltı TSSB	57,59	25,99	28
Travma yaşamış kontrol	73,33	19,90	32
Travma yaşamamış kontrol	78,98	14,63	22

Yapılan analiz sonucunda sosyal fonksiyon puan ortalaması açısından gruplar arası farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir, $F(3;98)=6.7$, $MSE=567$, $p<0.001$. Tukey testi sonucu Tablo 7.2.3.11'de verilmiştir.

Tablo 7.2.3.11.TSSB/eşikaltı TSSB/travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 sosyal fonksiyon alt testi puanları için yapılan Tukey testi sonucu.

	Farklılaşan Alt Gruplar		
	1	2	3
TSSB	52,27		
Eşikaltı TSSB	57,59	57,59	
Travma yaşamış kontrol		73,33	73,33
Travma yaşamamış kontrol			78,98

TSSB grubunun sosyal fonksiyon puan ortalaması ile ($X=52.3$) eşikaltı grubunun puan ortalaması arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Öte taraftan, TSSB grubunun puan ortalamasının travma yaşamış kontrol grubundan ve travma yaşamamış kontrol grubunun puan ortalamalarından anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Emosyonel Rol Güçlüğü

Bu alt ölçekten alınan puan ortalamaları Tablo 7.2.3.12’de verilmiştir.

Tablo 7.2.3.12.TSSB/eşikaltı TSSB/travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 emosyonel rol güçlüğü alt testi puanları.

	Ortalama	SS
TSSB	45,83	44,84
Eşikaltı TSSB	53,85	45,29
Travma yaşamış kontrol	77,78	36,96
Travma yaşamamış kontrol	84,85	26,68

Emosyonel rol güçlüğü açısından gruplar arası farkın anlamlı olduğu saptanmıştır, $F(3;101)=5.6$, $MSE=1546$, $p<0.001$. Farkın kaynağını veren Tukey testi sonucu Tablo 7.2.3.13’de verilmiştir.

Tablo 7.2.3.13.TSSB/eşikaltı TSSB/travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 emosyonel rol güçlüğü puanı için yapılan Tukey testi sonucu.

	Farklılaşan Alt Gruplar		
	1	2	3
TSSB	45,83		
Eşikaltı TSSB	53,85	53,85	
Travma yaşamış kontrol		77,78	77,78
Travma yaşamamış kontrol			84,85

Emosyonel rol güçlüğü açısından TSSB grubu ve eşikaltı TSSB grubu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Öte taraftan, TSSB grubunun puan ortalamasının ($X=45.8$) travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarının puan ortalamasından anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Mental Sağlık

Grupların SF-36 mental sağlık alt testi puan ortalamaları Tablo 7.2.3.14' te verilmiştir.

Tablo 7.2.3.14.TSSB/eşikaltı TSSB/travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 mental sağlık alt testi puanları.

	Ortalama	SS	N
TSSB	43,30	18,32	23
Eşikaltı TSSB	49,38	21,37	26
Travma yaşamış kontrol	66,88	13,49	32
Travma yaşamamış kontrol	66,12	12,18	17

Analiz sonucunda mental sağlık puan ortalaması açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır, $F(3;94)=12.08$, $MSE=285$, $p<0.001$. farkın kaynağı için yapılan Tukey testi sonucu Tablo 7.2.3.15'de verilmiştir.

Tablo 7.2.3.15.TSSB/eşikaltı TSSB/travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol gruplarında SF-36 mental sağlık alt testi puanı için yapılan Tukey testi sonucu.

	Farklılaşan Alt Gruplar	
	1	2
TSSB	43,30	
Eşikaltı TSSB	49,38	
Travma yaşamamış kontrol		66,12
Travma yaşamış kontrol		66,88

Buna göre, mental sağlık puanı ortalaması açısından TSSB ve eşikaltı TSSB grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak, bu iki grubun puan ortalamasının diğer iki gruptan anlamlı olarak düşük olduğu da saptanmıştır.

7.2.4. Psikiyatrik Komorbidite Açısından Farklılıklar

Tanı grupları arasında komorbidite açısından farklılığın olup olmadığı Kruskal-Wallis testi ile araştırılmış ve test sonuçları Tablo 7.2.4.1’de özetlenmiştir.

Tablo 7.2.4.1. Gruplar arasında psikiyatrik komorbidite farklılığını saptamak için uygulanan Kruskal-Wallis testi sonucu

Komorbid bozukluk		çalışma grubu								Ki-kare
		TSSB		Eşikaltı TSSB		Travma yaşamış kontrol		Travma yaşamamış kontrol		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
TÜTÜN BAĞIMLILIĞI	Yok	17	68,0%	22	75,9%	28	77,8%	11	50,0%	5.6
	Var	8	32,0%	7	24,1%	8	22,2%	11	50,0%	
SOMATİZASYON BZK.	Yok	21	84,0%	26	89,7%	31	86,1%	21	95,5%	1.7
	Var	4	16,0%	3	10,3%	5	13,9%	1	4,5%	
HAYVAN FOBİ	Yok	22	88,0%	24	82,8%	33	91,7%	19	86,4%	1.2
	Var	3	12,0%	5	17,2%	3	8,3%	3	13,6%	
YUKSEK. FOBİ	Yok	20	80,0%	26	89,7%	35	97,2%	20	90,9%	4.9
	Var	5	20,0%	3	10,3%	1	2,8%	2	9,1%	
UCAK FOBİSİ	Yok	21	84,0%	24	82,8%	34	94,4%	21	95,5%	3.8
	Var	4	16,0%	5	17,2%	2	5,6%	1	4,5%	
İĞNE FOBİSİ	Yok	21	84,0%	29	100,0%	36	100,0%	22	100,0%	14.03*
	Var	4	16,0%							
SOSYAL FOBİ	Yok	24	96,0%	29	100,0%	36	100,0%	21	95,5%	2.8
	Var	1	4,0%					1	4,5%	
PANİK BZK.	Yok	22	88,0%	29	100,0%	34	94,4%	21	95,5%	3.8
	Var	3	12,0%			2	5,6%	1	4,5%	
YAYGIN BUNALTI BZK.	Yok	20	80,0%	29	100,0%	36	100,0%	22	100,0%	18*
	Var	5	20,0%							
DEPRESYON	Yok	17	68,0%	23	79,3%	35	97,2%	19	86,4%	9.8*
	Var	8	32,0%	6	20,7%	1	2,8%	3	13,6%	
ALKOL BĞM.	Yok	24	96,0%	29	100,0%	35	97,2%	22	100,0%	1.8
	Var	1	4,0%			1	2,8%			
OKB	Yok	23	92,0%	27	93,1%	36	100,0%	22	100,0%	4.5
	Var	2	8,0%	2	6,9%					

*p<0.05

Yapılan analiz sonucunda iğne fobisi, yaygın bunaltı bozukluğu ve depresyon tanısı açısından gruplar arası farkın belirgin olduğu saptanmıştır. Diğer tanılar açısından gruplar arasında fark gözlenmemiştir. Buna göre, TSSB grubunun % 16’sında (n=4) iğne fobisi tanısı gözlenmişken diğer gruplarda bu tanıyı alan hiç kimse olmamıştır. Benzer bir biçimde, TSSB grubunda bulunan kişilerin % 20’si (n=5) aynı zamanda yaygın bunaltı bozukluğu tanısı alırken diğer gruplarda bu tanıyı alan katılımcı olmamıştır. Depresyon tanısı açısından da gruplar arasında fark

saptanmıştır. TSSB grubunda bulunan kişilerin %32'si (n=8) ve eşikaltı TSSB grubunda bulunan kişilerin % 20.7'sinde (n=6) depresyon tanısı saptanmıştır.

8. TARTIŞMA

Biklindeği üzere 17 Ağustos 1999 ve 12 Kasım 1999 tarihlerinde ülkemiz Marmara bölgesinde iki büyük deprem olmuştur. Bu travmatik olay oldukça geniş bir bölgeyi etkileyen bu olay, travmaya maruz kalanların temel güven duygusunu sarsmış ve yaşamsal gereksinimlerin karşılanmasında zorluklar ortaya çıkmıştır (Coşkun ve ark. 2000). Daha önce Marmara depremini yaşamış 1150 kişi ile yapılan bir çalışmada TSSB oranı % 42 bulunmuştur (Başoğlu ve Şalcıoğlu 2001). Ancak eşikaltı TSSB ile ilişkili çalışmalar ülkemizde henüz yapılmamıştır.

Kadın olmak TSSB için hemen her zaman risk faktörü olarak görülmektedir. Çoğu çalışmada travmaya uğramış gruplarda kadınlarda travma sonrası stres belirtileri de TSSB oranları da erkeklerden yüksek bulunmaktadır (Carr ve ark 1995, Wolfe ve ark 1999). Travmalardan sonra görülen depresyon oranlarının kadınlarda daha yüksek olması da yapılan çalışmaların çoğunda ortak bir bulgudur (Carr ve ark., 1997). Bazı yazarlar kadınların erkeklere göre farklı travmalarla karşılaştığını, bazı travmaların ise TSSB gelişimi açısından daha riskli olduğunu söyleyerek araştırmalarını bu faktörü dikkate alarak düzenlemişlerdir. Travma tipi kontrol edilse bile kadınlarda TSSB oranları erkeklerin iki katı kadar yüksek bulunmaktadır (Breslau ve ark., 1999). Bu tez çalışmasının örnekleme 1999 depremini Marmara bölgesinde yaşamış ve şu an Ankara'da yaşamakta olan kişilerin tarafı TSBÖ puanı yüksek olanların seçilmesiyle oluşturulmuştur. Örnekleme TSSB grubunun %80'ini ve eşikaltı TSSB grubunun %75.9'unu kadınlar oluştururken, travma yaşamış sağlıklı kontrol grubunun %55.6'sını kadınların oluşturduğu saptandı. Kadınlarda TSSB ve eşikaltı TSSB'nin daha sık görülmesinin nedenleri, kadınların araştırmalarda erkeklere oranla daha fazla semptom bildirmesi ve örnekleme kadınlarda erkeklerden daha az eğitilmiş olmaları olabilir.

Eğitimin travmanın ruhsal etkilerine karşı koruyucu etkileri birçok travma türü ile ilgili yayında bildirilmiştir (Webster ve ark 1995, Armenian ve ark 2000). Eğitimle yakından bağlantılı bir kavram olan zekanın da travma sonrası stres

hastalıklarından koruyucu olduğu bilinmektedir (Macklin ve ark. 1998, Silva ve ark 2000). Ancak bu araştırmada eğitim düzeyi ile TSSB ya da eşikaltı TSSB gelişimi arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

TSSB, eşikaltı TSSB, travma yaşamış sağlıklı kontrol ve travma yaşamamış sağlıklı kontrol gruplarının yeti yitimi, yaşam kalitesi ve psikiyatrik komorbidite bakımından farkları araştırıldığında TSSB ve eşikaltı TSSB tanısı alanlar arasında BDÖ ile ölçülen depresyon puanlarının yüksekliğine bağlı yeti yitimi düzeyi istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklı bulundu. Travma yaşamış sağlıklı kontrol ve travma yaşamamış sağlıklı kontrol grupları ise anlamlı ölçüde daha az yeti yitimi bildirmekteydiler. Bu sonuçlar Stein ve arkadaşlarının (1997) “kısmi TSSB” grubunda mesleki ve sosyal fonksiyonlarda TSSB grubu ile kıyaslanabilir ölçüde bozulma bildirdikleri araştırma ile uyumludur.

Yeti yitimi düzeyi KYA ile ölçüldüğünde ise TSSB, eşikaltı TSSB, travma yaşamış kontrol ve travma yaşamamış kontrol grupları arasında fark bulunmadı. Ancak kontrol gruplarından eşikaltı TSSB ve TSSB gruplarına doğru ilerledikçe KYA puanlarının düzenli artış göstermesine rağmen aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı çıkmamasının bir sebebi örneklemin küçüklüğü olabilir.

SF-36 ile ölçülen yaşam kalitesine ait genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, emosyonel fonksiyon ve mental sağlık alt ölçeklerinde TSSB grubu ile eşikaltı TSSB grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmemiştir. Ayrıca TSSB ve eşikaltı TSSB grubu ile kontrol grupları arasında anlamlı biçimde fark bulunmuştur. Eşikaltı TSSB ile ilgili literatürün sınırlı olması ve tıbbi veri tabanı (PubMed, Proquest, Science Direct, ElSevier ve Wiley Interscience) taramalarında bu popülasyonda yaşam kalitesini ölçen araştırmaya rastlanmaması sebebiyle bu sonuç diğer araştırmaların sonuçları ile kıyaslanamamıştır

Stein ve arkadaşlarının da (1997) belirttikleri gibi eşikaltı TSSB ile ilgili çalışmalarda psikiyatrik komorbiditenin ele alınmamış olması eldeki bilginin yorumlanmasını zorlaştırmaktadır. Sonuçlarımız eşikaltı TSSB’de psikiyatrik komorbiditeye sık rastlandığını ancak eşikaltı TSSB varlığının komorbiditeden bağımsız olarak yeti yitimine yol açtığını düşündürmektedir.

TSSB ve eşikaltı TSSB’de yüksek oranda izlenen psikiyatrik komorbidite için çeşitli açıklamalar yapılabilir. Başka bir psikiyatrik bozukluğun bulunması sebebiyle kişi, A grubunda tanımlanan travma karşısında çaresizlik ve dehşete düşme tepkisini yaşamaya daha yatkın hale gelebilir (Helzer ve ark., 1987). Ya da komorbid duygudurum ve bunaltı bozuklukları, travmatik deneyimlere ve TSSB’ ye ikincil olabilir (Shalev ve ark., 1997). Ayrıca psikiyatrik bozukluğu olanlarla olmayanlar arasında travmatik olaya maruziyet oranları arasında farklılık olabilir. Bu ihtimallerin sonraki çalışmalarda araştırılması gerekmektedir.

Bu araştırmanın güçlü yanlarından birisi örneklemin tek tip travma yaşamış kişilerden meydana gelmesiydi. TSSB ve eşikaltı TSSB tanılarının klinisyence uygulanan TSSB-Ö ile konmasının yanı sıra CIDI gibi bir tanı görüşmesiyle komorbiditenin araştırılmış olması değerli bilgi sunmaktadır. Ayrıca travma yaşamış sağlıklı kontrol grubuyla yetinilmeyip, travma yaşamamış sağlıklı kontrol grubu da oluşturulması önemli bir noktadır. Bu tez çalışması eşikaltı TSSB ile ilgili ülkemizde yapılan ilk araştırma olma özelliğini taşımaktadır.

Araştırmanın kısıtlılıklarından birisi yeti yitiminin değerlendirmesinde kişinin kendisinin doldurduğu ölçeklerin kullanılmasıdır. Bir diğer kısıtlılığı ise örneklemin küçük olmasıdır, istatistiksel analizlerde TSSB ve eşikaltı TSSB grupları arasında anlamlı bulunmayan ancak anlamlılığa yakın olduğu saptanan farklılıkların örneklemin küçük olmasına bağlı olmadığı düşünülmektedir. Tanı kategorilerini sorgulayan araştırmalarda daha büyük örneklem kullanılması ile daha anlamlı sonuçlar elde edilebilecektir. Bu çalışmada TSSB grubunu oluşturan hastalar depresyonun üzerinden beş yıl geçmiş olmasına rağmen halen şiddetli TSSB belirtileri gösteren kronik TSSB tanısı alan olgulardı. Bu durum TSSB grubu ve eşikaltı TSSB grubu arasındaki yeti yitimi, yaşam kalitesi ve işlevsellik farklılığını artırmış olabilir. Akut dönemde saptanan TSSB grubunun sonuçları eşikaltı grubunun sonuçlarına daha yakın olabilirdi. Akut TSSB’yi eşikaltı TSSB ile karşılaştıran çalışmalar bu konuda yol gösterici olacaktır.

Bu çalışmanın bulguları “TSSB” ve “eşikaltı TSSB” olarak belirlenen gruplar arasında yaşam kalitesi, yeti yitimi ve psikiyatrik komorbidite bakımından fark yoktur, bu sebeple DSM-IV’te TSSB tanısı için aranan üç kaçınma kriteri sayısı ikiye indirilebilir” biçiminde belirlediğimiz araştırma hipotezini doğrulamamaktadır.

Ancak daha önceki araştırmaların sonuçlarıyla benzer biçimde travma yaşamamış kontrol grubuna göre eşikaltı TSSB'nin yeti yitimine, yaşam kalitesinde bozulmaya ve psikiyatrik komorbiditede artışa yol ağtığı çalışmamızın sonuçları arasındadır. Bu bulguların halk sağlığı açısından önemi travmadan sonra yaşanan yeti yitiminin sadece TSSB grubuyla sınırlı olmadığının anlaşılmasıdır.

Eşikaltı TSSB ya da kısmi TSSB sendromlarının TSSB'den farklı sendromlar olabileceğini düşündüren çeşitli kanıtlar bulunmaktadır. Van Driel ve arkadaşları (1995) TSSB ve kısmi TSSB olgularının farklı savunma mekanizmaları kullanabildiklerini bildirmişlerdir. Her iki hasta grubu da yansıtma (projeksiyon), somatizasyon ve çevirme (konversiyon) mekanizmalarını kullanırken, kısmi TSSB olguları bastırma (represyon), yadsıma (inkar) ve bölme (splitting) mekanizmalarını daha sık kullanırlar. Eşikaltı ve kısmi TSSB'nin fenomenolojik tanımları nörobiyolojik belirleyicilerle de gösterilmeye çalışmalıdır. Gelecekteki çalışmalarda cevabı araştırılması gereken önemli bir soru da TSSB ile eşikaltı TSSB'nin ortak biyolojik patofizyolojiye sahip olup olmadığıdır.

Ayrıca eşikaltı TSSB sendromlarının uyum bozukluğu ya da basit stres tepkilerinden nasıl ayırt edileceği de cevap bekleyen sorular arasındadır. DSM-IV'te TSSB tanı ölçütlerinde belirtildiği gibi gerçek bir ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da fizik bütünlüğe tehdit oluşturan travmalardan sonra eşikaltı TSSB belirtileri gelişebilir. Aynı eşikaltı belirtiler, şiddeti daha az olan ve TSSB için A grubu kriteri karşılamayan bir travmatik olaydan sonra da gelişebilir. Bu durumda tanı travmanın özelliğinden çok, kişinin duygusal ve davranışsal tepkisinin daha önemli olduğu “uyum bozukluğu” olmalıdır.

9. SONUÇ VE ÖNERİLER

Toplumda travmaya maruz kalan pek çok kişi olmasına rağmen ancak bir kısmının TSSB'ye yakalanması, bazı kişilerde hastalığa bir yatkınlık olabileceğini, ya da bazılarında koruyucu özellikler olduğunu düşündürür. Bir travmadan sonra kimlerin hastalanacağını veya kimlerin uzun süre hasta olarak kalacağını önceden belirleyebilmek kişi ve ailesi için olduğu kadar toplum için de önemlidir. Özellikle deprem gibi felaketlerden etkilenen kişi sayısının milyonlarla ifade edilmesi

konunun ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. Bu kişileri belirleyebilmenin halk sağlığı açısından önemi büyüktür.

Psikiyatrik hastalıklara tanı konmasında DSM-IV ve diğer psikiyatrik tanı sistemlerinin kullandığı kategorik model sebebiyle, travma sonrasında TSSB semptomlarına benzer şikayetleri olan ancak DSM-IV tanı ölçütlerinin tamamını karşılamadığı için psikiyatrik herhangi bir tanı almayan hastalar da bulunmaktadır. Eşikaltı TSSB olarak adlandırabileceğimiz bu durum TSSB tanısı almış olan hastanın kısmi iyileşmesi ile ya da travma sonrasında semptomların eşikaltı düzeyde ortaya çıkması ile oluşabilir. Metodolojik güçlükler sebebiyle eşikaltı semptomlar klinik ve epidemiyolojik çalışmalarda nadiren ele alınmaktadır. Araştırma hipotezi; "TSSB ve eşikaltı TSSB olarak belirlenen gruplar arasında yaşam kalitesi, yeti yitimi ve psikiyatrik komorbidite bakımından fark yoktur, bu sebeple DSM-IV'te TSSB tanısı için aranan üç kaçınma kriteri sayısı ikiye indirilebilir" idi.

Bu araştırmanın da sonuçlarının desteklediği biçimde eşikaltı TSSB olarak adlandırılabilen bir tanı grubu vardır ve yaygın olarak görölmektedir. Bu çalışmanın sonuçları eşikaltı TSSB'nin önemli ölçüde yaşam kalitesi ile ilişkili olan fiziksel fonksiyon, fizik rol güçlüğü, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alanlarında TSSB ile kıyaslanır ölçüde bozulmaya yol ağtığını desteklemektedir. Ancak eşikaltı TSSB yeti yitimi ve psikiyatrik komorbidite bakımından bu çalışmada kronikleşmiş TSSB'den farklı bir noktada durmaktadır. Eşikaltı TSSB ile TSSB arasındaki sınırın nereden çekilmesinin gerektiği daha erken dönemde daha büyük örnekleme yapılan araştırmalarda ele alınmalıdır

TSSB gerek klinik, gerekse toplum sağlığı açısından öneme sahip bir hastalık grubudur. Eşikaltı TSSB olarak tanımlanan gruptaki kişiler, travma yaşamış ancak TSSB belirtisi göstermeyenlere oranla daha fazla fonksiyon kaybı tarif etmektedirler. Sosyal fonksiyonlar ve aile fonksiyonlarındaki kayıp bakımından eşikaltı TSSB ve TSSB grupları kıyaslanabilir düzeydedir. Yaşam boyu psikiyatrik hastalık yaygınlığı da eşikaltı TSSB ve TSSB gruplarında, travma yaşamış diğer kişilerden daha yüksektir. Tüm bu sonuçlar bir arada ele alındığında, klinisyenler ve araştırmacıların tanısız bakış ağılarını genişletmelerinin gerekliliği anlaşılmaktadır. Eşikaltı TSSB, TSSB'nin gelişimi ya da iyileşmesi sürecinde de izlenebilir. Bu sebeple eşikaltı TSSB'nin saptanması sadece taksonomik, teorik bir konu değildir,

eşikaltı TSSB'nin klinisyenler tarafından tanınması, önemli bir halk sağlığı sorununu ele alacaktır.

KAYNAKLAR

1. Aker, A. T., Özeren, M., Başoğlu, M., Kaptanoğlu, C., Erol, A., Buran, B. (1999). Klinisyen tarafından uygulanan travma sonrası stres bozukluğu ölçeği (TSSB-Ö) geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 10: 286-293.
2. Aksoy, A., Kılıç, C. (2001). Değirmendere şehir merkezinde deprem sonrası ruh sağlığı hizmeti kullanımı (poster bildiri). *Bahar Sempozyumları-V, Türk Psikiyatri Birliği, Antalya*
3. American Psychiatric Association (1952). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association.
4. American Psychiatric Association. (1968). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
5. American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
6. American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., revised). Washington, DC: American Psychiatric Association.
7. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
8. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.

9. Amerikan Psikiyatri Birliği (2000). DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri_ Çeviren: Ertuğrul Koroğlu. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2001.
10. Angst J. 1997. Depression and anxiety: implications for nosology, course, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58:3-5.
11. Anthony, J.L., Lonigan, C.J. & Hecht, S.A. (1999). Dimensionality of posttraumatic stress disorder symptoms in children exposed to disaster: Results from confirmatory factor analyses. *Journal of Abnormal Psychology*, 108: 326-336.
12. Armenian, H. K., Morikawa, M., Melkonian, A. K., Hovanesian, N., Haroutunian, N., Saigh, P. A., Akiskal, K., Akiskal, H. S. (2000). Loss as a determinany of PTSD
13. in a cohort of adult survivors of the 1988 earthquake in Armenia: implications for policy. *Acta Psychiatrica Sacandinavica*, 102:58-64.
14. Asmundson, G. J. G., Stein, M. B., McCreary, D. (2002). PTSD symptoms influence health status of deployed peacekeepers and non-deployed personnel. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(12), 807-815.
15. Asmundson, G. J. G., Wright, K., McCreary, D., Pedlar, D. (2003). Posttraumatic stres disorder symptoms in United Nations peacekeepers: An examination of factor structure and the influence of chronic pain. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32(1), 26-37.
16. Ballenger, J. C., Davidson, J. R. T., Lecrubier, Y., Nutt, D. J. (2000). Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*; 61:60-65.

17. Başoğlu, M., Şalcıoğlu, E., Livanou, M., Özeren, M., Aker, T., Kılıç, C., Mestçioğlu, Ö. (2001). A study of the validity of a screening instrument for traumatic stress in earthquake survivors in Turkey. *Journal of Traumatic Stress* 14: 491-509.
18. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4:561-571.
19. Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., Keane, T. M. (1995). The development of a clinician administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8: 75-90.
20. Blanchard E. B., Hickling E. J., Barton K. A., Taylor A. R., Loos W. R. (1995). Psychiatric morbidity associated with motor vehicle accident victims. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 182 (8):495-504.
21. Blanchard E. B., Hickling E. J., Barton K. A., Taylor A. R., Loos W. R. (1996). One-year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. *Behavioral Research Therapy*, 10:775-786.
22. Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48:216-222.
23. Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., Davis, G. C. (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: Results from the Detroit area survey of trauma. *American Journal of Psychiatry*, 156:902-907.
24. Broadhead W.E., Blazer D.G., George L.K, Tse C. K. (1990). Depression, disability days and days lost from work in a prospective epidemiological survey. *JAMA*, 264:2524-2528.

25. Carlier I. V. E, Gersons B. P. R. (1995). Partial posttraumatic stress disorder (PTSD): the issue of psychological scars and the occurrence of PTSD symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 183:107-109.
26. Carr, V. J., Lewin, T. J., Webster, R. A., Hazell, P. L., Kenardy, J. A., Carter, G. L. (1995). Psychosocial sequela of the 1989 Newcastle earthquake II: Community disaster experiences and psychological morbidity 6 months post-disaster. *Psychological Medicine*, 25:539-555.
27. Carr, V. J., Lewin, T. J., Webster, R. A., Hazell, P. L., Kenardy, J. A., Carter, G. L. (1997). Psychosocial sequela of the 1989 Newcastle earthquake III: Role of vulnerability factors in post-disaster morbidity. *Psychological Medicine*, 27:179-190.
28. Davidson, J. R. T., & Foa, E. B. (1991). Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: Considerations for the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 346-355.
29. Davidson, J. R. T., Hughes, D., Blzer, D., & George, L.K. (1991). Posttraumatic stress disorder in the community: An epidemiological study. *Psychological Medicine*, 21, 1-19.
30. Davidson J. R. T., Hughes D. C., George L. K., Blazer D. G. (1994). The boundary of social phobia: exploring the threshold. *Archives of General Psychiatry*, 51:975-983.
31. Forbes, D., Creamer, M., Hawthorne, G., Allen, N., & McHugh, T. (2003). Comorbidity as a predictor of symptoms change after treatment in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(2), 93-99.
32. Freud, S. (1955a). Beyond the pleasure principle. In J. Strachey (Ed.), *Beyond the pleasure principle, group psychology, and other works (1920-1922)* (Vol. 18, pp. 3-64). London, England: Hogarth Press.

33. Freud, S. (1955b). The war neurosis. In J. Strachey (Ed.), *An infantile neurosis and other Works (1917-1919)*. (Vol. 17, pp. 3-64). London, England: Hogarth Press.
34. Gabbard, G. O. (2000). Anxiety Disorders: Psychodynamic Aspects. In *Sadock, B. J., Sadock, V. A. (eds.), Comprehensive Textbook of Psychiatry*; 7th edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, pp:1464-1475.
35. Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN, Berndt ER. 1990. Economic burden of depression in 1990. *Journal of Clinical Psychiatry*,; 54:405-418.
36. Helzer, J. E., Robins, L. N., & McEvoy, L. (1987). Posttraumatic stress disorder in the general population: Findings of the Epidemiologic Catchment Area survey. *New England Journal of Medicine*, 317, 1630-1634.
37. Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği, *Psikoloji Dergisi*, 6:118-122.
38. Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencilerinde Geçerliği ve Güvenirliği, *Psikoloji Dergisi*, 7:3-13.
39. Horowitz, M. J., Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1987). Diagnosis of posttraumatic stres disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 267-268.
40. Jones, F. D. (1995). Chronic post-traumatic stress disorder. In F. D. Jones, L. R. Sparacino, V. L. Wilcox, J. M. Rothberg, and J. W. Stokes (Eds.), *War psychiatry*, 1:411-430.
41. Kang, H. K., Natelson, B. H., Mahan, C. M., Lee, K. Y., Frances, M. (2003). Post-traumatic stress disorder and chronic fatigue syndrome-like illness among Gulf War veterans: A population-based survey of 30,000 veterans. *American Journal of Epidemiology*, 157(2):141-148.

42. Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (Eds.). (1998). *Synopsis of psychiatry* (8th ed.). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
43. Kaplan İ., 1995. Yarıkırısal bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal bozuklukların yeti yitimi ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6:169-179.
44. Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E. J., Hughes, M., Nelson, CB. (1995). Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* ;52:1048-1060.
45. Kidson, M. A., Douglas J. C., Holwill B. J. (1993). Posttraumatic stres disorder in Australian World War II veterans attending a psychiatric outpatient clinic. *Medical Journal of Australia*, 158:563-566.
46. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N ve ark (1998) Kısa Form-36 (SF-36)'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği: Romatizmal hastalığı olan bir grup hasta ile çalışma. 34. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışma Özet Kitabı. Kültür S, Küey L Editör (ed), İzmir Güneş Ofset, s. 290-291.
47. Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, B. K., Marmar, C. R., and Weiss, D. S. (1991). Assessment of PTSD in the community: Prospects and pitfalls from recent studies of Vietnam veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 547-560.
48. Laughlin, H. P. (1967). *The neuroses*. Baltimore, MD: Butterfield Press.
49. Malt, U., (1988). The long-term psychiatric consequences of accidental injury: A longitudinal study of 107 adults. *British Journal of Psychiatry*, 153: 810–818.
50. Manzer, J. (2003). APA: Post-traumatic stress plaguing Canadians. Study reveals prevalence higher than in U.S. *The Medical Post*, 39(22).

51. Marshall, R. D., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M., & Struening, E. L. (2001). Comorbidity, impairment and suicidality in subthreshold PTSD. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 1467-1473.
52. McLeer S.V., Deblinger E, Atkins M. S., Foa E. B., Ralphe D. I. (1988). Posttraumatic stress disorder in sexually abused children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *27*:650-654.
53. McLeer, S.V., Deblinger, E., Henry, D., Orvaschel, H., 1992. Smeets, M.R., Dingemans, P.M., (1993). Sexually abused children at high risk for post-traumatic stress disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *31*,(5), 875-879.
54. McMillen, J. C. North, C. S., Smith, E. M. (2000). What parts of PTSD are normal: intrusion, avoidance, or arousal? Data from the Northridge, California earthquake. *Journal of Traumatic Stress*, *13*: 57-76.
55. Olfson, M., Fireman, B., Weissman, M. M., Leon, A. C., Sheehan, D.V., Kathol, R.G., Hoven, C., Farber, L. (1997). Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. *American Journal of Psychiatry*, *154*:1734-1740.
56. Ormel, J., VonKorff, M., Ustun, T. B., Pini, S., Korten, A., Oldehinkel, T. (1994). Common mental disorders and disability across cultures: results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA*, *272*:1741-1748.
57. Robitscher, J. (1971). Mental suffering and traumatic neurosis. In J. J. Leedy (Ed.), *Compensation in Psychiatric Disability and Rehabilitation*. (p. 233). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
58. Ruscio, J., Ruscio, A. M. (2002). A structure-based approach to psychological assessment: Matching measurement models to latent structure. *Assessment*, *9*, 4-16.

59. Saigh, P. A., & Bremner, D. J. (Eds.). (1999). *Posttraumatic stress disorder: A comprehensive reference*. Boston: Allyn and Bacon.
60. Salmon, T. W. (1929). The care and treatment of mental diseases and war neurosis ("shell shock") in the British Army. In P. Bailey, F. E. Williams, P. A. Komora, T. W. Salmon, & N. Fenton (Eds.), *Neuropsychiatry* (Vol. 10, pp. Appendix, 497-523). Washington, D.C.
61. Schnurr P. P., Freidman M. J., Rosenberg S. D. (1993), Premilitary MMPI scores as predictors of combat-related PTSD symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 150:479-483.
62. Schutzwahl, M., Maercker, A. (1999). Effects of varying diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder are endorsing the concept of partial PTSD. *Journal of Traumatic Stress*;12:155-165.
63. Schwartz, A., Eilenberg, J., & Thompson-Fullilove, M. (1995). Gloria's despair: Struggling against the odds. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1334-1338.
64. Shalev, A.Y., Freedman, S., Peri, T., Brandes, D., Sahar, T. (1997). Predicting PTSD in trauma survivors: prospective evaluation of self-report and clinician-administered instruments. *British Journal of Psychiatry*, 170:558-564.
65. Shalev, A. Y., Freedman, S., & Peri, T. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *American Journal of Psychiatry*, 155, 630-637.
66. Solomon, Z., Kotler, M., & Milkulincer, M. (1988). Combat-related posttraumatic stress disorders among second generation Holocaust survivors: Preliminary findings. *American Journal of Psychiatry*, 145, 865-868.
67. Solomon, S., Canino, G. (1990). Appropriateness of the DSM-III-R criteria for posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31:227-237.

68. Stewart, A. L., Hays, R. D., Ware J. E. J. (1988). The MOS short-form general health survey: reliability and validity in a patient population. *Medical Care*, 26:724-735.
69. Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L., & Forder, D. R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1114-1119.
70. Steinglass, P., Gerrity, E. (1990). Natural disasters and post-traumatic stress disorder: Findings from a community survey. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1746-1765.
71. Strachey, J., & Freud, A. (Eds.). (1957). *Studies on Hysteria*. New York: Basic Books.
72. Tegin, B. (1980). Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme. Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Ankara.
73. Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (Eds.). (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press.
74. Van Driel, R.C., Op den Velde, W., (1995). Myocardial infarction and posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 8: 151–159.
75. Ware J. E., Sherbourne C. D., (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*; 30:473-83.
76. Webster, R. A., McDonald, R., Lewin T. J., Carr, V.J. (1995). Effects of a natural disaster on immigrants and host populations. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 183:1260-1266.

77. Weiss D. S., Marmar C.R., Schlenger W. E., Fairbank J. A., Jordan B. K., Hough R. I., Kukla R. A. (1992). The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in Vietnam theater veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 5:365-376.
78. Wilson, J. P., Friedman, M. J., & Lindy, J. D. (Eds.). (2001). *Treating psychological trauma and PTSD*. New York: The Guilford Press.
79. Wolfe J., Erickson D. J., Sharkansky, E. J., King, D. W., King, L. A. (1999). Course and predictors of posttraumatic stress disorder among Gulf War veterans: a prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67:520-528.
80. World Health Organization (1997). Composite International Diagnostic Interview-CIDI 2.1. İngilizce'den çeviren: Kılıç, C., Göğüş, A. *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dünya Sağlık Örgütü İşbirliği Merkezi Yayınları, Ankara.*
81. WHO (1992). *ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems (10th revision)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
82. Yarvis, J. C. (2004). Subthreshold PTSD: A Comparison of Depression and Alcohol Problems In Canadian Peacekeepers With Different Levels of Traumatic Stress. University of Georgia Department of Philosophy, yayınlanmamış doktora tezi çalışması. UMI No: 3127382
83. Yorbık, Ö., Dikkatli, T., Söhmen, T. (2002) Çocuk ve Ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Türkiye'de Klinik Psikiyatri*, 3:35-44.
84. Zimering, R. T., Caddell, J. M., Fairbank, J. A., & Keane, T. M. (1993). Post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans: An experimental validation of the DSM-III diagnostic criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 327-342.

85. Zlotnick, C., Franklin, C. L., & Zimmerman, M. (2002). Does "subthreshold" posttraumatic stress disorder have any clinical relevance? *Comprehensive Psychiatry*, 43(6), 413-419.