T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

TRAVMA VE STRESÖRLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLARDA PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK, STRESLE BAŞAÇIKMA TARZLARI VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI İLİŞKİSİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Dila DENİZ

KAYSERİ–2019

T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

TRAVMA VE STRESÖRLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLARDA PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK, STRESLE BAŞAÇIKMA TARZLARI VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI İLİŞKİSİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Dila DENİZ

Danışman
Prof. Dr. Saliha DEMİREL ÖZSOY

KAYSERİ–2019

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyiminden yararlandığım, tez sürecimde benimle birlikte özveri ile çalışan, desteğini ve sabrını benden esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Saliha DEMİREL ÖZSOY'a;

Tez sürecimde özellikle hasta alımı konusunda desteklerinden dolayı Doç. Dr. Akif ASDEMİR'e;

Asistanlığım boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, eğitimime olan katkılarından dolayı Prof. Dr. Mustafa BAŞTÜRK, Prof. Dr. Ertuğrul EŞEL ve Prof. Dr. M. Tayfun TURAN'a;

Birlikte başladığımız asistanlık eğitimi sürecinde her zaman yanımda olan, birlikte pek çok anı biriktirdiğimiz Dr. Didem Şule ERDEM'e;

Özellikle başasistanlık sürecinde birlikte keyifle çalıştığım ve bana her zaman destek olan asistan arkadaşlarım Dr. Aylin ÇIKLAÇOŞKUN, Dr. S. Çağatay KAĞIZMAN, Dr. Tuba IŞIK KURUGÖL, Dr. Ayşe MAVİ ve Dr. S. İlke DANACI'ya;

Tez sürecime olan katkılarından dolayı asistan arkadaşlarım Dr. Nihat KÖYLÜCE, Dr. Beyda GÜLER, Dr. Naciye HOCAOĞLU, Dr. Sümeyye AKBAYRAK ve Dr. Kısmet ÇİFTCİ'ye;

Asistanlığa başladığım ilk günden beri yanımda olan, tecrübelerinden faydalandığım sorumlu hemşiremiz Bayise SARAÇ'a, tüm klinik hemşirelerimize, psikologlarımıza, sekreterlerimize ve yardımcı personelimize;

Bugünlere gelmemde yadsınamaz emekleri olan ve hâlen desteklerini benden esirgemeyen annem Emine GÖVDELİ ve babam Yılmaz GÖVDELİ'ye;

Uzakta olsa da her zaman bana destek olan eşim Aykut DENİZ'e ve hayatıma anlam katan oğlum Özgür'e;

En içten teşekkürlerimi ve iyi dileklerimi sunuyorum.

Dr. Dila DENİZ

Ekim 2019, KAYSERİ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **i**

İÇİNDEKİLER ..... **ii**

KISALTMALAR ..... **vi**

TABLOLAR LİSTESİ ..... **viii**

ÖZET ..... **ix**

ABSTRACT ..... **xi**

1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**

2. GENEL BİLGİLER **4**

2.1. Travma 4

2.2. Stres ve Stresör (Stres Etkenleri) 5

2.3. Travma ve Stresöre Bağlı Oluşan Ruhsal Bozukluklar 5

2.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu 6

2.4.1. Tanım 6

2.4.2. Tarihçe 6

2.4.3. Epidemiyoloji 8

2.4.4. Etiyoloji 9

2.4.4.1. Tetikleyici etkenler 9

2.4.4.2. Psikolojik teoriler 10

2.4.4.3. Biyolojik teoriler 11

2.4.4.4. Genetik 14

2.4.4.5. Nöroanatomi ve nörofizyoloji 15

2.4.5. Risk faktörleri 16

2.4.5.1. Travma öncesi faktörler 16

2.4.5.2. Travma içi faktörler 18

2.4.5.3. Travma sonrası faktörler 19

2.4.6. Tanı ve klinik özellikler 20

2.4.7. Ayırıcı tanı ve komorbidite 22

2.4.8. Klinik seyir 23
2.4.9. Tedavi 24
2.4.9.1. Psikolojik tedaviler 25
2.4.9.2. Farmakolojik tedaviler 26
2.5. Uyum Bozuklukları 27
2.5.1. Tanım 27
2.5.2. Tarihçe 27
2.5.3. Epidemiyoloji 28
2.5.4. Etiyoloji 29
2.5.5. Tanı ve klinik özellikler 29
2.5.5.1. Depresif duygudurumla giden uyum bozukluğu 30
2.5.5.2 Anksiyeteyle giden uyum bozukluğu 30
2.5.5.3. Karma anksiyete ve depresif duygudurumla giden uyum bozukluğu . 31
2.5.5.4. Davranış bozukluğuyla giden uyum bozukluğu 31
2.5.5.5. Karma duygu ve davranış bozukluğuyla giden uyum bozukluğu 31
2.5.5.6. Tanımlanmamış uyum bozukluğu 31
2.5.6. Ayırıcı tanı 31
2.5.7. Tedavi 32
2.6. Psikolojik Dayanıklılık 33
2.6.1 Psikolojik dayanıklılık ve TSSB ilişkisi 36
2.6.2 Psikolojik dayanıklılık ve UB ilişkisi 38
2.7. Stresle Başaçıkma 38
2.7.1. Stresle başaçıkma ve TSSB ilişkisi 40
2.7.2. Stresle başaçıkma ve UB ilişkisi 41
2.8. Çocukluk Çağı Travmaları 41
2.8.1. Çocukluk çağı travmaları ve TSSB ilişkisi 44
2.8.2. Çocukluk çağı travmaları ve UB ilişkisi 44

3. DENEKLER VE YÖNTEM 46
3.1. Denekler 46
3.2. Yöntem 47
3.2.1. Uygulama 47
3.2.2. Katılımcı takip formu 47
3.2.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) 48
3.2.4. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) 48
3.2.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kısa Ölçeği (TSSBKÖ) 48
3.2.6. Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TYÖ) 48
3.2.7. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) 49
3.2.8. Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) 50
3.2.9. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) 50
3.3. İstatistiksel Analiz 51
4. BULGULAR 52
4.1. Hasta ve kontrollerin sosyodemografik özellikleri 52
4.2. Hasta ve kontrollerin klinik özellikleri 53
4.3. Hasta ve kontrollerin Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) puanlarının karşılaştırması 55
4.4. Hasta ve kontrollerin Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği puanlarının karşılaştırması 56
4.5. Hasta ve kontrollerin Çocukluk Çağı Travma Ölçeği puanlarının karşılaştırması 57
4.6. TSSB Grubunda Korelasyon İncelemeleri 58
4.6.1. TSSB grubunda klinik özelliklerin psikometrik test puanları ile ilişkisi 58
4.6.2. TSSB grubunda Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği puanlarının Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanları ile ilişkisi 60
4.6.3. TSSB grubunda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği puanlarının Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanları ile ilişkisi 61
4.7. UB grubunda korelasyon incelemeleri 61

4.7.1. UB grubunda klinik özelliklerin psikometrik test puanları ile ilişkisi 61
4.7.2. UB grubunda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği puanlarının Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanları ile ilişkisi 62
4.7.3. UB grubunda Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği puanlarının Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanları ile ilişkisi 63
4.8. Kontrol grubunda korelasyon incelemeleri 64
4.8.1. Kontrol grubunda klinik özelliklerin psikometrik test puanları ile ilişkisi 64
4.8.2. Kontrol grubunda Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği puanlarının Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanları ile ilişkisi 65
4.9. Önemli bulguların özeti 66
5. TARTIŞMA 68
6. SONUÇ 76
7. KAYNAKLAR 78
EKLER… 103
EK 1. DSM-5 travma sonrası stres bozukluğu tanı ölçütleri 103
EK 2. DSM-5 uyum bozuklukları tanı ölçütleri 106
EK 3. Klinik araştırmalar etik kurul karar formu 107
EK 4. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (BGOF)/hasta grubu 109
EK 5. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (BGOF)/kontrol grubu 110
EK 6. Katılımcı takip formu/hasta grubu 111
EK 7. Katılımcı takip formu/kontrol grubu 112
EK 8. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği 113
EK 9. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği 117
EK 10. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kısa Ölçeği 118
EK 11. Travmatik Yaşantılar Ölçeği 119
EK 12. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği 125
EK 13. Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği 127
EK 14. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği 129

KISALTMALAR

ACTH : Adrenokortikotropik hormon

ASB : Akut stres bozukluğu

BB : Bipolar bozukluk

BDNF : Beyin kaynaklı nörotrofik faktör

BDT : Bilişsel davranışçı terapi

CRH : Kortikotropin salgılatıcı hormon

ÇAF : Çeyrekler arası fark

ÇÇTÖ : Çocukluk Çağı Travma Ölçeği

DHEA : Dihidroepiandrosteron

DHEAS : Dihidroepiandrosteron sülfat

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSM-5 : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Beşinci Baskı

DSM-IV-TR : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Dördüncü Baskı

EMDR : Göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme terapisi

FDA : Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi

GABA : Gamma-aminobutirik asit

HAM-A : Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

HAM-D : Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

HPA : Hipotalamus-pitüiter-adrenal

MAO : Monoamin oksidaz

M-CPP **:** Meta-klorfenilpiperazin

MHPG **:** 3-metoksi-4 hidroksimetilglikol

NA **:** Noradrenalin

NPY **:** Nöropeptid Y

SBTÖ **:** Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği

SSRI **:** Seçici serotonin gerialım inhibitörü

TCA **:** Trisiklik antidepresan

TSSB **:** Travma sonrası stres bozukluğu

TSSBKÖ **:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kısa Ölçeği

TYÖ **:** Travmatik Yaşantılar Ölçeği

UB **:** Uyum bozuklukları/bozukluğu

UNICEF **:** Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

YPDÖ **:** Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Hasta ve kontrollerin sosyodemografik özellikleri 53

Tablo 2. Hasta ve kontrollerin klinik özellikleri..... 54

Tablo 3. Hasta ve kontrollerin Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanlarının karşılaştırması 55

Tablo 4. Hasta ve kontrollerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği puanlarının karşılaştırması..... 56

Tablo 5. Hasta ve kontrollerin Çocukluk Çağı Travma Ölçeği puanlarının karşılaştırması..... 57

Tablo 6. TSSB grubunda klinik özelliklerin psikometrik test puanları ile ilişkisi 59

Tablo 7. TSSB grubunda Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği puanlarının Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanları ile ilişkisi 61

Tablo 8. UB grubunda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği puanlarının Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanları ile ilişkisi 63

Tablo 9. UB grubunda Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği puanlarının Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanları ile ilişkisi 64

TRAVMA VE STRESÖRLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLARDA PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK, STRESLE BAŞAÇIKMA TARZLARI VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI İLİŞKİSİ

ÖZET

Amaç: Travma ve/veya stresör sonrası oluşan psikopatolojiler "Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar" başlığı altında toplanmıştır. Psikolojik dayanıklılık ve stresle başaçıkma tarzları gibi psikososyal etkenler travma ve stresöre verilen cevabı ve bunlara uyumu etkileyebilir. Ayrıca kişinin yaşadığı çocukluk ve/veya erişkinlik döneminde yaşadığı travmatik olaylar birçok psikopatolojiye zemin hazırlayabilmektedir. Bu çalışmada, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve uyum bozukluğu (UB) olan hastalarda psikolojik dayanıklılık, stresle başaçıkma tarzları ve çocukluk çağı travması ilişkisini araştırmak amaçlanmıştır.

Metot: Bu çalışmaya TSSB (13 kadın, 20 erkek) veya UB (33 kadın, 17 erkek) tanısı olan, 18-65 yaşları arasında 83 hasta ve 50 sağlıklı kontrol (27 kadın, 23 erkek) dâhil edilmiştir. Çalışmaya dâhil edilen hastalara ve kontrollere Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A), Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kısa Ölçeği (TSSBKÖ), Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TYÖ), Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ), Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ), Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) uygulanmıştır.

Bulgular: TSSB ve UB hasta gruplarında psikolojik dayanıklılık düzeyleri kontrollerinkinden düşük bulunmuştur. TSSB hastalarında TSSB şiddeti ile YPDÖ puanları arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Hasta gruplarında SBTÖ'nün aktif başaçıkma tarzları (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama) alt puanları kontrollerinkinden düşük, pasif başaçıkma tarzları (çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım) alt puanları kontrollerinkinden yüksek bulunmuştur. Hasta gruplarında SBTÖ'nün stresle aktif başaçıkma tarzları ile YPDÖ puanları arasında pozitif korelasyon, pasif başaçıkma tarzları ile YPDÖ puanları arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Hasta gruplarının ÇÇTÖ puanları kontrollerinkinden yüksek

bulunmuştur. UB hastalarında ÇÇTÖ'nün cinsel istismar dışındaki alt puanları ile YPDÖ puanları arasında negatif korelasyon bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışmada, TSSB ve UB'de psikolojik dayanıklılık düzeyinin düşük olduğu, stresle aktif başaçıkma tarzlarının daha az, pasif başaçıkma tarzlarının daha çok kullanıldığı, çocukluk çağı travmalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu psikososyal faktörler travma ve stresörle ilişkili bozuklukların etyopatolojisinde rol oynuyor olabilir.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk çağı travması, psikolojik dayanıklılık, stresle başa çıkma, stresör, travma, travma sonrası stres bozukluğu, uyum bozukluğu

THE RELATIONSHIP AMONG PSYCHOLOGICAL RESILIENCE, COPING STRATEGIES AND CHILDHOOD TRAUMAS IN TRAUMA-AND STRESSOR-RELATED DISORDERS

ABSTRACT

Aim: Psychopathologies that occur after trauma and/or stressor are grouped under the heading of "Trauma-and Stressor-Related Disorders". Psychosocial factors such as coping strategies and psychological resilience may affect the response and adaptation to trauma and stressor. In addition, childhood traumas and/or traumatic events during adulthood of the individual may lay the ground for many psychopathologies. This study aimed to investigate the relationship among psychological resilience, coping strategies and childhood traumas in the patients with post-traumatic stress disorder (PTSB) and adjustment disorder (AD).

Methods: The study included 83 patients (46 female and 37 male) aged between 18-65 years with PTSD (13 female, 20 male) or AD (33 female, 17 male) and 50 healthy individuals (27 female, 23 male). The Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), the Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), the National Stressful Events Survey PTSD Short Scale (NSESSS-PTSD), the Traumatic Experiences Checklist (TEC), the Resilience Scale for Adults (RSA), the Ways of Coping Inventory (WCI) and the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-28) were applied to the patients and healthy controls included in the study.

Results: Resilience levels (the RSA scores) were lower in patients with PTSD and AD tham in controls. A negative correlation was found between PTSD severity and the RSA scores in patients with PTSD. While the sub-scale scores of active coping styles of the WCI (self-confident approach, optimistic approach, and social support seeking) were lower in the patient groups than in the controls, the sub-scale scores of passive coping styles (helpless approach and submissive approach) of the patient groups were higher than those of the controls. A positive correlation was found between the RSA scores and the active coping styles of the WCI in the patient groups, while a negative correlation was found between the passive coping styles and the RSA. The CTQ-28 scores of the patient groups were higher than those of the controls. A negative

correlation was found between the RSA scores and sub-scores of the CTQ-28 except sexual abuse.

Conclusion: In this study, it was found that psychological resilience levels were lower; active coping styles were less commonly and passive coping styles were more commonly used; and childhood traumas were more frequent in PTSB and AD. These psychological factors might have a role in etiopathogenesis of PTSB and AD.

Key words: Childhood traumas, psychological resilience, coping, stressor, trauma, post-traumatic stress disorder, adjustment disorder

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) travmatik bir olaya maruz kaldıktan sonra ortaya çıkan, yeniden yaşantılama, kaçınma, küntleşme, yabancılaşma ve aşırı uyarılmışlık semptomları ile kendini gösteren bir ruhsal bozukluktur (1). Olağan dışı travmatik olayları yaşayan hemen herkes aşırı korku, şaşkınlık ve öfke hisseder. Böyle bir yaşantı sonrasında çoğu insanda akut travma belirtileri olur, zamanla yatışır. Bazı kişilerde ise belirtiler zamanla yatışmaz ve kötüleşir. TSSB, olağan dışı travmatik durumlarda gecikmiş ve uzamış olarak ortaya çıkan bir belirtiler kümesidir (2).

Uyum bozukluğu (UB) zorlayıcı yaşam olayları sonrası ortaya çıkan anksiyöz, depresif duygudurum ya da davranım sorunlarını içerebilen psikiyatrik bir tablodur. Uyum, kavram açısından bakıldığında fiziksel ve psikolojik olaylara tepki olarak çıkan çeşitli fizyolojik, psikolojik ve davranışsal tepkiler ile bozulmuş olan homeoastazisin yeniden düzenlenme süreci olarak tanımlanmaktadır. UB ise stresör sonrasında bu yeniden düzenlenme sürecindeki bozukluk olarak ele alınmıştır (1).

TSSB ve UB, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının Beşinci Baskı (DSM-5)'sında "Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar" başlığı altında yer almaktadır (3). Bu bozukluklar belirli bir travma ve/veya stresör sonrası gelişmesi bakımından benzerdir. Ancak aynı travma ve/veya stresöre maruz kalan bireylerin hepsinde aynı ruhsal bozukluklar görülmemektedir. Bu durumun psikososyal ve nörobiyolojik pek çok sebebi olabilir. Bu nedenle TSSB ve UB'ye yatkınlık oluşturan etmenlerin bilinmesi bu rahatsızlıkların tanınması ve önlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Psikolojik dayanıklılık, zor yaşamsal tecrübeler karşısında kişinin kendisini toparlama gücü (4) veya değişimin ya da felâketlerin başarılı biçimde üstesinden gelme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (5). Psikolojik dayanıklılığın olumsuz yaşam olaylarının etkisine karşı kişiyi koruduğu düşünülebilir. Travma ve/veya stresöre maruz kalan her bireyde psikopatoloji gelişmemesi dayanıklılık düzeyi ile ilişkili olabilir. Psikolojik dayanıklılığın açıklanmasında psikososyal ve nörobiyolojik pek çok faktörün söz konusu olduğu söylenebilir. Psikolojik dayanıklılık değerleri yüksek olan kişilerde ruhsal hastalıkların daha nadir görüldüğü bildirilmektedir (6). Psikolojik dayanıklılık ve TSSB ilişkisi farklı çalışmalarda gösterilmiştir. Dayanıklılığın psikososyal yönüne odaklanan çalışmalarda yüksek dayanıklılık düzeylerinin TSSB için koruyucu olduğu öne sürülmüştür (7, 8). Dayanıklılığın biyokimyasal (9) ve nöroanatomik (10) yönüne odaklanan çalışmalarda da TSSB ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Psikolojik dayanıklılığın stresörün etkilerine karşı koruyucu olduğu düşünülürse, düşük dayanıklılık düzeylerinin UB riskini arttırması da muhtemeldir. Ancak bu konuda çalışmalar kısıtlıdır.

Stresle başaçıkma, stresli durumların üstesinden gelebilmek için geliştirilen bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımlanabilir (11). Başaçıkma stratejileri kişinin olumsuz yaşam olayları karşısındaki tepkisini etkiliyor olabilir. Aktif başaçıkma stratejilerini kullananlar stres karşısında daha etkili mekanizmalar geliştiriyor, sosyal destek sistemlerini etkin bir biçimde kullanıyor, emosyonel değişikliklerini daha iyi kontrol ediyor olabilirler. Tüm bunlar kişide travma ve/veya stresörün etkisini azaltıyor olabilir. Başaçıkma tarzları ile psikiyatrik belirtiler arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (12, 13). Yapılan çalışmalarda pasif başaçıkma tarzları ile TSSB arasında pozitif bir ilişki olduğu (14, 15), aktif başaçıkma tarzlarının ise TSSB'den koruyucu olduğu (16, 17) bildirilmiştir. UB ile başaçıkma tarzları arasında da TSSB ile benzer bir ilişki olduğu düşünülebilir. Stresör maruziyeti sonrası pasif başaçıkma stratejilerinin kullanılması UB riskini artırıyor olabilir. Ancak bu konuda yapılan çalışmalar da kısıtlıdır.

Çocukluk çağı travmalarının erişkinlik dönemindeki psikopatolojilere yatkınlık oluşturduğu bilinmektedir. Yaşamın erken dönemlerde travma maruziyeti kişinin strese cevabını bozuyor, travma ve/veya stresörün kişide oluşturacağı etkiyi artırıyor olabilir. Yapılan çalışmalarda çocukluk çağı travmalarının TSSB ile pozitif ilişkili olduğu

gösterilmiştir (18, 19). Çocukluk çağında istismar öyküsü olması TSSB gelişimi için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (20). Çocukluk çağı travmaları stresörlere karşı duyarlılığı artırıp UB etiyolojisinde de rol oynuyor olabilir. Ancak bu konuda yapılan çalışmalar da kısıtlıdır.

Bu çalışmada, travma ve stresörle ilişkili bozukluklardan TSSB ve UB olan hastalarda psikolojik dayanıklılık düzeyleri, stresle başaçıkma tarzları, çocukluk çağı travmaları ve bu psikososyal faktörler arasındaki ilişkilerin araştırılması amaçlanmıştır. Bu bozuklukların etyolojisinde yer alan psikososyal etkenlerin rolünün aydınlatılması bu bozuklukların oluşumunun önlenmesi ve tedavisi gibi konulara katkı sağlayabilecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Travma

Travma kavramı, bireyin ruhsal ve bedensel varlığını çok değişik biçimlerde sarsan, inciten, yaralayan her türlü olayı adlandırmak için kullanılmaktadır (2). Travmanın sözlük anlamı ise "Bir doku veya organın yapısını, biçimini bozan ve dıştan mekanik bir tepki sonucu oluşan yerel yara, örselenme"dir (21). Günümüzde tıp sözlüklerinde travma kelimesinin karşılığı "bedene dış bir etmen tarafından bir zarar gelmesi" olarak tanımlanır (22). Tıpta fiziksel ve ruhsal travma olarak iki farklı anlamda kullanılmaktadır. Ondokuzuncu yüzyıl ve 20. yüzyılın ilk yarısında "travma" kavramının fiziksel travma haricinde kullanımı kısıtlı olmuştur (23). Yukarıdaki tanımlamalar genellikle fiziksel travma kavramını açıklamaktadır. Ruhsal travma ise kişinin fiziksel bütünlüğünü tehdit eden olay ve bu olaylar karşısında korku, dehşet, çaresizlik hissetmesi, kendi güçsüzlüğü ile karşı karşıya kalması ve kullanabileceği baş etme mekanizmalarını kullanamayacak hale gelmesi olarak tanımlanır. Birçok çalışmada travmanın pek çok farklı özelliği vurgulansa da genel olarak ani başlangıçlı olması, yaşamı tehdit etmesi, olağandışı bir duruma maruz kalma ve kayıp içermesi üzerinde en çok uzlaşılan özellikleridir (24).

Travmatik olay; ölüme, ölüm tehdidine, ciddi yaralanmaya ya da ciddi yaralanma tehdidine, cinsel şiddete ya da cinsel şiddet tehdidine doğrudan maruz kalma, doğrudan tanıklık etme, yakın bir akraba ya da yakın arkadaşın travmaya maruz kalmasına ya da bedenin parçalarını toplayan, çocuk istismarının detaylarına maruz kalan bazı

profesyonellerin olayların detaylarına yoğun bir şekilde dolaylı tanıklık ederek maruz kalması olarak tanımlanmaktadır (3). Travmatik bir olayı sıradan stres yaratan bir durumdan ayıran en önemli özellik, travmatik olayın bireyin gelecek ve dünya ile ilgili temel düşünce ve duygularını, kendisi ve diğer insanlar için yargı ve kabullerini sarsan, yıkan yaşantılar olmasıdır (25). Travmatik olay, sadece stres tepkisine neden olmaz aynı zamanda kişide çaresizlik ve korku yaratır. Travmatik olay, kişinin çaresizlik ve korkunun en uç noktaları ile karşı karşıya gelmesine neden olur ve tehdit durumuna karşı uygun yanıt verilemediğinde travmatizasyon meydana gelir (26).

2.2. Stres ve Stresör (Stres Etkenleri)

Stres, uyum sağlanması gereken herhangi bir değişiklik, gerginlik doğuran bir zorlanma durumu olarak tanımlanmaktadır (27). Stres organizmanın denge durumunu bozabilen herhangi bir etkendir. Stres, davranışta fiziksel veya zihinsel hastalığı da içeren bozukluklar oluşturabilen psikososyal durumlar için de kullanılır. Stres, biyolojik, psikolojik, sosyolojik düzeylerde tanımlanabilir. Stres organizmanın kendi içinden doğabileceği gibi organizmanın dışından da gelebilir (2). Vücut, strese homeostasisini yeniden sağlayacak tepkileri harekete geçirerek cevap verir (20). Kişilerin stresli durumlara tepkisi farklılık gösterir. Tepki uygun, uyum sağlayıcı olabilir veya uygunsuz, uyum bozucu şekilde olabilir ki bu da bazen fiziksel veya ruhsal hastalık şeklini alabilir (28). Strese sebep olan her türlü etken stresör olarak tanımlanabilir (2). Stresör, kaynaklarda tetikleyici etken ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır (2, 3, 20). Stresörler; boşanma, işini kaybetme, sevilen birinin ölümü, aile problemleri, hastalık, yoksulluk olabilir (20). Stresörlerin her bireyde aynı tepkiye neden olmaması, hatta aynı stresörün aynı bireyde farklı zamanlarda farklı tepkilere yol açması iç ve dış koşullanma etkenleri ve psişik faktörlerle açıklanır. İç koşullanma etkenleri genetik eğilim, yaş ve cinsiyettir. Dış koşullanma etkenleri ise diyet, iklim, yorgunluk vb.'dir. Motivasyon ve geçmiş deneyimler ise psişik faktörleri oluştururlar (29).

2.3. Travma ve Stresöre Bağlı Oluşan Ruhsal Bozukluklar

Travmaya maruz kalan kişi; bireysel, toplumsal ve biyolojik etkenlere, travmanın tipine, şiddetine, yaşanma biçimine ve diğer birçok etkene bağlı olarak çok çeşitli tepkiler vermekte ve bunların sonucunda da kişide bir kısmı doğrudan maruz kalınan travmatik

deneyim ile ilişkilendirilen, bir kısmı ise travma ve stresör ile dolaylı olarak ilişkilendirilen pek çok ruhsal bozukluk gelişmektedir (24).

Travma ve stresör ile doğrudan ilişkilendirilen bozukluklar 7 alt başlık altında toplanmıştır (3):

1. Tepkisel bağlanma bozukluğu
2. Sınırsız toplumsal katılım bozukluğu
3. Travma sonrası stres bozukluğu
4. Akut stres bozukluğu
5. Uyum bozuklukları
6. Tanımlanmış diğer travma ve stresörle ilişkili bozukluk
7. Tanımlanmamış diğer travma ve stresörle ilişkili bozukluk

2.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

2.4.1. Tanım

TSSB; travma sonrası bir aydan uzun süren, olayı rüyalarda ya da uyanıklık sırasında düşüncelerde sürekli olarak yeniden yaşama, hatırlatıcı durumlardan kaçınma, aşırı uyarılmışlık ile giden ve işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açan bir durum olarak tanımlanabilir (20).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR)'sında TSSB; "kişinin gerçek bir ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkasının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşaması, böyle bir olaya tanık olması ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmesi" olarak tanımlanmıştır (30).

2.4.2. Tarihçe

Travmatik olayların ruhsal etkileri çok eski tarihlere dayanmaktadır. Tarihin en eski yazılı destanı olan Gılgamış Destanı'nda TSSB belirtilerine benzer belirtilerden bahsedilir. Milattan önce 440 yılında Herodot tarafından savaş sonrası korkuya bağlı

oluşan ruhsal belirtiler tanımlanmıştır. Hipokrat savaş sonrası kâbusları tanımlamış ve şair Lucretius şiirlerinde bundan bahsetmiştir (31).

Amerika iç savaşında savaşan askerlerde fiziksel ve zihinsel tükenmeyi tanımlamak amacı ile "asker kalbi" deyimi 19. yüzyılda kullanılmaya başlanmıştır. Bir kardiyolog olan Jacob Mendez Da Costa, fiziksel belirtiler, kâbuslar ve sinirlilikten oluşan bu duruma "aşırı duyarlı kalp" (irritabl heart) adını vermiştir ve bu belirtiler kümesi Da Costa sendromu olarak anılmıştır (32). I. Dünya Savaşı sırasında ortaya çıkan benzer bir klinik tablonun, patlayan top güllelerinin yarattığı beyin zedelenmesinden kaynaklandığı düşünülmüş ve "gülle şoku" (shell shock) ismi verilmiştir (33). Gerek hastalığın adlandırılması için kullanılan isimler ve gerekse de hastalık için yapılan tanımlamalar II. Dünya Savaşı'ndan sonra gerçekçi ve açıklayıcı olmaya başlamıştır (34). II. Dünya Savaşı'ndaki gözlemlere dayanarak "Büyük Stres Reaksiyonu" (Gross Stres Reaksiyon) olarak isimlendirilmiş ve DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)-I'de kendisine yer bulmuştur (35). DSM-II'de ise travma ile gelişen erişkin yaşamda uyum bozukluğu olarak tanımlanmış "Geçici Durumsal Bozukluk" (Transient Situational Disturbance) olarak isimlendirilmiştir (36). Hastalığın tanımlanması ve gözlemlenmesinde büyük bir pay sahibi olan Vietnam Savaşı'nın etkisi ile DSM-III'te "Travma Sonrası Stres Bozukluğu" ismi ile anksiyete bozuklukları arasında yer almıştır (37). DSM-III-R ile daha önce DSM-III'te tanımlanan beş ölçüte 6 ilave belirti eklenmiş ve belirtilerin en az 30 gün sürmesi gerektiği koşulu getirilmiştir (38). DSM-IV'te travmatik olayın tanımlamasına ilişkin değişiklikler yapılmıştır. Travma tanımlamasında yaşamı tehdit eden ağır hastalık, fiziksel olmayan saldırılar, uygun olmayan cinsel deneyimler gibi stresörlere de yer verilmiştir. Yine DSM-IV ile belirtilerin süresine göre tanımlamalar yapılmıştır. Üç-otuz gün süren belirtiler için akut stres bozukluğu (ASB), bir aydan uzun, üç aydan kısa süren belirtiler için akut TSSB, daha uzun süren belirtiler için ise kronik TSSB tanımlaması yapılmıştır. DSM-IV'te kişinin o olayla ilgili öznel yaşantısının ne olduğu daha fazla vurgulanmıştır ve ikincil travmatizasyonun, yani travmatik olayın, olayı doğrudan yaşamayan ama haberdar olanlardaki etkilerinin de TSSB'ye yol açabileceği kabul edilmiştir (30). TSSB, DSM-IV'ün "Anksiyete Bozuklukları'' bölümünden alınarak DSM-5'in "Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar" bölümüne yerleştirilmiştir (3). Buradaki gerekçe etiyoloji, farmakoterapi ve psikoterapileri benzer olan travma ile ilişkili bozuklukları bir araya

getirmektir (39). DSM-5'de kişinin öznel tepkisi dikkate alınmamış (DSM-IV'te bulunan A2 kriteri çıkarılmış), onun yerine, travmatik olaylar ile karşılaşmanın yolları sıralanmıştır. DSM-IV'te üç ana belirti kümesi (yeniden yaşantılama, kaçınma/hissizlik, uyarılma) varken DSM-5'de kaçınma ve hissizlik ayrı belirti kümeleri haline getirilmiştir (3).

2.4.3. Epidemiyoloji

TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığının %7,8, kadınlarda %10, erkeklerde ise %4 olduğu bildirilmiştir (40). Green tarafından yapılan geniş literatür taramasında travmatik bir olaya maruz kalan toplumda TSSB oranının %25-30 arasında değiştiği bulunmuştur (41). Ülkemizde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda da farklı sonuçlar bulunmuştur. Çeşitli türden travmaların yaygın olarak görüldüğü bir ülke olmamıza karşın, araştırmalar daha çok doğa olayları sonucu meydana gelen travmalara, özellikle de deprem travmasına odaklanmaktadır. Deprem travması araştırmaları da özellikle 1999 Marmara Depremi sonrasında yoğunlaşmıştır (42). Başoğlu ve arkadaşlarının Marmara Depremi'ni yaşayanlarla yaptığı bir çalışmada TSSB yaygınlığı %43 bulunmuştur (43). Bozkurt ve arkadaşlarının 2011 yılında Çubuk Hortumu'ndan 12 ay sonra, maruz kalan erişkin nüfusta yaptığı bir çalışmada TSSB yaygınlığı %18,7 bulunmuştur (44). Yaşan ve arkadaşlarının Diyarbakır'da çatışmalı bir bölgede yaşayan 708 kişi ile yaptıkları çalışmada TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığı %34,9, nokta yaygınlığı %15,1 bulunmuştur (45).

Birçok çalışma TSSB yaygınlığının kadınlarda erkeklere göre belirgin olarak daha fazla olduğunu bildirmiştir. Yaygın olarak kadınların TSSB gelişmesine daha yatkın olduğu kabul edilir (46). Kessler'in çalışmasında yaşam boyu TSSB yaygınlığı erkeklerde %4, kadınlarda ise %10 bulunmuştur (40).

TSSB herhangi bir yaşta görülebilir fakat travmaya maruz kalma riskinin daha yüksek olması nedeniyle genç erişkinlerde daha sık görülür. Bu bozukluk çocuklarda da görülebilir (20).

TSSB sıklığının medeni durum ile ilişkisinin incelendiği çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlar bulunmuştur. Yapılan bir epidemiyolojik çalışmada hiç evlenmemiş olan kişilerin TSSB açısından yüksek risk taşıdığı saptanmıştır (47). Önceden evli olanlarda

(eşi ölmüş olanlar veya boşanmışlar) TSSB görülme riskinin daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (40, 48). Genel olarak bekar, boşanmış, dul, sosyal olarak çekinik bireylerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir (20).

Eğitim düzeylerine bakıldığında düşük eğitim düzeyinin yüksek TSSB riski ile ilişkili olduğu görülmüştür (20, 49).

TSSB yaygınlığının travma türüyle ilişkisi de pek çok çalışmada incelenmiştir. Doğal afetler sonrası TSSB sıklığının, genel olarak insan eli ile gerçekleşen travmalardan daha düşük olduğu (50), özellikle tecavüz ve cinsel saldırı gibi insan eli ile gerçekleşen travmatik olaylarda TSSB gelişme riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (51). Travmatik deneyimlerin gasp, cinsel saldırıya uğrama, yangın, trafik kazası, örseleyici bir ölüme tanık olma, savaş alanında bulunma, fiziksel bir saldırı yaşama ve diğer felaketler olarak 10 ayrı başlıkta incelendiği bir çalışmada, en yüksek TSSB yaygınlığı %14 ile cinsel saldırıya uğrayan bireylerde bulunmuş, bunu %13 ile fiziksel saldırıya uğrayanlar, %12 ile trafik kazası geçirenler izlemiştir (52). Travma türleri erkekler ve kadınlarda da farklılık göstermektedir. Erkeklerin travması genelde çatışma yaşantısı içerirken kadınların travması sıklıkla saldırıya ya da tecavüze uğramadır (20). Yaşam boyu travmatik olaya maruz kalma sıklığı erkeklerde daha fazla iken travmatik olay sonrası TSSB gelişme sıklığı kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (46).

2.4.4. Etiyoloji

2.4.4.1. Tetikleyici etkenler

Tanımı gereği tetikleyici etken TSSB oluşumunda ana nedensel etmendir. Ancak travmatik bir olaydan sonra herkeste bu bozukluk görülmez. Tetikleyici etkenin olması bozukluğun oluşması için tek başına yeterli değildir. Travmatik olaya karşı oluşan yanıtın içerisinde aşırı korku ya da dehşet duygularının olması gerekir. Tetikleyici etkenin kişi açısından öznel anlamı da önemlidir (53). Travma için bireyde bu öznelliği etnik, kültürel, psikolojik, biyolojik, ailesel ve sosyal etkenlerin oluşturduğu düşünülmektedir (54).

2.4.4.2. Psikolojik teoriler

Psikodinamik teori

Psikanalitik TSSB modeli, yaşanan travmatik olayın çözümlenmemiş psikolojik çatışmayı harekete geçirdiği varsayımına dayanmaktadır (20). Gelişim dönemlerinde tam olarak çözülmemiş çatışmaların varlığında travma, çatışmaların alevlenmesine neden olmakta ve travmayla başaçıkmak zorlaşmaktadır. Travmayla canlanan çocukluk dönemine ait çatışmalar, çocukluk döneminde yaşanan terk edilme ve yalnız bırakılma gibi kaygıların yeniden ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Freud, şiddetli travmanın tüm savunma düzeneklerini yetersiz bırakarak ağır, acı verici şekilde yaşandığını ve benliğin travmayla baş etme gücünün kalmadığını belirtmiştir. Travma ruhsal yapının homeostazisinde de bozulmaya yol açmakta ve benlik, bozulan homeostatik dengeyi tekrar sağlamak için önceki psikoseksüel basamaklara gerileyebilmektedir (55).

Bilişsel teori

Bilişsel modele göre travma, kişinin kendine ve dünyaya ilişkin oluşturduğu bilişsel şemaları sarsarak bozuk ve olumsuz düşünce, inanç ve şemalara neden olmaktadır (56). Ağır stres sonrasında bilgi işleme sürecinde bozulma ve bütünleşememiş yaşantılar ortaya çıkar. Bütünleşememiş yaşantılar kolaylıkla uyarılabilmekte ve yaşamın içine karışabilmektedir. Acı verici yaşantılar bastırılamamakta ya da dışlanamamaktadır. Kaygı/korku ile birlikte kaydedilmiş yaşantılarda, duygu-düşünce öğelerinden birini uyaran uyarılar tümünü harekete geçirmektedir. Bu genel uyarılmışlık ve arkasındaki organize olmayan bir biçimde yapılmış kayıt, TSSB'deki uyarılmışlık, bellek bozuklukları, impulsivite gibi belirtilerin kaynağı olarak değerlendirilmektedir (57). Travmatik olaya maruz kalan kişi travmaya ilişkin kabul edilebilir ve anlaşılır bir yorum bulamaz. Bu da kişinin dünyanın güvenli ve adil bir yer olduğuna yönelik inancını bozar ve korku, kaygı, aşırı uyarılma, çaresizlik ve güvensizlik duygularına neden olur (58). Travmalardan sonra kişilerde felaketleştirme, olumsuzlukları büyütme, olumlu olayları görmezden gelme, aşırı genelleme, kişiselleştirme ve kendini suçlama gibi düşünce ve tutumlar sıklıkla görülür. Bu tür düşünce, inanç ve tutumlar kişinin ruhsal

durumunu olumsuz yönde etkileyerek travmaya karşı baş etme becerisini zayıflatmaktadır (55).

Davranışçı teori

Mowrer'ın iki faktörlü öğrenme kuramına göre korku klasik koşullanma ile kazanılırken edimsel koşullanma yolu ile sürdürülmektedir (59). Travma yaşantısı sırasında nötral iç ve dış uyaranlar travmaya verilen aşırı yanıtın sonucunda koşullu uyaranlar haline gelirler. Koşullu uyaran haline gelen iç ve dış uyaranlarla karşılaşmak da anksiyeteye ve aşırı uyarılmışlığa neden olur. Koşullu uyaranların giderek genelleşmesi sonucunda yeniden yaşantılama belirtisi görülür. Böylece pek çok gündelik olay travma mağduru açısından travmayı hatırlatan bir uyaran haline gelir. Kişi zamanla koşullu uyaran ile meydana gelen anksiyetesinin bazı davranışlarla (kaçınma davranışı) azaldığını fark eder. Kaçınma davranışı koşullu uyaran ile tetiklenen anksiyeteyi kısa vadede azaltmakta ancak uzun vadede pekiştirmektedir. Kaçınma davranışsal olabileceği gibi düşünsel, bilişsel, duygusal düzeyde de olabilir (55).

2.4.4.3. Biyolojik teoriler

Noradrenerjik sistem

Noradrenalin (NA) organizmada bellek, dikkat, uyarılma, tehlikeyle başaçıkabilme ve korku yanıtına aracılık etmektedir (60). NA en fazla ponsta bulunan lokus seruleus bölgesinden salınır. Lokus seruleus korku ve alarm yanıtlarına aracılık ettiği için "travma bölgesi" olarak adlandırılır. Bu bölgenin prefrontal korteks, amigdala, hipokampus, hipotalamus, periakuaduktal gri cevher ve talamus ile bağlantıları vardır (61). Lokus seruleusu tahrip edilen hayvanların tehlikeye aldırmadıkları ve korkusuzca tehlikeli davranışlara giriştikleri gözlenmiştir (62).

Travma ile ilk kez karşılaşıldığında NA sentez ve salınımında artış olur, ancak tekrarlayan stres sırasında hipotalamus, hipokampus, amigdala, lokus seruleus ve korteks gibi bölgelerde tüketilen NA'yı karşılayamaz ve böylece adrenerjik reseptörlerde upregülasyon ve duyarlılık artışı olur. Tüketim sonucu aşırı üretim, tekrarlayan hafif stresler karşısında bile koşullanmış bir cevap olarak kendini gösterir (63).

Stresörlerin presinaptik alfa-2 noradrenerjik otoreseptör duyarlılığını azaltarak NA salınımını arttırdığı, bunun sonucunda da uyarılmışlıkta artış, taşikardi, takipne, kaslarda gerginlik, kan basıncında artma, terleme, titreme gibi anksiyete belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olduğu gösterilmiştir. TSSB'li kişilerde bakılan plazma, beyin omurilik sıvısı ve idrar NA konsantrasyonlarının kontrol grubuna göre yüksek olduğu, trombosit alfa 2 ve lenfosit beta adrenerjik reseptör sayılarının kronik katekolamin maruziyeti nedeniyle düşük olduğu gösterilmiştir (20).

Lokus seruleustan hipokampus ve amigdalaya uzanan noradrenerjik projeksiyonlar anıların bellekten çağırılmasını kolaylaştırmaktadır. TSSB hastalarıyla yapılan bir çalışmada noradrenerjik aktiviteyi artıran, presinaptik alfa-2 otoreseptör antagonisti olan yohimbin verildiğinde yeniden yaşantılama, geriye dönüş (flashback) ve gece kâbuslarında, kalp hızı ve kan basıncında artış olduğu görülmüştür (64).

Tüm bu bulgular TSSB'de noradrenerjik sistemde bir işlev değişikliği olduğunu destekleyen kuvvetli kanıtlardır (20).

Dopaminerjik sistem

Stres yaşantısı sonrasında medial prefrontal kortikal bölgede dopaminerjik sistem aktive olmaktadır. Prefrontal kortekste ve nükleus akkumbenste dopamin metabolitlerinde artış görülür (24, 65). TSSB'de görülen bellek bozukluklarının stres sonrası aktive olan prefrontal korteks dopaminerjik sistemi ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (9, 66). Dopaminerjik aktiviteyi artıran kokain ve amfetamin kullanımı paranoid düşünceler ve aşırı uyarılmışlık belirtilerine neden olabilmektedir (67). Bu bulgular TSSB'de oluşan nörobiyolojik değişikliklerin içinde dopaminin de önemli bir yeri olduğunu düşündürmektedir.

Serotonerjik sistem

Serotonin düzeyinde azalmanın TSSB fenomenolojisiyle uygunluk gösteren irritabilite, aşırı duyarlılık, aşırı uyarılmışlık, abartılı emosyonel uyarılma ve agresyona neden olduğu gösterilmiştir (24, 63). Kaçınılmaz şok durumlarına maruz bırakılarak öğrenilmiş çaresizlik modeli oluşturulan sıçanlara trisiklik antidepresan (TCA) ve seçici serotonin gerialım inhibitörlerinin (SSRI) uygulanması sonrasında öğrenilmiş çaresizlik

belirtilerinin azaldığı gösterilmiştir (68). TSSB belirtileri üzerinde serotonerjik sistemin etkisini incelemek için serotonin agonisti etkisi olan meta-klorfenilpiperazinin (m-CPP) kullanıldığı bir çalışmada ise, m-CPP'nin yohimbine benzer bir şekilde anksiyete, panik atak ve TSSB belirtilerini ortaya çıkardığı görülmüş ve geriye dönüşler ile travmatik olayı yeniden yaşantılamanın serotonin-2 reseptörleriyle ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (64). Başka bir çalışmada serotonin-1B ve 2C reseptörlerinin stresli durumlara adatif reaksiyonlar ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (69). Ayrıca SSRI'ların, TSSB hastalarının tedavisinde gösterdikleri etkinlik, serotoninin bu rahatsızlıkta rolü olduğu düşüncesini desteklemektedir (65, 70).

Opiyat sistemi

Stresin endojen opiyat sisteminde de değişikliklere yol açtığı gösterilmiştir. Şiddetli travma sonrasında görülen depersonalizasyon, fiziksel analjezi ve ruhsal uyuşma gibi belirtilere endojen opiyat salınımının neden olduğu düşünülmektedir (61). Anksiyete, irritabilite, öfke patlamaları, uykusuzluk, uyarılabilirlik gibi opiyat yoksunluğu belirtilerinin TSSB belirtilerine benzemesi bu bozukluk ile opiyat sistemi arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Yapılan hayvan çalışmalarında deneklerin endojen opiyatların çekilmesini engellemek için travmayı arayan bir davranış sergiledikleri ve strese tekrar maruz kalmanın, eksojen opiyat uygulaması ile benzer etkiler oluşturduğu gösterilmiştir (71). Kaçınılamaz şoka maruz bırakılan deney hayvanlarında endojen opiyat düzeyinin artarak analjezi oluşturduğu görülmüştür (72). Naloksan gibi opiyat reseptör blokerlerinin, stresin oluşturduğu analjeziyi önlemelerinin opiyat sistemi aracılığı ile olduğu bildirilmiştir (70).

Gamma-aminobutirik asit (GABA) ve glutamat

Travma ve anksiyetenin nörobiyolojisinde GABAerjik yolaklar önemli bir rol oynamaktadır. Aşırı stres sonucu GABA sisteminin aşağı ayarlamasının ve glutamat sisteminin etkinliğinin artmasının travmatik anıların belleğe yerleşmesinden sorumlu olduğu ve bunların da izleyen dönemdeki "yeniden yaşantılama" ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (73). TSSB'de görülen aşırı uyarılmışlık hali, yeniden yaşantılama ve gece kâbusları gibi semptomların hiperglutaminerjik durumun temporo-parietal kortikal bölgeyi etkilemesi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (74).

Nöroendokrin sistem ve hipotalamik-pitüiter-adrenal eksen

Hipotalamik-pitüiter-adrenal (HPA) eksen strese yanıt ve adaptasyonda önemli rol oynar. Strese yanıt olarak HPA eksen aktive olur. Bu aktivasyon, hipotalamusun paraventriküler çekirdeğinden portal venöz dolaşıma çıkan kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) tarafından başlatılır. CRH salınması ön hipofizden adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve ß endorfin salıverilmesine neden olur. ACTH ise dolaşıma geçerek adrenal korteksten glukokortikoid salınmasına yol açar. HPA eksen aktivasyonu dışında CRH, anksiyete davranışını oluşturmakta ve lokus seruleus nöronlarının ateşlenme hızını arttırarak NA salınımını artırmaktadır (75, 76). Katekolaminler vital organların ihtiyacı olan fazladan enerjinin teminini sağlarken, kortizol stresle ortaya çıkan nörolojik savunma sistemlerinin devamını ya da kapatılmasını sağlamaktadır. HPA ekseni strese yanıt durumlarında gerekli olduğunda harekete geçmeyerek, gerekmediği bir durumda harekete geçerek, stres kaynağına yanıt oluştuktan sonra ise sonlanmayarak normal işlevinde sapmalar gösterebilmektedir. TSSB'de HPA eksen regülasyonunda uzun süreli bozulmalar gösterilmiştir (77). Kronik streste, HPA ekseni sürekli uyarıma cevap vermemeye başlamakta ve kortizol seviyesi düşmekte, glukokortikoid reseptör duyarlılığı artmakta ve negatif feedback inhibisyonu görülmektedir (76, 78). TSSB'de plazma ve idrarda serbest kortizol düzeylerinin düşük olduğu, düşük doz deksametazon ile yapılan yükleme testinde kortizolün baskılanmasının arttığı gösterilmiştir (20). Pek çok travma türüyle yapılan çalışmalarda; TSSB kriterlerini karşılayan olgularda kortizol düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır (79, 80). Bu çalışmalar, HPA sistemindeki ve kortizol salınımındaki değişikliklerin TSSB ile ilişkili olduğunu desteklemektedir.

2.4.4.4. Genetik

Genetik faktörler bireyin strese verdiği tepkinin belirlenmesinde önemli rol oynar (81). TSSB etyolojisinde genetik faktörler başta ikiz çalışmaları olmak üzere pek çok çalışmada incelenmiştir. Çalışmalarda TSSB olanların tek yumurta ikizlerinde bu hastalığın görülme sıklığının %32-38 arasında olduğu bildirilmiştir (82). Noradrenerjik sistemde rol oynayan alfa 2 adrenerjik reseptör subtiplerinde görülen polimorfizmlerin strese dayanıklılıkta rolü olduğu, alfa 2A adrenerjik reseptörün artmış dayanıklılık, alfa 2C reseptörünün artmış stres duyarlılığı ile ilişkili olduğu yapılan hayvan çalışmalarında bildirilmiştir (83). HPA ekseninde rol alan FK506-bağlayıcı protein 5 gen ve CRH

reseptor 1 gen polimorfizmlerinin TSSB ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (84). Yapılan çalışmalarda katekolamin-o-metil transferaz Val158Met polimorfizmlerinin strese duyarlılık ve TSSB gelişme riskinde artış ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (85-87). Dopamin transporter gen ve D2 reseptör polimorfizminde TSSB riskinin arttığı bildirilmiştir. Dopamin reseptör gen D2 ve D4 polimorfizmlerinin artmış stres duyarlılığı ve artmış TSSB gelişme riski ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (88, 89). Serotonin taşıyıcı geninin kısa alleli taşıyan kişilerin strese daha duyarlı oldukları ve bu kişilerde TSSB gelişme riskinin arttığı gösterilmiştir (90). Bunların dışında GABA reseptör alfa 2, beyin kaynaklı nörotrofik faktör (BDNF), apolipoprotein E ve nöropeptid Y (NPY) genlerinin TSSB ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir (91).

Sonuç olarak TSSB gelişiminde genetik faktörlerin de önemli bir yeri olduğu, tek genden ziyade poligenik ve epigenetik etmenlerin rol oynadığı düşünülmektedir.

2.4.4.5. Nöroanatomi ve nörofizyoloji

TSSB'de beyin yapıları ve fonksiyonlarındaki değişiklikler nörogörüntüleme metotları kullanılarak tanımlanmıştır. TSSB'de şimdiye kadar yapılan görüntüleme çalışmaları hipokampus, amigdala, prefrontal korteks, anterior singulat korteks, anterior insular korteks gibi belli beyin bölgelerine odaklanmaktadır. Hipokampus, adrenal steroid reseptörleri içerdiği için stres etkilerine duyarlı ve nöroplastisite yeteneği olan bir bölgedir (92). Uzun süre strese maruz kalma ve yüksek glukokortikoid düzeylerinin hipokampusa zarar verdiği, dentritik dallanmaları azalttığı ve nörogenezisi bozduğu bildirilmiştir (93). Ancak son dönemlerde hipokampal hacmin küçük olmasının travmanın bir sonucu değil de TSSB gelişimine eğilimi artıran bir durum olduğu öne sürülmektedir. TSSB olan ve travmaya maruz kalıp TSSB gelişmeyen kontrollerin hipokampal hacimlerinin karşılaştırıldığı çalışmalarda TSSB hacmi diğer gruba göre düşük bulunmuştur (94, 95). Savaşa maruz kalan TSSB kriterlerini karşılayan bireyler ve onların ikizleriyle; savaşa maruz kalan ancak TSSB kriterlerini karşılamayan bireyler ve onların ikizlerinin hipokampal hacimlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada TSSB kriterlerini karşılayanlar ile onların ikizlerinin hipokampal hacimleri daha küçük bulunmuştur. Bu çalışmada azalmış hipokampal hacmin TSSB için bir risk faktörü olabileceği bildirilmiştir (96).

Amigdala tehlikeli uyaranın tanınması, korku cevabının düzenlenmesinde önemli bir limbik yapıdır. Yapılan çalışmalarda TSSB tanılı hastalarda artmış amigdala aktivitesi gözlenmiştir (97-99). Ayrıca amigdala reaktivasyonunun TSSB gelişimi için bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir (70).

Medial prefrontal korteks; anterior singulat korteks, subkallosal korteks ve medial frontal girus bölgelerini içermektedir. TSSB tanılı hastalarda anterior singulat korteks haciminin azaldığı ve bu azalmanın semptom şiddeti ile pozitif ilişkili olduğu bildirilmiştir (100). Ayrıca TSSB tanılı hastalarda süperior medial prefrontal kortex, orbitofrontal korteks (101) ve insula hacminde azalma gösterilmiştir (102).

2.4.5. Risk faktörleri

Örseleyici bir travma ile karşılaşıldığında bile pek çok kişide TSSB belirtisi oluşmaz. Benzer şekilde, çoğu kişiye göre sıradan ya da felaket niteliği taşımayan olaylar bazılarında TSSB'na yol açabilir (20). TSSB gelişimi için risk faktörleri genel olarak üç gruba ayrılmaktadır (24).

2.4.5.1. Travma öncesi faktörler

Cinsiyet

Kadın cinsiyet TSSB gelişimi için bir risk faktörü olarak görülmektedir. Yaygın olarak kadınların TSSB gelişmesine daha yatkın olduğu kabul edilir (46). Ancak son zamanlarda yapılan çalışmalar; kadınların yaşamı tehdit eden, ölümle sonuçlanabilecek ya da sonu tecavüzle bitecek türde travmalara daha çok maruz kalmasının ve travmatik yaşantıdan sonra psikiyatrik belirtilerini daha fazla ifade ediyor olmasının, kadınlarda TSSB oranlarının daha fazla görülmesinin nedenleri olabileceğini öne sürmektedir. Benzer şekilde savaş travması yaşayan gruplarda ya da polis örneklerinde kadın ve erkelerde yakın oranlarda TSSB geliştiğini bildiren çalışmalar bu görüşü desteklemektedir (103).

Yaş

TSSB herhangi bir yaşta görülebilir fakat travmaya maruz kalma riskinin daha yüksek olması nedeniyle genç erişkinlerde daha sık görülür (20). Bazı çalışmalarda yaşlı

olanlarda TSSB oranlarının daha fazla olduğu bildirilmiştir (104). TSSB ve yaş arasında anlamlı bir ilişki olmadığı da bildirilmiştir (105).

Medeni durum

Yapılan bir epidemiyolojik çalışmada hiç evlenmemiş olan kişilerin TSSB açısından yüksek risk taşıdığı saptanmıştır (47). TSSB genellikle bekar veya boşanmış bireylerde evli olanlara göre daha sık görülür (53).

Zeka ve eğitim düzeyi

Zeka düzeyi, okuma yeteneği ve eğitimin TSSB için koruyucu etkenler olabileceği ileri sürülmüştür (106). Vietnam gazileri ile yapılan bir çalışmada düşük zeka düzeyi ile TSSB semptomlarının şiddeti arasında negatif ilişki olduğu gösterilmiştir (107). Düşük eğitim düzeyinin TSSB gelişimi için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (108).

Geçmiş travma öyküsü

Geçmişte travmatik bir olayı yaşamış olmak, gelecekte maruz kalınacak travmalar sonrasında TSSB gelişim riskini arttırmaktadır (109). Çocukluk çağında travmatik yaşam öyküsünün olması da TSSB gelişimi için bir risk faktörü sayılmaktadır (53). Geçmiş travma öyküsü ve TSSB gelişimi arasındaki ilişki, TSSB oluşumuna neden olan travmanın türüne göre de değişmektedir. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında; insan eliyle olan travmalarda (aile içi şiddet, saldırı, tecavüz), geçmiş travma öyküsünün bulunmasının TSSB gelişme riskini kaza, savaş, doğal afet gibi travma maruziyetlerine göre daha çok arttırdığı gösterilmiştir (110). Aynı çalışmada çocukluk çağı travma maruziyetinin TSSB gelişimi açısından, erişkin dönem travmalarına göre daha riskli olmadığı gösterilmiştir.

Ruhsal hastalık öyküsü

Psikiyatrik bozukluğu olan insanlar, psikiyatrik sorunları olmayanlardan daha fazla travmatik olaya maruz kalma öyküsü ve TSSB bildirirler (111). Ruhsal hastalık öyküsünün TSSB gelişimi ile pozitif ilişkili olduğu gösterilmiştir (112). TSSB olgularında eş tanı oranları yüksektir. Olguların en az üçte ikisinde eşlik eden iki ruhsal bozukluk daha vardır. En sık görülen eş tanılar depresyon, madde ile ilişkili

bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve bipolar bozukluklardır (BB). Eş tanı olması kişiyi TSSB gelişimine yatkın hale getirmektedir (53). Yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada geçirilmiş ruhsal hastalık öyküsü ve TSSB arasındaki ilişki incelendiğinde, TSSB gelişme riskini en çok arttıran durumun geçirilmiş TSSB öyküsü olduğu bulunmuştur (113). Aynı çalışmada yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, özgül fobi ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun TSSB tanısı alanlarda en sık görülen ruhsal hastalıklar olduğu bulunmuştur. Ayrıca kişide borderline, paranoid, bağımlı ya da antisosyal kişilik özelliklerinin bulunması TSSB gelişimi için risk faktörü olarak kabul edilmektedir (20).

Olumsuz yaşam olayları

Travmatik olaydan önce olumsuz yaşam olaylarına maruz kalmanın TSSB gelişimi riskini arttırdığı düşünülmektedir (114, 115). Olumsuz yaşam olaylarının TSSB belirtilerinin kronikleşme riskini arttırdığı da düşünülmektedir (116). Özellikle çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve olumsuzlukları hem TSSB hem de diğer psikiyatrik bozukluklar için yatkınlık yaratabilir (53).

Etnik özellikler

Travmatik bir olay karşısındaki tepkinin evrensel özellikleri olmasına karşın etnik-kültürel faktörler kişinin TSSB'ye yakalanma olasılığını ve tedaviye yanıtını etkileyebilir. Vietnam'da savaşanlar arasında yapılan çalışmalarda TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığı, beyazlarda %14-30, Afrika kökenlilerde %19-47, İspanyol kökenlilerde %28 bulunmuştur (117). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalarda siyahi toplulukta TSSB gelişme riskinin beyazlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (118, 119).

2.4.5.2. Travma içi faktörler

Travmanın şiddeti

TSSB için, travmatik stresöre maruz kalmanın derecesi tutarlı bir risk etkeni olarak gösterilmiştir (110). Travmanın şiddeti ile TSSB belirtileri arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır (24). Travmatik olayın birey için öznel anlamının olması, katastrofik olması, insan tarafından oluşturulması, ölüm tehdidi içermesi, fiziksel

yaralanma ile birlikte olması, gaddarlık ve insanlık dışı olay içermesi, kişide suçluluk duygusu uyarması, travmatik olayla karşılaşmanın ani olması (hazırlıksız olma), karşı karşıya kalma süresinin uzaması gibi durumlar TSSB gelişme riskini artırmaktadır (57). Ayrıca travmaya korku, çaresizlik, dehşet, suçluluk ve utanç duyguları gibi öznel yanıtı olanlarda ve travma anında dissosiyatif yanıt durumunda TSSB gelişme riskinin arttığı bildirilmiştir (110).

Algılanan şiddet

Sıradan gibi görünen ya da çoğu insan için bir felaket gibi görünmeyen olaylar, söz konusu olayın kişi için öznel bir anlamı olması nedeniyle TSSB'ye neden olabilmektedir (57). Travmanın algılanan şiddeti TSSB gelişimi için önemli risk etkenleri arasında sayılmaktadır (2).

2.4.5.3. Travma sonrası faktörler

Olumsuz yaşam olayları

Travmaya bağlı yitimler, travma sonrası olumsuz yaşam olayları TSSB gelişimi için risk etkenleri arasında sayılmaktadır. Faciaların kendisi kadar yardımların gecikmesi, insanların eşit yardımlar alamaması, yakınlarını yitirmesi, sakat kalma, toplumsal desteklerin, yeterli barınağın, beslenmenin olmaması gibi etkenler de örseleyici olaylar olarak görülmelidir (2). Travma sonrası yaşanan olumsuz yaşam olayları TSSB gelişme riskini artırmaktadır (24). Ayrıca travmatik bir olay sonrası kişinin başına gelenlerden kendini sorumlu tutması ya da başkaları tarafından sorumlu tutulması ikincil travma durumuna yol açmaktadır. Travmatik anı gerek emosyonel gerekse bilişsel düzeyde başarısız bir biçimde işlenmekte ve birey mevcut durumdan kendini suçlayarak henüz birinci travmanın etkilerini atlatmadan ikinci bir travmaya uğramaktadır. Bu durum da TSSB gelişme riskini artırmaktadır (120).

Hatalı başaçıkma stratejileri

Travmatik yaşantı sonrası bireyler stres ile başaçıkmak için çeşitli stratejiler kullanabilmektedir. Başaçıkma stratejilerinin temel olarak iki kategoride toplanabildiği görülmüştür. "Probleme yönelik başaçıkma" ve "duygulara yönelik başaçıkma" olarak isimlendirilen bu stratejilerin, sorunlara, kişilere ve durumlara göre değiştiği

düşünülmektedir. Problem odaklı başaçıkma, tehdit edici olayı ortadan kaldırmaya veya onun etkisini azaltmaya yönelik etkinlikleri içerir. Stresle başaçıkmada benimsenen bir başka yaklaşım tarzı olan duygu odaklı başaçıkma, kişinin kendisi için stres yaratıcı olan uyarıcı ile mücadele etmek yerine, bu uyarıcının etkisini azaltmak için durumun gerçekliğini yadsıma, sorundan uzak durma ve yaşadığı olumsuz duyguları paylaşma gibi etkinlikleri içerir (121). Yapılan çalışmalarda problem odaklı başaçıkma stratejileri ile TSSB belirtileri arasında negatif ilişki bulunurken, duygu odaklı ve kaçınma stratejilerinin TSSB belirtileri ile pozitif ilişkisi saptanmıştır (122).

Sosyal destek

Travma sonrası, travmaya bağlı olarak (yakınların can kaybı, göç, ev yıkımı gibi) ya da kişinin ruhsal durumuna bağlı olarak (kaçınma, izolasyon, depresyon gibi) sosyal destek kaybı olabilir (24). Sosyal destek azlığı TSSB risk etkenleri arasında sayılmaktadır (2). Yapılan bir çalışmada sosyal destek azlığının TSSB gelişiminin güçlü yordayıcılarından biri olduğu bulunmuştur (110). Başka bir çalışmada TSSB gelişiminin en güçlü yordayıcısı olduğu bildirilmiştir (123). Sosyal destek kişiyi beklenmedik ikincil travmalardan da korur. Güvenlik ve tehlike arasındaki ayırımın iyi yapılması ve destekleyici ortamda tehlikenin önceden kestirilebilirliği ile ilgili bilgiler, psişik dengenin yeniden kurulmasını hızlandırır. Başka bir deyişle travma sonrasında destekleyici bir ortamda bulunan insanlarda travmanın etkisi daha hafif olmaktadır (124). TSSB gelişmişse, emosyonel ve sosyal desteğin iyileşme üzerinde etkili olduğu da bulunmuştur (111).

2.4.6. Tanı ve klinik özellikler

TSSB ağır bir travmanın ardından çıkan bir rahatsızlıktır. Tanı konulabilmesi için travmatik olay şiddet ya da kaza içermelidir. DSM-5'e göre travmatik olayı doğrudan yaşamak, tanık olmak, dolaylı olarak yakın akraba ya da yakın arkadaşın uğradığı travmanın ayrıntılarını öğrenmek, görev gereği yineleyici olarak bu tür olaylarla karşılaşmak gerekmektedir. Dolaylı olarak internet, televizyon, sinema ya da fotoğraflarla karşılaşma travma olarak sayılmamaktadır. Belirtiler travmatik olaydan sonraki birkaç hafta ya da birkaç ay içinde ortaya çıkar. Bu süre ender olarak altı ayı geçer (2). TSSB'nin DSM-5 tanısı hekime belirtilerin okul çağı öncesi çocuklarda

görülüp görülmediğini ve disosiyatif belirtiler (depersonalizasyon/derealizasyon) ile birlikte gidip gitmediğini belirtme olanağı tanımıştır (20). DSM-5'e göre belirtilerin travmatik olaydan altı aydan daha geç başladığı durumlarda geç başlangıçlı TSSB tanısı konulmaktadır. Ancak, geç başlangıçlı TSSB hastalarının %90'ında belirtilerin daha önce başladığı gösterilmiştir (2). DSM-5 TSSB tanı ölçütleri ekte sunulmuştur (EK 1).

TSSB olgularında görülen belirtiler üç alandan kaynağını alır (20):

1. Travmayı takiben gelişen zorlayıcı/intruzif düşünceler: Bireyin travmayı yeniden yaşıyormuş gibi hissettiği ve buna uygun davranışlar sergilediği yeniden yaşantılama klasik bir intruzif düşünce belirtisidir. Olayla ilgili görüntüler, düşünceler, algılar yineleyici niteliktedir. Olayın yineleyici biçimde yaşanması düşlerde de olur. Kişi travmatik olayı düşlerinde aynı biçimde sık sık görür, korkuyla uyanır. En tipik belirti olayın sık sık anımsanması ve her anımsanışta yeni baştan yaşanıyor gibi algılanmasıdır (flashback) (2). Bireyin TSSB tanısı alabilmesi için en azından bir tane intruzif belirtisinin olması gerekir (20).

2. Travma ile ilişkili uyaranlardan kaçınma: TSSB ile ilişkili kaçınma belirtileri arasında travma ile ilişkili düşüncelerden ya da eylemlerden kaçınma çabaları, anhedoni, travma ile ilişkili olayları anımsama becerisinde zayıflama, duygulanımda küntleşme, başkalarından uzaklaşma ya da derealizasyon ve geleceğin olmadığı hissi bulunmaktadır (20). Kaçınma, dış dünya ile ilişkideki yordanamaz tepki kalıpları, gerginlik, duygusal sınırlılıklar nedeniyle hem savunma, hem de dış dünyaya katılamamanın getirdiği bir uzaklaşma, çekilme şeklinde kendini göstermektedir (57). Kişi travmatik olayı anımsatan her türlü etkinlikten uzak durur. Kişi travmayı çağrıştıran duygular, düşünceler ve ortamlardan bilinçli olarak kaçınmakta ve bu durumdan yakınmamaktadır.

3. Aşırı uyarılmışlık belirtileri: Aşırı uyarılmışlık belirtileri uyku bozukluğu, irritabilite, hipervijilans ve aşırı irkilme tepkisidir (20). Hasta aşırı telaş ve korku içindedir. Normalde aldırış edilmeyecek uyaranlara karşı aşırı derecede duyarlıdır ve en küçük uyarana irkilme tepkisi verir. Yerinde duramayacak kadar huzursuzluk belirtileri, ellerde kaba titremeler görülebilir (2). Travmatik olay her an tekrar yaşanacak duygusu aşırı tedirginlik ve tetikte olma hissi, kendini diken

üstünde hissetme TSSB tanısı konulan bireylerde en yaygın görülen aşırı uyarılma belirtisidir. Ses, ışık, dokunma gibi uyaranlara aşırı irkilme tepkisi verme, çarpıntı, solunum sıkıntısı, yerinde duramama gibi sempatik hiperaktivasyona bağlı belirtiler de bu belirti grubunda sayılabilir (125).

2.4.7. Ayırıcı tanı ve komorbidite

Hastalar travma karşısında karmaşık yanıt verdikleri için klinisyen travma sonrasında hastaları değerlendirirken diğer sendromları dışlamak konusunda çok dikkatli olmalıdır. Özellikle kafa travması gibi travma sonrasındaki belirti kümesine katkıda bulunan ama tedavisi mümkün olan tıbbi durumları fark etmek çok önemlidir. Bu gibi durumlar genellikle dikkatli alınan bir anamnez ve iyi bir fizik muayene ile yakalanabilir (20).

UB, TSSB ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır. TSSB'de stres etkeni, genelde yaşamı tehdit edici nitelikte iken UB'de genellikle olağan kabul edilebilecek düzeydedir. Ayrıca UB'de travmatik olayı yeniden yaşama belirtileri görülmemektedir (57).

Akut stres bozukluğu travmatik olaydan sonra ilk bir ay içinde başlayıp geçmesi ile TSSB'den ayrılır. Başta akut stres bozukluğu tanısı konulan bir kişide belirtiler uzarsa tanı TSSB olarak değiştirilebilir (2).

Depresyon genelde TSSB ile karıştırılan ve sık birlikte olan bir bozukluktur. Sosyal içe çekilme, yaşamdan zevk almama, uyku bozuklukları, konsantrasyon güçlüğü, uyarana verilen tepki eşiğinin düşmesi (irritabilite), disfori ve suçluluk duyguları hem TSSB hem de depresyonda görülmektedir (126). Depresyon travmatik yaşantı olmadan da görülebilirken TSSB'de mutlaka yaşamı tehdit edici nitelikte bir travma öyküsü vardır. Ayrıca TSSB'de tanı koydurucu nitelikte olan zorlayıcı/intruzif düşünceler depresyonda pek görülmemektedir.

Bunların dışında uyku bozuklukları, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi, özgül fobi, obsesif kompulsif bozukluk, psikotik bozukluklar ve temaruz da ayrıcı tanıda düşünülmelidir.

TSSB olgularında eş tanı oranları yüksektir. Olguların en az üçte ikisinde eşlik eden iki bozukluk daha vardır. Sık görülen eş tanılar arasında depresyon, madde ile ilişkili bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve BB bulunmaktadır. Eş tanı olması kişiyi TSSB gelişimine yatkın hale getirmektedir (20). TSSB'si olanlarda yaşam boyu komorbid psikiyatrik bozukluk gelişme riskinin %70 civarında olduğu gösterilmiştir (127). Kessler ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, TSSB'si olan erkeklerde %29.3-%51.3, kadınlarda ise %40.8-%57.6 oranında diğer ruhsal hastalıklarla komorbidite gösterilmiştir (40). Aynı çalışmada TSSB olgularında madde kötüye kullanımı %73, depresyon %26, antisosyal kişilik bozukluğu %31, distimi %21 ve obsesif kompulsif bozukluk %10 oranında saptandığı bildirilmiş olup TSSB tanısı alan kadınlarda %44, erkeklerde ise %59 oranında eş zamanlı en az üç ruhsal bozukluk olduğu belirtilmiştir.

TSSB ile ilişkisi en fazla araştırılan kişilik bozuklukları sınır kişilik bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu olmuştur. Özellikle sınır kişilik bozukluğu ile TSSB arasında daha yakın bir ilişki olduğu bildirilmiştir (128).

2.4.8. Klinik seyir

TSSB genellikle travmadan sonra herhangi bir dönemde gelişebilir. Bazen aradaki süre bir hafta kadar kısa ya da 30 yıl kadar uzun olabilir. Belirtiler zaman içerisinde dalgalanma gösterebilir ve stres dönemlerinde daha yoğun olabilir. Tedavi edilmediğinde hastaların yaklaşık %30'u tam olarak iyileşir, %40'ında belirtiler hafiflemiş olarak devam eder, %20'sinde belirtiler orta şiddette olacak şekilde devam eder ve %10'unda belirtiler aynı şiddette kalır ya da daha da kötüleşir. Bir yıl sonra hastaların %50'si iyileşir (20). İlk üç ayda düzelmeyen hastalarda kronikleşme olasılığı yüksektir (2). Kessler ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada profesyonel tedaviye başvuran TSSB hastalarında remisyon süresi 36 ay iken tedaviye başvurmayanlarda 64 ay olduğu bulunmuştur (40). Ülkemizde yapılan bir çalışmada Güneydoğu'da görev yapan askerlerde %5 oranında TSSB saptanmış ve bu olguların %95'inde travmayı takip eden ilk 2 ayda belirtilerin oluştuğu ve tamamının kronikleştiği bildirilmiştir (129).

Tedaviden yararlananlarda, yıllar sonra yine ciddi bir stresörle karşılaşma durumunda belirtilerin yeniden ortaya çıkması sık karşılaşılan bir durumdur (57).

TSSB'de iyi prognoz belirleyicileri, belirtilerin hemen ortaya çıkması, belirtilerin süresinin kısa olması (6 aydan kısa), hastalık öncesi dönemde işlevselliğin iyi olması, sosyal desteğin kuvvetli olması, eşlik eden herhangi bir psikiyatrik, tıbbi ya da madde ile ilişkili bozukluk ve başka bir risk etkeni olmamasıdır (20).

Semptomlar ne kadar kronikse prognoz o kadar kötü olmaktadır. Kronik TSSB prognozu, akut TSSB'ye göre daha kötüdür ve sosyal yetersizlik daha ciddi boyuttadır. Kaçınma davranışı hastanın yaşamını sınırlamakta, mesleğini sürdürmesini güçleştirmektedir. Duygulanımda kısıtlılık ve sosyal izolasyon alkol ve diğer madde kötüye kullanımına ve intihar davranışına yol açabilmektedir (57). Uzun süre yatakta hareketsiz kalma, uzun süren tazminat ya da suç davaları, işsiz, uğraşısız olmak, başka ruhsal ve bedensel hastalıkların bulunması (ek tanı), hastada ya da ailede ruhsal hastalık öyküsü, zeka düşüklüğü, ailesel, toplumsal destekten yoksun olmak, uygun tedavi almamak rahatsızlığın kronikleşmesine yol açabilir (2).

TSSB'nin risk faktörleri bölümünde bahsedilen travma öncesi, travma içi ve travma sonrası faktörler hastalığın prognozunu da etkileyebilmektedir.

2.4.9. Tedavi

Önemli bir travma yaşamış bir hasta ile karşılaşıldığında klinisyen, hastayı desteklemeli, olay hakkında konuşması için hastayı yüreklendirmeli ve çeşitli baş etme yöntemleri hakkında hastayı bilgilendirmelidir. Hastaları olay hakkında konuşmaya teşvik ederken klinisyenin bireylerin kendilerine özgü, istedikleri hızda ilerlemelerine izin vermesi gerekir aksi takdirde travma hakkında konuşmak istemeyen bir kişiyi zorlamak TSSB gelişme riskini artırabilmektedir. Hastaya TSSB hakkında bilgi verilmeli, hasta gerek farmakolojik gerekse psikoterapötik tedavi şekilleri hakkında aydınlatılmalıdır (20).

TSSB tedavisinde farmakolojik tedavi ve psikoterapinin birlikte kullanılması önerilmektedir. Belirtilerin çok şiddetli olmadığı durumlarda öncelikle psikoterapi, daha şiddetli durumlarda ilaç ve psikoterapinin birlikte uygulanmasından yarar görülmektedir (130).

2.4.9.1. Psikolojik tedaviler

TSSB'nin psikoterapötik tedavisinde en çok çalışma bilişsel davranışçı terapilerle (BDT) ilgilidir. Stres aşılama terapisi (SIT: stress inoculation therapy), bilişsel işleme terapisi (CPT: cognitive processing therapy), uzatılmış maruziyet terapisi (PET: prolonged exposure therapy), göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme terapisi (EMDR: eye movement desensitization and reprocessing) gibi tedaviler bunların bazılarıdır (131). BDT'lerin, kombine ve tekli kullanımlarında, TSSB semptomlarını %70'ler oranında iyileştirdiği bilinmektedir (132).

TSSB tedavisinde en sık kullanılan ve en yararlı yaklaşım "alıştırma (exposure)" yöntemidir. Hasta travmatik olayla çağrışım yapan herhangi bir yer, eşya ya da kişiyle karşılaştığında belirgin tedirginlik yaşadığından bu gibi durumlardan kaçınmayı yeğler. Alıştırma sağaltımında ya zihinde ya da gerçek yaşamda (in vivo) giderek artan biçimde karşılaşılarak bu durumlara bir duyarsızlaşma sağlanmaya çalışılır. Bunun yanı sıra bilişsel olarak travmanın anlamı, önemi, organizmadaki etkileri açıklandıktan sonra bu tür bir yaşantının üstesinden gelmesi için hastanın yeni bakış açıları geliştirmesine çalışılır (2). Uzatılmış maruziyet terapisi (PET) ise özellikle kronik TSSB tedavisi için yapılandırılmış özel bir tedavi programıdır ve "emotional processing" (duygu işleme) kuramından temel almaktadır (131).

EMDR; psikodinamik, bilişsel, davranışçı ve danışan merkezli yaklaşımlar gibi çok iyi bilinen farklı yaklaşımların öğelerini bir araya getiren bir yöntemdir. EMDR hastanın göz hareketleri ve el vurma (hand-tapping) gibi dış uyaranlara odaklandığı esnada emosyonel olarak ona rahatsızlık veren imaj, düşünce ve duyumlara da ardışık dozlarda odaklanması talimatı verilerek yapılan entegre bir terapi yöntemidir (133). Pek çok çalışma EMDR'nin TSSB'de etkili olduğunu göstermiştir (134, 135). Son yıllarda yapılan bir gözden geçirme çalışmasında, TSSB tedavisinde, Travma Odaklı BDT ve EMDR'nin diğer terapilerden üstün olduğu bildirilmiştir (136). TSSB terapilerine yönelik bir meta-analiz çalışmasında da EMDR ve Travma Odaklı BDT benzer düzeyde etkili bulunmuştur (137).

Psikodinamik terapi pek çok TSSB olgusunun tedavisinde faydalı olabilir. Bazı olgularda travmatik olayın yeniden kurgulanması, dışa vurum ve katarsis tedavi edici

olabilmektedir. Ancak psikoterapi kişiye özgü olmalıdır çünkü travmanın yeniden yaşantılanması bazı hastalar için zor olabilir (20).

Bireysel tedavi yöntemlerine ek olarak grup ve aile terapilerinin de TSSB'de etkin olduğu bildirilmiştir. Grup terapisinin avantajı travmatik olayın paylaşılmasına ve diğer grup üyelerinden destek alınmasına imkan tanımasıdır. Grup terapisi özellikle Vietnam gazilerinde ve deprem gibi afetlere maruz kalanlarda başarılı olmuştur. Aile terapisi sıklıkla belirtilerin alevlendiği dönemlerde evliliğin bütünlüğünü korumakta yardımcı olmaktadır (20).

2.4.9.2. Farmakolojik tedaviler

TSSB'de ilaç tedavisinin amaçları; TSSB'nin ana belirtilerinden olan kaçınma ve aşırı uyarılmayı düzeltmek, kendine zarar verici davranışları azaltmak, depresyonu, disosiyatif ve psikotik belirtileri tedavi etmek olarak sıralanabilir (138).

TSSB farmakolojisinde ilk basamak SSRI'lardır. Sertralin ve paroksetin Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından TSSB tedavisinde onaylanmıştır (139). Çift-kör, plasebo kontrollü çok merkezli bir çalışmada 15-200 mg esnek doz aralığında sertralin tedavisi verilen TSSB tanılı 94 hasta ile plasebo alan 73 hasta karşılaştırılmış, sertralin alanlarda plaseboya göre kaçınmanın yoğunluğu, aşırı uyarılmışlık belirtileri azalmış ancak yeniden yaşantılama ile ilişkili belirtilerde etki gözlenmemiştir (140). Çok merkezli, plasebo kontrollü, 12 hafta süren üç çalışmanın gözden geçirildiği bir çalışmada paroksetinin uyku belirtilerinde daha belirgin olmak üzere TSSB'nin tüm belirtilerinde anlamlı olarak plasebodan daha etkili olduğu bildirilmiştir (141).

TSSB tedavisinde diğer basamaklar TCA'lar, buspiron, monoamin oksidaz (MAO) inhibitörleri, duygudurum düzenleyicileri ve antipsikotikleri içermektedir (139). Serotonin ve NA mekanizması üzerine etkili olan venlafaksin de tedavi seçenekleri arasında bildirilmektedir (54). TCA'lar ile yapılan çalışmalarda imipramin ve amitriptilinin TSSB semptomları üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir (142, 143). TSSB'de fluoksetin, moklobemid ve tianeptinin karşılaştırıldığı 12 haftalık bir açık çalışmada moklobemidin daha etkili olduğu gösterilmiştir (144). Lityumun öfke ve agresyonu azalttığı, ek olarak verilen ağrı kesici ve anksiyolitik ilaçların etkisini

arttırdığı gösterilmiştir (145). Karbamazepinin geriye dönüşleri ve kabusları azalttığı, valproik asidin aşırı uyarılmışlık belirtilerinde etkili olduğu gösterilmiştir (146, 147). Olanzapin, risperidon, ketiyapin, aripiprazol ve klozapinin etkili olduğu bildirilmekle birlikte bu çalışmalar kısıtlıdır (139). Klinik uygulamada sık kullanılmasına karşın benzodiazepinlerin yararı gösterilememiştir. Dirençli durumlarda antihipertansif olarak kullanılan bir sempatolitik ilaç olan prazosin kullanımına ilişkin çalışmalar vardır. Farmakolojik tedavinin en az bir yıl sürdürülmesi önerilmektedir (2).

2.5. Uyum Bozuklukları

2.5.1. Tanım

Uyum, biyolojik açıdan organizmanın varlığını sürdürebilmesi için gerekli değişmelerle kendini çevre koşullarına göre ayarlaması olarak tanımlanmıştır. Ruhsal açıdan uyum, bireyin çevresel koşullara ya da değerlere kendini uydurma süreci olarak tarif edilmiştir (21).

UB, stresli bir olaya verilen emosyonel bir cevapla karakterize bir tanı sınıflamasıdır. Stresör tipik olarak tıbbi hastalıkları, ekonomik veya kişiler arası ilişki sorunlarını içermektedir. Bununla birlikte, herhangi bir olay bu tanı için yeterli olabilir. Ortaya çıkan semptom kümesi anksiyöz veya depresif duygudurumu içerebilir veya davranım bozuklukları bulunabilir (53). DSM-5'de UB, stresörün ortaya çıkışından sonraki üç ay içinde başlaması, stresörün şiddeti veya yoğunluğu ile orantısız belirgin sıkıntıya, sosyal, mesleki veya diğer önemli fonksiyon alanlarında ileri derecede bozukluğa sebep olması, bu durumun başka bir ruhsal bozukluk veya yas ile açıklanamaması ve stresör sonrası altı ay için belirtilerin bitmesi olarak tanımlanmıştır.

2.5.2. Tarihçe

UB, tanı kılavuzlarında ilk olarak DSM-I'de diğer benzer tanılarla birlikte "geçici durumsal kişilik bozuklukları" kategorisi içerisinde tanımlanmıştır. Bu tanı kategorisi içerisinde yer alan diğer benzer tanılar; erişkinlik döneminin durumsal tepkisi, bebeklik-çocukluk-adolesan-ileri yaş döneminin uyum tepkileri ve yoğun stres tepkisi olarak sıralanmıştır (35). DSM-II'de uyum tepkilerinin dâhil olduğu kategorinin adı "geçici durumsal bozukluk" olarak değişmiştir (36). DSM-III'de "uyum bozukluğu" kavramı

ilk defa kullanılmıştır. UB, DSM-III ile günlük yaşam zorluklarına verilen maladaptif bir cevap olarak tanımlanmıştır. UB tanısının diğer bir psikiyatrik tanının varlığında, konulamayacağı belirlenmiştir (37). DSM-IV UB tanısını birkaç şekilde modifiye etmiştir. Karışık emosyonel özellikli, çalışma inhibisyonu, çekilme ve fiziksel yakınmalı alt tiplerini dışlamıştır. Stresörün zaman sınırlaması olmaksızın kalmasını sağlamıştır. Semptomların altı aydan uzun sürmesine kronik diyerek kronisiteyi tanımlamıştır (30, 53). UB, DSM-IV sınıflandırmasında bağımsız bir tanı olarak yer alırken DSM-5'de "Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar" kategorisine dâhil edilmiştir. DSM-5 ile UB'nin genel tanı kriterlerinde değişiklik olmamıştır (3).

2.5.3. Epidemiyoloji

UB'ye yönelik epidemiyolojik çalışmaların az sayıda olması nedeniyle epidemiyolojik veriler oldukça kısıtlıdır (148). Alman toplumunda yürütülen bir çalışmada, UB yaygınlığı %0,9 olarak bulunmuştur. Araştırmacılar UB belirtilerine bağlı işlev kaybı yaşamayan olguları da eklediklerinde, yaygınlığın %1,4 olduğunu bildirmişlerdir (149). Benzer şekilde, beş Avrupa ülkesinde yürütülen bir çalışmada UB yaygınlığı %1 bulunmuştur (150). Ayaktan psikiyatri hastanesine kabul edilen çocuk ve erişkinlerde UB yaygınlığının araştırıldığı yaklaşık 900.000 bireyi içeren bir çalışmada yetişkinlerin %7,1'i ve ergenlerin %34,4'ü UB tanısı almıştır (151). Meme kanseri olan 55 kadını içeren başka bir çalışmada, meme kanserinin birinci tekrarından sonra kadınların 19'una (%35) UB tanısı konulmuştur (152).

Ülkemizden yapılan, kanser tedavisi gören hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığını araştıran bir çalışmada UB sıklığı %14 olarak bulunmuştur (153). Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 2001 yılında 1 yıl içinde yatan hastalarının tanı dağılımlarının değerlendirildiği bir çalışmada UB sıklığı %8 olarak bulunmuştur (154). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada bir psikiyatri servisinin hizmet vermeye başlamasından itibaren ilk 500 gün içinde yatarak tedavi gören 144 hastanın tanıları değerlendirilmiş, UB sıklığı %2,1 olarak bulunmuştur (155).

2.5.4. Etiyoloji

UB'nin etiyolojisinde üzerinde durulan birkaç nokta vardır. Birincisi, mizaç ve çevre yanıtının karşılıklı etkileşimidir. Bazı bireyler çevresel stresörlere olması gerektiğinden fazla tepki göstermektedirler (156). İkincisi, çocukluk yaşantılarının bozukluğa yatkınlık oluşturmasıdır. Kontrol kaybının yaşandığı çocukluk dönemi deneyimleri bilişsel şemalar yoluyla daha sonra meydana gelen olayların kontrol edilemeyeceği şeklinde yorumlanmasına neden olmaktadır (157). Ayrıca aile istismarı, aşırı koruyuculuk ve erken ayrılık anksiyetesi UB'nin gelişiminde önemlidir (158). Hatta, ailesel ve genetik etkenler stresli yaşam olayları ile karşılaşma riskini etkilemektedir (159). Bunların dışında, son zamanlarda yaşanan olumsuz yaşam olayları birikerek bozukluğa karşı duyarlılığı artırmaktadır (160).

UB'yi kavrayabilmek için üç etkenin anlaşılması gerekir. Bunlar, stresörün doğası, stresörün bilinçli ve bilinçdışı anlamı ve hastanın duyarlılığıdır. Kişilik bozukluğu veya organik sorunlar kişiyi UB'ye karşı daha duyarlı hale getirebilir. Duyarlılık, çocuklukta ebeveynlerden birinin kaybı veya işlevsel olmayan bir ailede yetişmekle de ilişkilidir. Temel ilişkilerden elde edilen gerçek veya algılanan destek, stresörlere verilen davranışsal veya duygusal yanıtı etkilemektedir (20).

UB olanlarda ortaya çıkan biyolojik değişiklikler hakkında çalışmalar az sayıdadır. Ancak, yapılan bir çalışmada, UB olan bireylerde, özkıyım girişimi sonrasında nörokimyasal değişiklikler incelenmiştir. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, trombosit MAO aktivitesi önemli miktarda azalmıştır. İdrar 3-metoksi-4 hidroksimetilglikol (MHPG) seviyesi hasta grubunda daha yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde, plazma kortizol seviyesi de hastalarda yüksektir. İdrar MHPG atılımı ve plazma kortizol seviyesindeki yükseklik, nonadrenerjik sistem ve HPA eksen aktivasyonunun özkıyım girişimi esnasında paralel hareket ettiği olasılığını göstermektedir (161).

2.5.5. Tanı ve klinik özellikler

Tanım gereği UB bir stresörün ardından gelişir ve belirtilerin hemen başlaması gerekmez. Stresör ile belirtilerin başlaması için geçen süre üç aya kadar uzayabilir (20). Stresörün doğası ve şiddeti özgün değildir. Stresörün doğasına göre beklenebilenden

daha fazla distresle belirli belirgin bir klinik durum veya sosyal ve mesleki işlevsellikte belirgin bozulma olması gerekmektedir (53). Belirtiler stresörün ortadan kalkmasıyla hemen sonlanmaz. Eğer stresör devam ederse bozukluk kronikleşebilir. Bozukluk herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir ve belirtileri oldukça değişkenlik gösterir. Erişkinlerde en yaygın olarak depresif, anksiyöz ve karma belirtiler izlenir. Çocuklarda ve yaşlılarda en yaygın belirti olan fiziksel belirtiler, herhangi bir yaş grubunda ortaya çıkabilir. Bununla birlikte saldırgan davranışlar, dikkatsiz araç kullanma, aşırı alkol alma, kanuni sorumlulukları ihmal etme, yoksunluk belirtileri, bedensel belirtiler, uykusuzluk ve intihar davranışı gözlenebilir (20).

DSM-5'de UB tanı kriterleri, stresörün ortaya çıkışından sonraki üç ay içinde başlaması, stresörün şiddeti veya yoğunluğu ile orantısız belirli sıkıntıya, sosyal, mesleki veya diğer önemli fonksiyon alanlarında ileri derecede bozukluğa sebep olması, bu durumun başka bir ruhsal bozukluk veya yas ile açıklanamaması ve stresör sonrası altı ay içinde belirtilerin bitmesi olarak belirtilmiştir (3). DSM-5 UB tanı ölçütleri ekte sunulmuştur (EK 2).

UB'nin klinik görünümü geniş ölçüde değişiklik gösterebilir. DSM-5'e göre UB'nin tanımlanan alt tipleri baskın olan duygulanıma göre değişkenlik göstermektedir. Bunlar depresif mizaçlı, anksiyöz mizaçlı, depresif ve anksiyöz mizaç karışımı ile giden, davranım bozukluğu ile giden, duygu ve davranım bozukluğu karışımı ile giden ve tanımlanmamış olarak altı alt gruba ayrılmaktadır (3).

2.5.5.1. Depresif duygudurumla giden uyum bozukluğu

Depresif duygudurumla giden UB klinik görünümünde, ağırlıklı olarak depresif duygudurum, çabuk ağlama ve umutsuzluk hakimdir. Bu alt tip majör depresif bozukluktan ve komplike olmayan yastan ayrılmalıdır. Depresif duygudurumla giden UB tanısı alan ergenler, genç erişkinlik dönemlerinde majör depresyon için yüksek risk altındadır.

2.5.5.2 Anksiyeteyle giden uyum bozukluğu

Çarpıntı, sinirlilik ve ajitasyon gibi belirtiler ön planda olup kaygı (anksiyete) bozukluğundan ayrımının yapılması gereklidir.

2.5.5.3. Karma anksiyete ve depresif duygudurumla giden uyum bozukluğu

Bu alt tipte, hastalarda anksiyete ve depresyon belirtileri izlenir. Ancak bu belirtiler depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu tanılarını karşılamaz.

2.5.5.4. Davranış bozukluğuyla giden uyum bozukluğu

Diğer bireylerin haklarının ihlal edildiği ya da sosyal norm ve kuralların göz ardı edildiği davranışlar hakimdir. Bu kategorideki davranış örnekleri, okuldan kaçma, yıkıcı davranışlar, dikkatsiz araç kullanma ve kavga etmedir. Davranım bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğundan ayrımının yapılması gereklidir.

2.5.5.5. Karma duygu ve davranış bozukluğuyla giden uyum bozukluğu

Klinik olarak, duygu ve davranış bozukluğunun birlikteliği izlenir. Klinisyenlerden ön plandaki belirtilere göre daha açık bir tanı koyması beklenir.

2.5.5.6. Tanımlanmamış uyum bozukluğu

Tanımlanmamış uyum bozukluğu, strese verilen tipik olmayan uyumsuz tepkiler için artakalan bir kategoridir. Fiziksel bir hastalığın teşhisine karşı verilen, depresif veya anksiyöz duygudurum belirtilerinin izlenmediği, hastalığa inkar, tedaviye uyumsuzluk ve sosyal çekilme gibi uygunsuz tepkiler bu grupta yer alır.

2.5.6. Ayırıcı tanı

Genel bir ayrım noktası olarak, olumsuz yaşam olayıyla karşılaşma ve belirtilerin ortaya çıkışı arasındaki sürenin kısalığı, stresör hakkında konuşulması ile belirtilerin kötüleşmesi ve diğer zamanlarda bireyin belirtilerinin ortadan kalkmasının UB tanısını desteklediği bildirilmiştir (162).

DSM-5, UB'nin oluşumunda rol oynayan stresörleri; romantik bir ilişkinin sonlandırılması, belirgin iş zorlukları ve evlilik sorunları, mevsimsel iş krizleriyle karşılaşma, tatmin edici olmayan cinsel birliktelikler, kalıcı, acı verici ve sakat bırakıcı bir hastalık, yoğun suç olan bir mahallede yaşamak, doğal afet, okula gitmek, baba evinden ayrılmak, baba evine geri dönmek, evlenmek, bir ebeveyn olmak, mesleki

hedeflere ulaşmada başarısızlık, emekli olmak şeklinde sıralamıştır (3). Bu açıdan, yaşam olayının travmatik özellikler taşımaması durumunda, tanının akut stres bozukluğu ve TSSB'den çok UB olarak değerlendirilmesi uygun bir yaklaşım olacaktır. Öte yandan, UB'nin ASB ve TSSB'den ayırımında belirtilerin niteliği de önem kazanmaktadır. TSSB ve ASB için özgün belirti profili, bu hastalıkları UB'den ayırır. Bir hastaya ASB ve TSSB tanısı konulabilmesi için; yeniden yaşantılama, kaçınma, artmış uyarılmışlık belirtileri yaşadığı ve travmatik yaşam olay sonrası emosyonel ve bilişsel işlevlerinde kalıcı bozulmanın olduğunun gösterilmesi gereklidir. Ayrıntılı bir psikiyatrik görüşme ile UB tablosunda bu özgün belirtilerin karşılanmadığı ortaya konabilir. UB'nin ASB ve TSSB'den ayrımında dikkate değer diğer bir nokta, belirtilerin ortaya çıkış zamanıdır. UB'ye ait belirtiler stresör olaya maruz kaldıktan sonra hemen teşhis edilebilir ve altı ay sonraya kadar devam eder. ASB'ye ait belirtiler, travmatik olaya maruz kaldıktan sonra üç gün ila bir ay arasında izlenir. TSSB tanısı, travmatik stresöre maruziyettten sonra bir ay geçmeden konamaz (148).

Komplike olmayan yas süreci sıklıkla sosyal ve mesleki işlevlerde geçici bozulmaya yol açsa da sevilen kişinin kaybına tepki olarak beklenen sınırlar içersinde kalır ve böylelikle UB olarak kabul edilmez (20).

UB'den ayırıcı tanısının yapılması gereken diğer bozukluklar; majör depresif bozukluk, kısa psikotik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, madde kullanım bozukluğu ve davranım bozukluğudur. UB olan hastaların sosyal ve mesleki işlevleri bozulmuştur ve stresöre tepki olarak normalin ve beklenenin ötesinde belirtiler göstermektedirler. UB'yi diğer bir hastalıktan ayırt etmeyi sağlayacak somut bir ölçüt mevcut olmadığından klinik yargı gereklidir. Bazı hastalar hem UB'nin hem de kişilik bozukluğunun ölçütünü karşılayabilir. Eğer UB bir fiziksel hastalığı takip ediyorsa, klinisyen belirtilerin hastalığın veya tedavisinin bir uzantısı veya başka bir klinik görünümü olmadığından emin olmalıdır (20).

2.5.7. Tedavi

UB çeşitli eşik altı semptom örüntüleri ile ortaya çıkabildiğinden dolayı, bozukluğun heterojen klinik tabloları için tek bir tedavi yaklaşımı yoktur. Bununla birlikte, klinik uygulamada UB sık konulan bir tanıdır ve bu tanıya ve diğer eşik altı durumlara dikkat

etmek, daha şiddetli psikiyatrik bozuklukların oluşmasını engelleyebilir. Tedavinin temel amaçları, semptomların hafifletilmesi ve önceki işlevsellik derecesine veya bazen öncekinden daha iyi bir işlevselliğe dönmektir (53).

UB tedavisinde psikoterapi ve farmakoterapi kullanılmaktadır (163). UB'nin stresör ile ilişkili olması, kısa süreli zorluk yaşanması ve nadir olarak altı aylık süreyi aşması gibi tanımlamalarından dolayı, daha çok çözüm odaklı bir terapi önerilir. Çözüm odaklı uygulanan "kişilerarası psikoterapi (IPT: Interpersonal therapy)" ve "problem çözme terapisi (PST: Problem solving therapy)" UB'de önerilen terapilerdir ve belirli yaşam sorunları ile daha etkili bir şekilde mücadele edilmesini sağlar (164). İlaç tedavisi gerekli görülürse kısa süreli olarak ve hastada önde gelen belirtilere göre seçilmeli; kısa etkili benzodiazepinlere ve sedatif-anksiyolitik etkisi olan antidepresanlara öncelik verilmelidir. UB'de antidepresanları ve benzodiyazepinleri araştıran literatür sınırlıdır ve bu tanıya özel bir farmakolojik tedavi ajanı önerilmemektedir (165).

2.6. Psikolojik Dayanıklılık

Sevilen birisinin kaybedilmesi, işten çıkarılma, ciddi sağlık problemleri, terörist saldırısı ve benzer sarsıcı olaylar çok zorlu hayat tecrübeleridir. Birçok kişi bu tür olaylar karşısında bir duygu seli yaşamakta veya farklı tepkiler gösterebilmektedir. Başlangıçta olumsuz duygu durumları yaşamakla birlikte kişiler bu tür stres yaratan olaylar ile hayatlarını değiştirebilen durumlara zaman içerisinde çoğunlukla uyum sağlayabilmektedirler. Bu uyumun sağlanmasında en temel faktör, kişilerin bir takım adımlar atmasını gerekli kılan, çaba, zaman gerektiren ve devam eden bir süreç olan "psikolojik dayanıklılık (resilience)" olgusudur (4, 166-169). Psikolojik dayanıklılığın litaratürde farklı tanımlamaları mevcuttur. "Genel olarak bir başarı veya uyum sağlama süreci'' (170), "değişimin ya da felâketlerin başarılı biçimde üstesinden gelme yeteneği" (5), "zorluklarla karşılaşmasına rağmen bireyin sağlıklı bir gelişim göstermesi veya bu risk durumları karşısında uyum sağlayabilmesi" (171) gibi tanımlamalar yapılmıştır.

Psikolojik dayanıklılık başlarda bir kişilik özelliği olarak görülmüştür (172). Yapılan çalışmalar sonucunda psikolojik dayanıklılığın öğrenilebilir ve geliştirilebilir bir olgu olduğu gösterilmiştir (173). Literatürde psikolojik dayanıklılık olgusu farklı bakış

açılarıyla çeşitli tanımlamalarla ele alınmış olmasına rağmen, bunların birçoğu teoriye dayanmamakta ve çoğunlukla görgül bulgularla ilişkilendirilmektedir. Psikolojik dayanıklılığın farklı yönlerini ele alan bu tanımlamalardan bazıları kişisel veya ailesel özelliklere odaklanmakta iken; bazıları da psikolojik dayanıklılık süreçlerini ve işleyişlerini veya sonuçlarını ele almaktadır. Psikolojik dayanıklılık her ne kadar kişilerin karşılaşabileceği psikolojik rahatsızlıklar açısından önemli riskler taşıyan çeşitli durumlar olarak görülse de aynı zamanda iyi bir sonuç olarak da nitelenebilmektedir. Bu açılardan bakıldığında, iyi sonuçlara katkı yapabilen koruyucu faktörler, süreçler ve mekanizmalar psikolojik dayanıklılık olarak görülebilmektedir (174).

Psikolojik dayanıklılığın açıklanmasında rol oynayan faktörler üç genel kategori altında toplanmaktadır. Bunlar aile uyumu ve desteği, kişisel yapısal özellikler ve dışsal destek sistemleridir (175). Aile uyumu ve desteği en azından bir ebeveynle veya ebeveyn yerine geçen birisiyle olan ilişkileri (176, 177), kişisel yapısal özellikler fiziksel güçlülük, sosyal olma, zekâ, iletişim becerisi ve öz yeterlilik, yetenek gibi özellikleri (178), dışsal destek sistemleri ise kişilerin zorlukların üstesinden gelme çabalarına yardımcı olan arkadaşlar, öğretmenler, komşular ve diğer kişileri içermektedir (179-181).

Psikolojik dayanıklılığı olumsuz yönde etkileyen faktörler risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Yapılan bir literatür taramasında psikolojik dayanıklılık araştırmalarında ele alınan risk faktörleri bireysel, ailesel ve çevresel olmak üzere üç ana başlık altında toplanmıştır. Bireysel risk faktörleri erken doğum, olumsuz yaşam olayları, kronik hastalıklar; ailesel risk faktörleri ebeveynlerin hastalığı ya da psikopatolojisi, ebeveynlerin boşanması, ölümü ya da tek ebeveyn ile yaşamak, ergenlik dönemde anne olma; çevresel risk faktörleri ise ekonomik zorluklar ve yoksulluk, çocuk ihmali ve istismarı, savaş ve doğal afetler gibi toplumsal travmalar, toplumsal şiddet, ailevi felaketler ve evsizlik olarak belirtilmiştir (182).

Psikolojik dayanıklılık için koruyucu faktörler ifadesi, risk ya da zorluğun etkisini yumuşatan, azaltan ya da ortadan kaldıran, sağlıklı uyumu ve bireyin yeterliklerini geliştiren durumları tanımlamaktadır (183). Pek çok faktör koruyucu faktör olarak ele

alınmakla birlikte bireysel, ailesel ve çevresel olmak üzere üç ana başlık altında toplanmıştır (182).

Psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireyler pozitif bilişsel ve emosyonel yapıya sahip, pozitif açıdan bakabilen, olumlu destek sistemleri olan, az kaçınmacı, başaçıkma konusunda etkili mekanizmalar geliştirebilen, kendini kontrol edebilme yeteneği olan bireyler olarak tanımlanabilir (184). Psikolojik dayanıklılığı yüksek bireyler, sosyal destek kaynaklarını ve problem odaklı başaçıkma tarzlarını kullanırken, dayanıklılığı düşük bireyler kaçınmacı tarzları tercih etmektedir (185).

Dayanıklılığın nörobiyolojisinin aydınlatılmasına yönelik yapısal ve fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmalarının sayısı son yıllarda artmaktadır. Bu çalışmalar belirli beyin bölgelerine odaklanmaktadır. Bunlar hipokampus, amigdala, insula, anterior singulat korteks ve prefrontal kortekstir (186). Yapılan çalışmalarda azalmış hipokampal hacmin azalmış stres dayanıklılığı ve artmış TSSB riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (10, 96, 187). Amigdala hacimleri ile dayanıklılık arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalar çelişkili sonuçlar vermektedir. Amigdala stres devrelerinde önemli rol almakla birlikte amigdala hacmi ve dayanıklılık arasındaki ilişki net olarak anlaşılamamıştır (186). Artmış amigdala aktivitesinin azalmış dayanıklılık ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (188). Başka bir çalışmada azalmış anterior singulat korteks hacminin azalmış dayanıklılık ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (101).

Psikolojik dayanıklılığı farklı bakış açılarıyla ele alarak, dolaylı veya doğrudan psikolojik dayanıklılık yapısını ölçmeyi amaçlayan çeşitli ölçekler bulunmaktadır. Bunlar Baruth Koruyucu Faktörler Envanteri, Connor–Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Ergen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Kısa Psikolojik Dayanıklılık Başetme Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'dir (174). Bu çalışmada Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği kullanılmıştır.

Psikolojik dayanıklılık ve ruhsal hastalıklar arasında güçlü bir etkileşim olduğu bilinmektedir (189). Psikolojik dayanıklılığın bazı ruhsal hastalıklar gelişen insanlarda daha düşük olduğu, yüksek dayanıklılığın ruhsal hastalık gelişimini engellediği veya hastalık semptomlarını aza indirgediği düşünülmektedir. Ayrıca travmatik yaşantı sayısı

artıkça kişinin psikolojik dayanıklılığının azaldığı ve başta depresyon olmak üzere psikopatoloji gelişme riskinin arttığı bildirilmiştir (190). BB olanlarda yapılan bir çalışmada yüksek dayanıklılığın azalmış depresif epizod sayısı ve azalmış impulsivite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (191). Ülkemizde BB tanısı olanlarla yapılan bir çalışmada geçmişinde intihar girişimi öyküsü olanların psikolojik dayanıklılıklarının daha düşük olduğu bulunmuştur (192). Başka bir çalışmada depresyon ve/veya anksiyete bozukluğu olanlarda artmış dayanıklılığın azalmış özkıyım riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (193). Yapılan bir çalışmada konversiyon bozukluğu tanısı alan kişilerin psikolojik dayanılılıkları kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (194).

2.6.1 Psikolojik dayanıklılık ve TSSB ilişkisi

Psikolojik dayanıklılığı yüksek olan kişilerde bazı ruhsal hastalıkların daha nadir görüldüğü bildirilmektedir. Ancak koruyucu faktörlerin hangilerinin, kimlerde, hangi belirtiler üzerinde etkili olduğu konusu henüz net değildir (6). Travma maruziyeti genel popülasyonda %50-84 oranında değişmekle birlikte (40, 105) çoğu insanın travmaya dirençli olduğu, travma sonrası psikopatoloji geliştirmediği bildirilmektedir (195, 196). Travma maruziyeti sonrası TSSB gelişme sıklığı genel popülasyonda %10 civarındadır (40, 197). Araştırmalar TSSB'de dayanıklılığın psikososyal ve biyolojik (nörokimyasal, genetik, nörogelişimsel) olmak üzere iki temel faktörden etkilendiğini göstermektedir (6). Literatür bu konuda psikososyal faktörlere odaklanmakla birlikte son zamanlarda biyolojik faktörlerle ilgili yapılan araştırmalar artmaktadır.

Kişilik yapısı, duyguların düzenlenmesi, olumlu başaçıkma stratejilerinin kullanılması ve sosyal desteğin olması gibi özelliklerin psikolojik dayanıklılık ile yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir (196). TSSB hastalarında yapılan bir araştırmada, olumlu başaçıkma stratejilerini kullananların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha yüksek olduğu ve bu hastalarda TSSB semptomlarının daha hafif seyrettiği gösterilmiştir (198). Cinsel saldırı mağduru kadınlarda olumsuz düşünce tarzının düşük dayanıklılık ile ilişkili olduğu ve bu kadınlarda TSSB skorlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (199). Vietnam gazileri ile yapılan bir çalışmada sosyal desteği fazla olanların ve travma öncesi daha az stresli yaşam olayına maruz kalanların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha yüksek olduğu, daha az TSSB geliştirdikleri bildirilmiştir (200). İngiltere'de yaşayan Kosova mültecilerinde aile uyumu yüksek olanların psikolojik

dayanıklılıklarının yüksek olduğu, TSSB gelişimi için daha az riskli olduğu bulunmuştur (8). Ülkemizde Van depremine maruz kalanlarla yapılan bir çalışmada psikolojik dayanıklılığı yüksek olanların TSSB skorlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (7).

Aynı travmaya maruz kalan bireylerin bazılarında TSSB gelişirken bazılarında gelişmemesi psikolojik dayanıklılığın biyolojik faktörlerini araştıran çalışmaların odak noktası olmuştur. Biyolojik çalışmaların çoğu travmatik olay maruziyeti sonrası değerlendirilmelere dayanmaktadır. Travma maruziyeti öncesi yapılan çalışmalar psikolojik dayanıklılığın biyolojik yönünü belirlemede daha değerli olmakla birlikte sayıları kısıtlıdır (6). HPA eksen hormonları gibi çeşitli hormonlar ve NPY, allopregnanolon gibi nöropeptidlerin psikolojik dayanıklılıkta ve TSSB gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir (201). TSSB patofizyolojisi üzerine yapılan çalışmaların çoğu HPA eksen sistemine dayanmaktadır. Yapılan birçok çalışmada TSSB'de HPA ekseninin baskılandığı, 24 saatlik idrarda kortizol düzeyinin kontrollere göre daha düşük olduğu gösterilmiştir (202, 203). Yapılan hayvan ve insan çalışmalarında kortizol düzeylerinin dayanıklılık ile ilişkili olduğu, dışarıdan verilen kortizolün stresör sonrası TSSB gelişme riskini azalttığı gösterilmiştir (204-206). Kortizolün dışında dihidroepiandrosteron (DHEA) ve metaboliti dihidroepiandrosteron sülfat (DHEAS) ACTH'ya yanıt olarak böbrek üstü bezinden üretilir. Yapılan çalışmalarda DHEA ve DHEAS'nin strese dayanıklılıkta rol oynadığı gösterilmiştir (207, 208). Yapılan bir çalışmada akut stres altında da iyi performans gösteren askerlerin DHEA düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (209).

Psikolojik dayanıklılık ve TSSB ile ilişkili olduğu düşünülen bir diğer biyokimyasal parametre NPY'dir. NPY 36 aminoasit içeren bir nörotransmitterdir (210). Özel kuvvet askerlerinin eğitime tabi tutularak NPY düzeylerini araştıran bir çalışmada, NPY düzeyi yüksek olanların daha iyi performans gösterdiği tespit edilmiştir (211). Başka bir çalışmada yüksek NPY düzeylerinin, yüksek dayanıklılık ve düşük TSSB semptomları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (212). TSSB hastalarının NPY düzeylerinin kontrollere göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (213).

Allopregnanolon progesterondan üretilen nöroaktif bir streoittir. Dayanıklılık ve TSSB etyolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir (210). Yüksek allopregnanolun düzeylerinin

azalmış anksiyete benzeri davranışlar ve artmış dayanıklılık ile ilişkili olduğu yapılan hayvan ve insan çalışmalarında gösterilmiştir (214-216). Son yıllarda dayanıklılık ve TSSB ilişkisini açıklamaya yönelik çalışmalarda BDNF ve galanin de araştırılmakla birlikte bu konudaki çalışmalar kısıtlıdır (210).

2.6.2 Psikolojik dayanıklılık ve UB ilişkisi

Travmatik bir olay ya da stresöre maruz kalan her bireyde psikopatoloji gelişmemektedir. Psikolojik dayanıklılığın travma ya da stresör maruziyeti sonrası psikopatoloji gelişiminde koruyucu olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda çeşitli stresör maruziyetlerinin psikolojik dayanıklılık düzeyini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (217-219). Bu nedenle UB gelişiminde psikolojik dayanıklılığın rolü olduğu düşünülmekle birlikte literatür incelendiğinde psikolojik dayanıklılık ve UB ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

2.7. Stresle Başaçıkma

Stresle başaçıkma, bireylerin stresli durumlarla karşılaştıklarında kendi kendilerince ürettikleri ve çevrelerinden gelen taleplerin üstesinden gelebilmek için geliştirdikleri bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımlanmaktadır (220). Stresle başaçıkma, stres kaynaklarını değiştirme, tolere etme ya da kaçınma amacıyla dış kaynaklı olumsuz olaylara karşı verilen tepkiler olarak da tanımlanmaktadır (221). Başaçıkma, kişinin psikolojik anlamda kendisini iyi hissetmesini sağlayan uygun davranışsal yaklaşımları ya da kendisini kötü hissetmesini engelleyen kaçınmaları içermektedir (222).

Stresle başaçıkma sürecinin üç aşamadan oluştuğu düşünülmektedir. Öncelikle, kişi kendine yönelik bir tehdidi algılar (birincil değerlendirme), sonra durumu değerlendirir, bu tehdite yönelik tepkiyi oluşturur (ikincil değerlendirme) ve bu tepkiyi harekete geçirir (başaçıkma). Değerlendirme aşamaları durumu anlama, mantıksal analiz ve bilişsel yeniden tanımlamayı kapsamaktadır (11).

Başaçıkmanın stresli duyguları düzenlemek ve rahatsızlığa neden olan çevre ile rahatsız olan kişinin ilişkisini değiştirmek biçiminde iki temel etkisi olduğu vurgulanmaktadır (223). Buna bağlı olarak başaçıkma stratejilerinin temel olarak iki kategoride toplanabildiği görülmüştür. “Problem odaklı başaçıkma” ve “duygu odaklı başaçıkma”

olarak isimlendirilen bu stratejilerin sorunlara, kişilere ve durumlara göre değiştiği düşünülmektedir (224). Kullanılan başaçıkma stratejilerinin başarılı olması stresin zamanla ortadan kalkmasını sağlarken başarısız olması ise kaygı ile başlayan çeşitli fizyolojik ve psikolojik tepkilerin gelişmesine neden olmaktadır (11).

Problem odaklı başaçıkmada problem ele alınır ve problemi yok etmek veya yapısını değiştirmek için tepki verilir. Problem odaklı başaçıkma, tehdit edici olayı ortadan kaldırmaya veya onun etkisini azaltmaya yönelik etkinlikleri içerir. Bu durum daha aktif bir strateji olup stres kaynakları karşısında bilgiye ve planlı eyleme dayanan akılcı tepkileri içermektedir (225). Problem odaklı başaçıkma kişiler arası anlaşmazlıkları çözümleme, öğüt alma, amaç belirleme, zamanı iyi değerlendirme, karar verme gibi yöntemleri içerir (11).

Duygu odaklı başaçıkma yaklaşımında olumsuz duyguları yok etmeye yönelik yollar seçilir, stresörlerin neden olduğu duygu değişikliğine ve duyguların kontrol edilmesine odaklanılır. Kişi, strese sebep olan durumların kontrol edilemeyeceğini düşündüğü an duygusal gerilimi azaltmak ve ortadan kaldırmak için duygu odaklı başaçıkma yöntemlerini tercih etmektedir (224). Duygu odaklı başaçıkma stratejileri daha pasif stratejiler olup, stresörler karşısında oluşan olumsuz duyguları ortadan kaldırma, durumdan uzaklaşma gibi tepkileri içermektedir (11).

Şahin ve Durak 1995 yılında yaptıkları "Başaçıkma Yolları Envanteri"nin (226) Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması sonucunda stresle başaçıkma tarzları konusunda beş farklı boyut öne sürmüşlerdir. Buna göre, temelde problem ve duygu odaklı şeklinde iki kategoride ele alınan başaçıkma yöntemleri kendi içlerinde, "kendine güvenli yaklaşım", "iyimser yaklaşım", "sosyal destek arama" gibi problem odaklı (aktif, olumlu) başaçıkma tarzı olarak, "çaresiz yaklaşım", "boyun eğici yaklaşım" da duygu odaklı (pasif, olumsuz) başaçıkma tarzı olmak üzere beş faktöre ayrılmaktadır (227).

Bireyler sadece bir çeşit başaçıkma yöntemi kullanmamakta, değişik durum ve zamana uygun olarak her iki başaçıkma yoluna da başvurabilmektedir (226). İnsanların stresle başaçıkma tarzlarını belirlemelerinde bireysel farklılıkların, sosyal beceri, sosyal destek ve kişisel kaynaklarının etkili olduğu düşünülmektedir (224).

Başaçıkma tarzlarını değerlendirmede çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Bunlardan bazıları Başaçıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği, Stres Verici Durumlar için Başaçıkma Envanteri, Stresle Başaçıkma Ölçeği, Stresle Başaçıkma Stratejileri Ölçeği, Stresle Başaçıkma Yöntemleri Ölçeği, Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği, Stresle Başaçıkma Tutumları Envanteri ve Stresle Başetme Ölçeği'dir. Bu çalışmada Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği kullanılmıştır (227).

Stresle başaçıkma tarzlarının psikopatolojilere yatkınlıkta rol oynadığı söylenebilir. Stresle başetme yöntemi olarak problem odaklı başetme tarzı kullananların olumsuz yaşam olayları karşısında daha az depresif ve anksiyete belirtileri gösterdiği bildirilmiştir (12). Yapılan araştırmalarda duygu odaklı başaçıkma stratejisinin, problem odaklı başaçıkma stratejisine göre daha az etkili olduğu ve duygu odaklı başaçıkma stratejisi kullananların daha çok psikolojik belirti gösterdiği bildirilmiştir (228). Deprem sonrası kurtarma ekibinde yapılan bir çalışmada kaçınmacı başaçıkma tarzı ile psikiyatrik morbidite arasında ilişki bildirilmiştir (229). Konversiyon bozukluğu olanların stresle başaçıkma yöntemlerinin incelendiği bir çalışmada konversiyon bozukluğu tanısı alanların duygusal odaklı (kaçınmacı) yöntemleri daha fazla tercih ettikleri, problem odaklı başaçıkma tarzlarını daha az kullandıkları bildirilmiştir (194). Başka bir çalışmada stresörler karşısında olumlu başaçıkma yöntemlerini kullananların depresyon risklerinin daha düşük olduğu gösterilmiştir (13).

2.7.1. Stresle başaçıkma ve TSSB ilişkisi

Kişide travmatik olay sonrası başaçıkma mekanizmalarının etkin bir şekilde kullanımı TSSB gelişimi açısından önleyici olabilir. İtfaiye personeli ile yapılan bir çalışmada travma maruziyeti sonrası kaçınmacı başaçıkma tarzlarını kullananlarda TSSB semptomlarının daha şiddetli olduğu gösterilmiştir (15). Benzer şekilde afet mağdurlarında yapılan bir çalışmada kaçınmacı stresle başaçıkma tarzı ile TSSB puanları arasında pozitif ilişki saptanmıştır (230). On bir eylül saldırısını yaşayanlarla yapılan bir çalışmada olumlu başaçıkma stratejilerinin daha az anksiyete, depresyon ve TSSB semptomları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (231). Başka bir çalışmada duygu odaklı (pasif) başaçıkma tarzlarını kullananlarda, travma sonrası yeniden yaşama belirtilerinin daha çok olduğu bildirilmiştir (232). Acil ve yoğun bakım ünitesi çalışanları ile yapılan bir çalışmada, acil çalışanlarında TSSB tanısı konanların anlamlı

düzeyde stresle başaçıkma tarzı olarak pasif başaçıkma tarzı olan çaresiz yaklaşımı kullandıkları bildirilmiştir (14). Aynı çalışmada yoğun bakım ünitesinde çalışanlarda da TSSB gelişen olgularda güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşımın anlamlı düzeyde düşük olduğu ve çaresiz ve boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullandıkları gösterilmiştir. Savaş mağdurlarıyla yapılan çalışmalarda pasif başaçıkma stratejilerini kullananlarda TSSB belirtilerinin daha yüksek olduğu ve bunların savaş sonrasında yaşadıkları ortama zayıf uyum gösterdikleri bildirilmiştir (115, 233). Kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada TSSB saptananların aktif başaçıkma tarzlarını TSSB olmayanlara göre daha az kullandıkları tespit edilmiştir (16). Bir grup travma mağduru travma maruziyeti sonrası birinci, üçüncü ve altıncı aylarda takip edilmiş, birinci ayda dayanıklılıkları, üçüncü ayda stresle başaçıkma tarzları ve altıncı ayda TSSB semptomları değerlendirilmiş olup dayanılıklık ile aktif başaçıkma stratejileri arasında pozitif ilişki gösterilmiştir (17). Aynı çalışmada kaçınmacı başaçıkma tarzlarının gelecekteki TSSB semptomları ile pozitif ilişkili olduğu gösterilmiştir.

2.7.2. Stresle başaçıkma ve UB ilişkisi

Yukarıda bahsedildiği gibi stresle başaçıkma tarzlarının TSSB başta olmak üzere pek çok psikopatoloji gelişimi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. UB tanısı için de belirgin bir stresör varlığı gereklidir (3). Buradan yola çıkarak UB gelişiminde de stresle başaçıkma tarzlarının etkisi olduğu düşünülebilir ancak literatür tarandığında stresle başaçıkma tarzları ve UB ilişkisinin doğrudan incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

2.8. Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk çağı travmaları, ana-baba ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ya da eylemsizlikleri kapsar. Bunlar fiziksel, duygusal ihmal ve istismar ve cinsel istismar şeklinde olabilir. Çocukluk çağı travmaları altında yer alan çocuk istismarı veya ihmali; ana baba ya da bakıcı gibi bir yetişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişiler tarafından uygunsuz veya zarar verici olarak değerlendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizlikler ve bunların sonucu çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi durumudur (234).

Çocuk istismarı ve ihmali, çocuğun sağlığını zedeleyen ve yaşamı boyunca kalıcı izler bırakan bir sağlık sorunudur. İhmal ve istismarı ayıran nokta, ihmalin pasif, istismarın ise aktif olmasıdır (235).

Fiziksel istismar; bir kişinin 18 yaşından önce, kendisinden en az beş yaş büyük bir kişi ya da kendisinden 2 yaş büyük bir aile bireyi tarafından fiziksel saldırıya uğramasıdır. Kişi bunu kardeş rekabeti gibi bir aile içi çatışma olarak algılamış olmamalıdır. Fiziksel temas içermeyen arkadaş kavgaları bu tanıma girmemektedir (236). Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) fiziksel istismarı, kaza dışı, çocuğa acı veren ve yasaklanmış olan şiddet davranışları sonucu çocuğun gelişim ve iş görme yetileri bakımından hasara uğraması olarak tanımlarken; Dünya Sağlık Örgütü çocuğa yönelik bilerek yapılan fiziksel güç kullanımı sonucunda çocuğun sağlığı, gelişimi ve onuru bakımından zarar görmesi şeklinde tanımlar (237). Fiziksel ihmal, çocuğun yetersiz besleme, giydirme, hijyen ya da bakım verme sonucunda zarara uğramasıdır (238). Çocuğa gerekli sağlık hizmetlerinin verilmemesi ya da geciktirilmesi, çocuğun yalnız bırakılması, dışlanması, evden kovulması, kaçan çocuğun eve kabul edilmemesi, beslenme, giyim ve hijyenik ihtiyaçlarının karşılanmaması, zarar verici ve toksik maddelerden korumak için yeterli önlem alınmaması gibi pek çok durum fiziksel ihmal olarak kabul edilir (239).

Cinsel istismar, henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun ya da ergenin, bir erişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanma, tehdit ya da kandırma yolu ile kullanılması olarak tanımlanır (240). Cinsel istismar çocuğun razı olması ve onaylaması için henüz gelişimsel kapasitede olmaması, yasaya veya toplumun sosyal normlarına aykırı bir cinsel aktiviteye zorlanması olarak da tanımlanmaktadır (237).

Duygusal istismar UNICEF tarafından çocuğun nitelik, kapasite ve arzularının sürekli kötülenmesi, sosyal ilişki ve kaynaklarla ilişkisinden sürekli yoksun bırakılması, çocuğun sürekli olarak insanüstü güçlerle, sosyal açıdan ağır zararlar verme ya da terk etme ile tehdit edilmesi, çocuktan yaşına ve gücüne uygun olmayan taleplerde bulunulması ve çocuğun topluma aykırı düşen çocuk bakım yöntemleri ile yetiştirilmesi olarak tanımlamıştır (235). Duygusal ihmal, çocuğun psikolojik ihtiyaçlarına yanıt vermeme, duygusal olarak ilgilenmeme, yeterli sevgi ve şefkat göstermeme, sosyal

gelişimi için yeterli desteği sağlamama, sosyal kuralları öğretmeme olarak tanımlanır (239).

Kessler'in yaptığı bir çalışmada nüfusun üçte birinden fazlasının çocukluk çağı travması yaşadığı bildirilmiştir (241). Amerika Birleşik Devletleri'nde belli aralıklarla yapılan ulusal yaygınlık çalışmasında, çocukların % 28,5'i üç yaşından küçük olduğu, travmaya maruz kalmada cinsiyet oranının benzer olduğu (%48,6 erkek ve %51 kız), %74,8'i ihmal, %18,2'sinin fiziksel istismar ve %8,5'inin cinsel istismara maruz kaldığı, %14'ünün birden fazla travmaya maruz kaldığı, %5,2 ile en yaygın çoklu travma kombinasyonunun fiziksel istismar ve ihmal olduğu bildirilmiştir (242).

Ülkemizde çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili araştırmalar son 20 yılda yapılmaya başlanmıştır. Yapılan birçok çalışmanın gözden geçirildiği bir çalışmada incelenen toplumdaki fiziksel istismar oranının %15-%75 arasında olduğu, cinsel istismar oranının ise yaklaşık %20 oranında olduğu bildirilmiştir (243). Ülkemizde 389 lise öğrencisiyle yapılan bir çalışmada öğrencilerin %16,5'inin ihmale, %15,8'inin duygusal istismara, %13,5'inin fiziksel istismara ve %10,7'sinin cinsel istismara uğradığı bildirilmiştir (244).

Çocukluk çağı travmatik yaşantılarını ölçmek amacıyla çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Bunlardan bazıları; Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği, Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ)'dir. Bu çalışmada ÇÇTÖ kullanılmıştır (245).

Çocukluk çağındaki ihmal ve istismarın, erişkinlikteki psikopatoloji riskini artırdığı bilinmektedir (236). Çocukluk çağındaki fiziksel, duygusal ve cinsel istismara duygusal ve fiziksel ihmale psikiyatri hastalarında genel nüfusa göre daha sık rastlanmaktadır (246). Psikiyatrik bozukluk tanısı konan kişilerde çocukluk çağında istismara uğramış olmanın intihar, kendine zarar verme davranışı, anksiyete belirtileri ve depresyonla ilişkili olduğu bildirilmektedir (234, 244, 247). Aralarında anksiyete bozukluğu, depresif bozukluklar, duygudurum bozuklukları, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, madde kötüye kullanımı/bağımlılığı ve somatoform bozuklukların bulunduğu 183 psikiyatri hastası ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %65.7'sinin çocukluk çağında duygusal, fiziksel ve cinsel istismar yaşantılarından en az birine, %6.1'inin üç tür

istismara da maruz kaldığını bildirmiştir (248). BB hastaları ile yapılan bir çalışmada çocukluk çağı travmaları ile agresyon arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (249). Başka bir çalışmada çocukluk çağı travmalarının depresyonda artmış intihar riski ve dürtüsel davranışlar ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir (250). Majör depresyon hastalarıyla yapılan bir çalışmada, depresyonun kronikleşmesinde duygusal istismar ve ihmalin rolü olduğu bildirilmiştir (251). Psikotik hastalarla yapılan bir çalışmada çocukluk çağı travmaları ve psikotik belirtiler arasında güçlü pozitif korelasyon olduğu bildirmiştir (252).

2.8.1. Çocukluk çağı travmaları ve TSSB ilişkisi

Kişide çocukluk çağında travma maruziyetinin olması başka bir travmatik yaşantı sonrası TSSB gelişim riskini artırdığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (253, 254). Yapılan bir çalışmada çocukluk çağı travmalarınnın TSSB gelişimi için risk oluşturduğu ve özellikle duygusal istismarın TSSB'de dissosiyatif semptomlar ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (19). Farklı hasta gruplarında yapılan bir çalışmada özellikle çocukluk çağında cinsel istismarın TSSB gelişimi için yordayıcı olduğu bildirilmiştir (255). TSSB semptomlarının çocukluk çağı travmaları ile ilişkisinin değerlendirildiği, 466 kişiyle yapılan bir çalışmada çocukluk çağında travmatik yaşantılara maruz kalmanın TSSB semptomları ile pozitif ilişkili olduğu gösterilmiştir (18). Çocukluk çağında istismar ve ihmal öyküsü olan 87 kadın hasta üzerinde posttravmatik, dissosiyatif ve depresif belirtiler inceleyen bir çalışmada, örneklem grubu intihar düşüncesi olmayan, kendine zarar verme davranışı gösteren ve göstermeyenler olmak üzere iki gruptan oluşturulmuştur (256). İntihar düşüncesi olmayan, kendine zarar verme davranışı gösteren grupta çocukluk çağı travmalarına daha çok rastlanılmış ve dissosiyatif, posttravmatik ve depresif belirtilerinin diğer gruba göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan bir çalışmada çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismarının posttravmatik stres belirtileri ve patolojik dissosiyasyon üzerinde anlamlı etkileri olduğu bulunmuştur (257).

2.8.2. Çocukluk çağı travmaları ve UB ilişkisi

Çocukluk çağı travmalarının erişkin yaşta psikopatolojiler ile ilişkisi yukarıda da bahsedildiği üzere pek çok çalışma ile gösterilmiştir. Çocukluk çağı travmatik

yaşantılarının kişiyi strese duyarlı hale getirip herhangi bir stresör sonrası UB gelişimi için risk oluşturabileceği düşünülebilir ancak literatür tarandığında çocukluk çağı travmaları ve UB ilişkisinin doğrudan incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

3. DENEKLER VE YÖNTEM

3.1. Denekler

Bu çalışmaya, travma ve stresörle ilişkili bozukluğu olan (TSSB olan 30 hasta ve UB olan 50 hasta) 80 hasta dâhil edilmesi planlanmıştır. TSSB ve UB hem erişkinde travma ve stresörle ilgili yaygın görülen hastalıklar olmaları hem de uzun vadede işlevselliği etkileyen önemli hastalıklar olmaları nedeniyle bu çalışmanın konusunu oluşturmaktadır. "Tepkisel bağlanma bozukluğu" ve "sınırsız toplumsal katılım bozukluğu" çocuk ve ergen yaş grubu rahatsızlıkları olması nedeniyle, "akut stres bozukluğu" ise kısa süreli bir hastalık olması nedeniyle bu çalışmaya dâhil edilmemiştir. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'nde ayaktan veya yatırılarak takip edilen DSM-5 tanı ölçütlerine göre TSSB tanısı alan 33 (13 kadın, 20 erkek) ve UB tanısı alan 50 (33 kadın, 17 erkek) hasta olmak üzere, 18-65 yaşları arasında toplam 83 hasta (46 kadın, 37 erkek) bu çalışmaya dâhil edilmiştir.

Hastalar için dışlama ölçütleri:

- Ek psikiyatrik bozukluğu olanlar
- Daha önce geçirilmiş başka psikiyatrik bozukluk öyküsü olanlar
- 18 yaş altı ve 65 yaş üstü hastalar
- Okur-yazar olmayanlar

- İşlevselliğini etkileyecek düzeyde nörolojik hastalığı olanlar
- Mental retardasyonu olanlar
- Sigara dışında herhangi bir madde veya alkol kullanım bozukluğu olanlar çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Kontrol grubunu oluşturmak üzere aynı yaş aralığında, bilinen herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 50 (27 kadın, 23 erkek) sağlıklı gönüllü çalışmaya dâhil edilmiştir. Kontroller için de aynı dışlama ölçütleri uygulanmıştır.

Araştırma protokolü, Erciyes Üniversitesi Etik Kurulu tarafından 10.11.2017 tarih ve 2017/517 sayılı karar ile onaylanmıştır. Etik kurul karar formu EK 3'de sunulmuştur. Çalışma "Helsinki İnsan Hakları Sözleşmesi- 2001" ve "İyi Klinik Uygulamalar" prensiplerine uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Aranan şartlara uyan hastalara ve kontrollere planlanan araştırmanın amaçları ve yapılış biçimi anlatılarak yazılı onamları alınmıştır. Örnek onam formları ekte sunulmuştur (EK 4 ve EK 5).

3.2. Yöntem

3.2.1. Uygulama

Çalışmaya alınan tüm hastalar ve kontroller için sosyodemografik ve klinik bilgilerini içeren katılımcı takip formu doldurulmuş, tanısal değerlendirme için klinik görüşme yapılmış ve psikometrik ölçekler uygulanmıştır.

3.2.2. Katılımcı takip formu

Tüm olgularda, klinik deneyim ve taranan kaynaklardan elde edilen bilgilerden yola çıkarak ve çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak tarafımızca hazırlanmış sosyodemografik ve klinik verileri içeren katılımcı takip formu kullanılmıştır. Bu form yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, mesleği, medeni durumu gibi sosyodemografik bilgileri, şikayeti, tanısı, hastalık süresi, aldığı tedaviler, mevcut şikayetlerini başlatan travma veya stresör, fiziksel hastalık öyküsü, ailede ruhsal hastalık öyküsü, sigara kullanımı gibi klinik verileri içermektedir. Katılımcı takip formları ekte sunulmuştur (EK 6 ve EK 7).

3.2.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

Ölçek, Hamilton (1960) tarafından geliştirilmiştir (258). Bu ölçek bireylerde depresyon düzeyini ve şiddet değişimini ölçmektedir. Tedavi sırasında izlemi kolaylaştırır. Bu ölçek 17 maddeden oluşmaktadır. Tanı koydurmamaktadır. En yüksek puanı 53'tür. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (259). Ölçek ekte sunulmuştur (EK 8).

3.2.4. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)

Ölçek, Hamilton (1959) tarafından geliştirilmiştir (260). Bu ölçek bireylerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Hem ruhsal hem de bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte maddelerin varlığı ve şiddeti görüşmeci tarafından değerlendirilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (261). Ölçek ekte sunulmuştur (EK 9).

3.2.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kısa Ölçeği (TSSBKÖ)

Ölçek, Kilpatrick ve arkadaşları (2013) tarafından geliştirilmiştir (262). Bu ölçek TSSB'nu değerlendirmek ve şiddetini ölçmek amacıyla kullanılır. TSSB semptomlarını değerlendiren 9 maddeden oluşur. Ölçek 0-4 arası puanlanarak değerlendirilir (hiç=0, biraz=1, orta=2, oldukça=3, aşırı=4). Ölçekten alınacak puan 0-36 arasında değişmekle birlikte, 24 puan ve üzeri TSSB için anlamlı değer kabul edilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Evren ve arkadaşları (2016) tarafından yapılmış, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,87 olarak bulunmuştur (263). Ölçek ekte sunulmuştur (EK 10).

3.2.6. Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TYÖ)

Ölçek, Nijenhuis ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilmiştir (264). Bu ölçek kişinin başından geçen bazı travmatik yaşantıları, bu sırada kaç yaşında olduğunu ve kişinin bu yaşantıdan etkilenme derecesini değerlendirmektedir. Travmatik yaşantıların listelendiği 29 sorudan oluşur. Eğer kişi o travmayı yaşamış ise 1 puan verilir, yaşamamış ise 0 puan verilir. Toplam TYÖ puanı 0-29 arasında değişmektedir. Ayrıca her bir travmanın

etkileme derecesi likert tipi 1-5 arasında puanlanarak hesaplanmaktadır (1=hiç etkilemedi, 2=biraz etkiledi, 3=orta derecede etkiledi, 4=çok etkiledi, 5=ileri derecede etkiledi). Ölçeğin orjinalinde daha detaylı puanlandırma sistemi bulunmakla birlikte bu çalışmada Türkçe'ye uyarlamasının puanlandırma sistemi kullanılmıştır. Her bir travma için etkilenme derecesi de toplanarak TYÖ etkilenme puanı elde edilir. Bu çalışmada TYÖ toplam ve etkilenme puanları değerlendirilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin Şar tarafından 2002 yılında Türkçe'ye uyarlanmış şekli kullanılmıştır (265). Ölçek ekte sunulmuştur (EK 11).

3.2.7. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)

Ölçek, Friborg ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilmiştir (266). Bu ölçek psikolojik dayanıklılığının değerlendirilmesi amacıyla uygulanır. Beşli likert tipi yanıtlanan 33 maddeden oluşan ölçekte, "yapısal stil" (3, 9, 15, 21) ve "gelecek algısı" (2, 8, 14, 20) dörder maddeyle; "aile uyumu" (5, 11, 17, 23, 26, 32), "kendilik algısı" (1, 7, 13, 19, 28, 31) ve "sosyal yeterlilik" (4, 10, 16, 22, 25, 29) altışar maddeyle ve "sosyal kaynaklar" (6, 12, 18, 24, 27, 30, 33) boyutu ise yedi maddeyle ölçülmektedir.

Ölçeğin belirlenmiş bir minimum ve maksimum puan aralığı ya da kesme puanı bulunmamaktadır. Maddelerin tercih edilmesinde önyargılı değerlendirmelerden kaçınmak için, olumlu ve olumsuz özelliklerin farklı taraflarda olduğu, yanıtlar için ise beş ayrı kutucuğun yer aldığı bir format kullanılmaktadır. Şematik biçimde yapılan değerlendirmede psikolojik dayanıklılığın yüksek veya düşük ölçülmesinde puanlama şekli serbest bırakılmıştır. Bu çalışmada, puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması istendiğinden, 1, 3, 4, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 24, 25, 27, 31, 33 numaralı sorular ters sorular olduğu için sağdan sola doğru 1 2 3 4 5 şeklinde; diğer sorular ise soldan sağa doğru 1 2 3 4 5 puan olacak şekilde değerlendirilmiştir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Basım ve Çetin (2011) tarafından yapılmış, alt boyutlarının Cronbach alfa iç tutarlılık katsayılarının 0,66 ile 0,81 arasında ve test-tekrar test güvenilirliklerinin ise 0,68 ile 0,81 arasında değiştiği bildirilmiştir (174). Ölçek ekte sunulmuştur (EK 12).

3.2.8. Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Ölçek, Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilmiştir (226). Bu ölçek bireylerin stres yaratan durumla karşılaştıklarında kullandıkları başaçıkma tarzlarını belirlemek amacıyla kullanılır. Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen ölçek 66 maddeden oluşmaktadır. Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmış uyarlamasında madde sayısı 30'a düşürülmüştür.

Ölçek kendine güvenli yaklaşım (8, 10, 14, 16, 20, 23, 26), iyimser yaklaşım (2, 4, 6, 12, 18), çaresiz yaklaşım (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28), boyun eğici yaklaşım (5, 13, 15, 17, 21, 24) ve sosyal destek arama (1, 9, 29, 30) yaklaşımı olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte 1 ve 9. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçek 0-3 arası puanlanarak değerlendirilir (0=%0 (hiç kullanılmıyor), 1=%30, 2=%70, 3=%100 (sıklıkla kullanılıyor)). Ölçeğin alt testlerine ait puanlar ayrı maddelerden elde edilmekte ve bu maddelerden elde edilen puanlar toplanıp madde sayısına bölünerek her alt ölçeğin kendi puanı oluşturulmaktadır. Alt ölçeklerden alınan puanların yüksek oluşu stresle başaçıkmada o alt ölçekteki yaklaşımın daha çok kullanıldığını göstermektedir. Ölçeğin değerlendirmesinde kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama alt ölçeklerinden elde edilen puanlar arttıkça stresle başaçıkmada etkili (aktif, problem odaklı) yöntemlerin kullanıldığını; çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt ölçeklerinden elde edilen puanların artması ise stresle başaçıkmada etkisiz (pasif, duygu odaklı) yöntemlerin kullanıldığını belirtmektedir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlilik çalışması Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmış, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları iyimser yaklaşım alt ölçeği için 0,49-0,68, kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği için 0,62-0,80, çaresiz yaklaşım alt ölçeği için 0,64-0,73, boyun eğici yaklaşım alt ölçeği için 0,47-0,72, sosyal destek arama alt ölçeği için 0,45-0,47 arasında değiştiği bulunmuştur (227). Ölçek ekte sunulmuştur (EK 13).

3.2.9. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ)

Ölçek, Bernstein ve ark. (1994) tarafından geliştirilmiştir (267). Bu ölçek, çocukluk çağındaki travmatik yaşantıları değerlendirmek amacıyla uygulanır. Duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar olmak üzere beş alt boyuttan oluşur ve toplamda 28 soru içerir.

Puanlarının hesaplanmasında önce olumlu ifadelerden (madde 2,5,7,13,19,26,28) elde edilen puanlar ters çevrilir (örneğin 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana döndürülür). Beş alt puanın toplamı ÇÇTÖ toplam puanını verir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25- 125 arasındadır. Olumlu ifade olmasına rağmen minimizasyonla ilgili (madde 10, 16, ve 22) maddelerin puanlarını ters çevirmeye gerek yoktur. Çünkü bu üç madde sadece travmanın inkarını ölçmekte ve toplam puanı etkilememektedir. Minimizasyon puanını hesaplamak için bu üç maddenin her birinden alınan sadece 5 puan (en yüksek) cevapları hesaba katılır ve bunları hepsi 1 puan olarak sayılır. Bunların toplanması ile 0-3 puan arasında bir minimizasyon puanı elde edilir. Duygusal (emosyonel) istismar 3,8,14,18,25 numaralı maddelerle, fiziksel istismar 9,11,12,15,17 numaralı maddelerle, fiziksel ihmal 1,4,6,2,26 numaralı maddelerle, duygusal (emosyonel) ihmal 5,7,13,19,28 numaralı maddelerle, cinsel istismar 20,21,23,24,27 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Şar ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmış, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,93 olarak bulunmuştur (245). Ölçek ekte sunulmuştur (EK 14).

3.3. İstatistiksel Analiz

Verilerin dağılımının normal olup olmadığı Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir.

Hasta gruplarının ve kontrollerin sosyodemografik, klinik verilerinin ve psikometrik test puanlarının üç grup karşılaştırmasında, verilerin dağılımı normal olmadığı için Kruskal-Wallis testi ve post hoc Bonferroni düzeltmesi kullanılmıştır. Hasta gruplarının hastalık sürelerinin iki grup karşılaştırması Mann Whitney U testi ile yapılmıştır.

Hastaların ve kontrollerin kadın/erkek oranı, eşlik eden fiziksel hastalık oranı, ailede ruhsal hastalık öyküsü oranı, sigara kullanım oranı gibi kategorik veriler ki kare testi ile karşılaştırılmıştır.

Demografik, klinik veriler ve psikometrik test puanları arasındaki ilişkiyi araştırmak için Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. Tablolarda normal dağılım gösteren veriler ortalama ± standart sapma, anormal dağılım gösterenler ortanca (çeyrekler arası fark), kategorik veriler sayı ve yüzde şeklinde ifade edilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p \leq 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Hasta ve kontrollerin sosyodemografik özellikleri

Hasta grupları ve kontroller arasında yaş, cinsiyet dağılımı, medeni durum, sigara kullanım oranları, sigara kullanım süresi, fiziksel hastalık ve ailede ruhsal hastalık varlığı açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir (Tablo 1). TSSB grubunun yaş ortalaması (ortalama ± SS); 32,45±11,97, UB grubunun yaş ortalaması 36,06±11,89; kontrol grubunun yaş ortalaması 34,42±12,5 idi.

Gruplar arasında eğitim süreleri ve düzeyleri açısından fark tespit edilmiştir. TSSB hastalarının ve UB hastalarının eğitim süreleri kontrollerinkinden düşük bulunmuştur (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$). TSSB ve UB hastaları arasında eğitim süreleri açısından farklılık bulunmamıştır ($p=1$) (Tablo 1).

TSSB grubunda mevcut şikayetleri başlatan travma türleri incelendiğinde, 15 kişinin (%45,45) trafik kazasına, 7 kişinin (%21,21) iş kazası, darp, silahlı saldırı gibi durumlar sonucunda vücutça ağır yaralanmaya, 5 kişinin (%15,15) askeri çatışma koşullarında yaşanan olumsuz olaylara, 4 kişinin (%12,12) cinsel saldırıya maruz kaldığı ve 2 kişinin (%6,06) başkasının travmaya uğramasına tanık olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 1. Hasta ve kontrollerin sosyodemografik özellikleri

		Hasta (n=83)		Kontrol (n=50)	Üç grup karşılaştırması
		TSSB (n=33)	**UB (n=50)**		
Yaş ortanca (ÇAF)		28 (16)	36,5 (20,25)	28,5 (19,25)	Z=2,012 p=0,366
Cinsiyet n (%)	Kadın	13 (%39,4)	33 (%66)	27 (%54)	X^2=5,709
	Erkek	20 (%60,6)	17 (%34)	23 (%46)	p=0,058
Eğitim düzeyi n(%)	İlköğretim	13 (%39,4)	19 (%38)	0 (%0)	**X^2=48,339**
	Lise	13 (%39,4)	18 (%36)	8 (%16)	**p<0,001**
	Üniversite	7 (%21,2)	13 (%26)	42 (%84)	
Eğitim süresi (yıl) ortanca (ÇAF)		11 (6,5)	11 (9,25)	16 (3,5)	**Z=47,881 p<0,001**
Medeni durum	Evli	15 (%45,5)	12 (%24)	21 (%42)	X^2=5,529
	Bekar	15 (%45,5)	33 (%66)	26 (%52)	p=0,237
	Boşanmış	3(%9,1)	5 (%10)	3 (%6)	
Sigara kullanımı	Var	12 (%36,4)	8 (%16)	9 (%18)	X^2=5,515
	Yok	21 (%63,6)	42 (%84)	41 (%82)	p=0,063
Sigara kullanım süresi		9 (9)	10 (20,75)	10 (8)	Z=0,209 p=0,901
Fiziksel hastalık	Var	9 (%27,3)	17 (%34)	9 (%18)	X^2=3,321
	Yok	24 (%72,7)	33 (%66)	41 (%82)	p=0,190
Ailede ruhsal hastalık	Var	6 (%18,2)	7 (%14)	3 (%6)	X^2=3,081
	Yok	27 (%81,8)	43 (%86)	47 (%94)	p=0,214

4.2. Hasta ve kontrollerin klinik özellikleri

TSSB ve UB hastalarının hastalık süreleri arasında fark tespit edilmemiştir. UB olanlarda tedavi almayanların oranı TSSB'ye göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 2).

TSSB, UB hastaları ve kontrollerin 3 grup karşılaştırması yapıldığında HAM-D, HAM-A toplam ve alt puanları, TSSBKÖ, TYÖ toplam ve TYÖ etkilenme puanları açısından anlamlı farklılık tespit edilmiştir. TSSB ve UB hastalarının HAM-D puanları kontrollerinkinden yüksek bulunmuştur (sırasıyla p<0,001; p<0,001). TSSB hastalarının depresyon şiddeti UB hastalarınınkinden de yüksek bulunmuştur (p=0,05). TSSB ve UB hastalarının HAM-A psişik (sırasıyla p<0,001; p<0,001), somatik (sırasıyla p<0,001;

p<0,001) alt puanları ve toplam puanları (sırasıyla p<0,001; p<0,001) kontrollerinkinden yüksek bulunmuştur. TSSB hastalarının HAM-A psişik alt puanları ve toplam puanı UB hastalarınınkinden yüksek bulunmuştur (sırasıyla p=0,015; p=0,011). TSSB ve UB hastalarının HAM-A somatik alt puanları arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir (p=0,06). TSSB ve UB hastalarının TSSBKÖ puanları kontrollerinkinden yüksek bulunmuştur (sırasıyla p<0,001; p<0,001). TSSB hastalarının TSSBKÖ puanları UB hastalarınkinden yüksek bulunmuştur (p<0,001). TSSB ve UB hastalarının TYÖ toplam (sırasıyla p<0,001; p<0,001) ve etkilenme (sırasıyla p<0,001; p<0,001) puanları kontrollerinkinden yüksek bulunmuştur. TSSB ve UB hastalarının TYÖ toplam ve etkilenme puanları arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir (sırasıyla p=0,118; p=0,054) (Tablo 2).

Tablo 2. Hasta ve kontrollerin klinik özellikleri

		Hasta (n=83)		**Kontrol (n=50)**	**Karşılaştırma**
		TSSB (n=33)	**UB (n=50)**		
Hastalık süresi ortanca (ÇAF)		14(20,5)	6(11,5)	-	Z=1,899 p=0,058
Tedavi	Alıyor Almıyor	18(%54,5) 15(%45,5)	13(%26) 37(%74)[a]	-	**X^2=6,923** **p=0,009**
HAM-D		20(8)[b, c]	14(7)[b]	1(2)	**Z=98,947** **p<0,001**
HAM-A	Psişik Somatik Toplam	13(3,5)[b, c] 15(6)[b] 30(7,5)[b, c]	10(4,25)[b] 11(6,25)[b] 20(9,25)[b]	1(2) 0,5(1) 1(3)	**Z=97,321** **p<0,001** **Z=99,252** **p<0,001** **Z=101,451** **p<0,001**
TSSBKÖ		30(5,5)[b, c]	19(9,5)[b]	2,5(4,25)	**Z=103,668** **p<0,001**
TYÖ	Toplam Etkilenme	4(3)[b] 18(15)[b]	3(3,25)[b] 12(13,5)[b]	0(1) 0(3)	**Z=67,319** **p<0,001** **Z=74,339** **p<0,001**

a: TSSB hastalarınınkinden yüksek
b: Kontrollerinkinden yüksek
c: UB hastalarınınkinden yüksek

4.3. Hasta ve kontrollerin Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) puanlarının karşılaştırması

TSSB, UB hastaları ve kontrollerin 3 grup karşılaştırması yapıldığında YPDÖ'nün tüm alt puanları ve toplam puanı açısından anlamlı fark tespit edilmiştir (Tablo 3).

TSSB hastalarının YPDÖ'nün tüm alt puanları (yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar) ve toplam puanı kontrollerinkinden düşük bulunmuştur (tamamı için $p<0,001$). UB hastalarının da YPDÖ'nün tüm alt puanları (yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar) ve toplam puanı kontrollerinkinden düşük bulunmuştur (tamamı için $p<0,001$). Yani her iki hasta grubunda da psikolojik dayanıklılık düzeyleri kontrollerinkinden düşük bulunmuştur. TSSB hastalarının YPDÖ'nün sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar alt puanları UB hastalarınınkinden daha düşük bulunmuştur (sırasıyla $p=0,012$; $p=0,004$). Diğer alt puanlar (yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı) ve toplam puan açısından iki hasta grubu arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir (sırasıyla $p=1$; $p=1$; $p=1$; $p=0,4$; $p=0,149$) (Tablo 3).

Tablo 3. Hasta ve kontrollerin Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanlarının karşılaştırması

	Hasta (n=83)		**Kontrol (n=50)** ortanca (ÇAF)	**Üç grup karşılaştırması**
	TSSB (n=33) ortanca (ÇAF)	**UB (n=50)** ortanca (ÇAF)		
Yapısal stil	11(6,5)[a]	12,5(6)[a]	18(3)	**Z=66,498 p<0,001**
Gelecek algısı	9(8)[a]	8,5(8)[a]	18(3)	**Z=75,840 p<0,001**
Aile uyumu	20(11)[a]	21,5(10)[a]	28(2,25)	**Z=57,865 p<0,001**
Kendilik algısı	15(9,5)[a]	17(8)[a]	27(3)	**Z=85,279 p<0,001**
Sosyal yeterlilik	12(9,5)[a, b]	20(9)[a]	27(2,25)	**Z=82,332 p<0,001**
Sosyal kaynaklar	20(10,5)[a, b]	26,5(6)[a]	33(3)	**Z=80,318 p<0,001**
Toplam	85(33)[a]	105(23,5)[a]	151(10,25)	**Z=93,832 p<0,001**

a: Kontrollerinkinden düşük
b: UB hastalarınınkinden düşük

4.4. Hasta ve kontrollerin Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği puanlarının karşılaştırması

TSSB, UB hastaları ve kontrollerin 3 grup karşılaştırması yapıldığında SBTÖ'nün alt puanları açısından anlamlı fark tespit edilmiştir (Tablo 4).

TSSB hastalarında SBTÖ'nün kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama alt puanları kontrollerinkinden düşük (sırasıyla p<0,001; p<0,001, p<0,001), çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım alt puanları kontrollerinkinden yüksek bulunmuştur (sırasıyla p<0,001; p<0,001). UB hastalarında da SBTÖ'nün kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama alt puanları kontrollerinkinden düşük (sırasıyla p<0,001; p<0,001; p<0,001), çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım alt puanları yüksek bulunmuştur (sırasıyla p<0,001; p<0,001). Yani hastaların pasif başaçıkma tarzları olan çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımı daha yüksek, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama gibi aktif başaçıkma tarzlarını daha düşük oranda kullandıkları görülmüştür. TSSB hastalarının SBTÖ'nün sosyal destek arama alt puanı UB hastalarınınkinden anlamlı derecede düşük bulunmuştur (p=0,003). Ölçeğin kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım alt puanlarında TSSB ve UB hastaları arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir (sırasıyla p=0,59; p=0,658; p=0,98; p=1) (Tablo 4).

Tablo 4. Hasta ve kontrollerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği puanlarının karşılaştırması

	Hasta (n=83)		**Kontrol (n=50)** ortanca (ÇAF)	**Üç grup karşılaştırması**
	TSSB (n=33) ortanca (ÇAF)	**UB (n=50)** ortanca (ÇAF)		
Kendine güvenli yaklaşım	1(0,93)[a]	1,28(0,85)[a]	2,57(0,57)	**Z=67,971 p<0,001**
İyimser yaklaşım	1(1)[a]	1,2(0,85)[a]	2,4(1)	**Z=55,757 p<0,001**
Çaresiz yaklaşım	2(0,69)[b]	1,87(0,75)[b]	0,75(0,53)	**Z=72,346 p<0,001**
Boyun eğici yaklaşım	1,33(1)[b]	1,5(0,87)[b]	0,5(0,67)	**Z=50,941 p<0,001**
Sosyal destek arama	1(0,75)[a, c]	1,75(1,06)[a]	2,25(0,5)	**Z=46,515 p<0,001**

a: Kontrollerinkinden düşük
b: Kontrollerinkinden yüksek
c: UB hastalarınınkinden düşük

4.5. Hasta ve kontrollerin Çocukluk Çağı Travma Ölçeği puanlarının karşılaştırması

TSSB, UB hastaları ve kontrollerin 3 grup karşılaştırması yapıldığında ÇÇTÖ tüm alt puanları ve toplam puanı açısından farklılık tespit edilmiştir (Tablo 5).

TSSB hastalarının ÇÇTÖ'nün tüm alt puanları (duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar) ve toplam puanı kontrollerinkinden yüksek bulunmuştur (sırasıyla p<0,001; p=0,014; p<0,001; p<0,001; p=0,042; p<0,001). UB hastalarının ÇÇTÖ'nün duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal alt puanları ve toplam puanı kontrollerinkinden yüksek bulunmuş (sırasıyla p<0,001; p=0,008; p<0,001; p<0,001; p<0,001), cinsel istismar alt puanı açısından UB hastaları ve kontroller arasında fark tespit edilmemiştir (p=0,163). TSSB ve UB hastalarında ölçeğin alt puanları (duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar) arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (sırasıyla p=1; p=1; p=1; p=0,21; p=1). TSSB ve UB hastaları arasında toplam puan açısından anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (p=0,425) (Tablo 5).

Tablo 5. Hasta ve kontrollerin Çocukluk Çağı Travma Ölçeği puanlarının karşılaştırması

	Hasta (n=83)		**Kontrol (n=50)** ortanca (ÇAF)	**Üç grup karşılaştırması**
	TSSB (n=33) ortanca (ÇAF)	**UB (n=50)** ortanca (ÇAF)		
Duygusal istismar	8(5)[a]	6(4,25)[a]	5(1)	**Z=26,597 p<0,001**
Fiziksel istismar	5(1)[a]	5(2)[a]	5(0)	**Z=11,796 p=0,003**
Fiziksel ihmal	7(2)[a]	6(3)[a]	5(1)	**Z=22,406 p<0,001**
Duygusal ihmal	12(7)[a]	9(6,25)[a]	6(3)	**Z=39,048 p<0,001**
Cinsel istismar	5(0)[a]	5(0)	5(0)	**Z=6,906 p=0,032**
Toplam	37(15)[a]	32(9,5)[a]	27(4,25)	**Z=43,169 p<0,001**

a: Kontrollerinkinden yüksek

4.6. TSSB Grubunda Korelasyon İncelemeleri

4.6.1. TSSB grubunda klinik özelliklerin psikometrik test puanları ile ilişkisi

Hastalık süresi ile YPDÖ'nün kendilik algısı alt puanı (r=-0,344, p=0,05) ve SBTÖ'nün iyimser yaklaşım alt puanı (r=-0,361, p=0,039) arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir. Diğer psikometrik test puanları ile hastalık süresi arasında korelasyon tespit edilmemiştir (Tablo 6).

HAM-D puanı ile YPDÖ'nün gelecek algısı (r=-0,424, p=0,014), kendilik algısı (r=-0,483, p=0,004), sosyal yeterlilik (r=-0,353, p=0,044) sosyal kaynaklar (r=-0,483, p=0,004) alt puanları ve toplam puanı (r=-0,523, p=0,002) arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir. HAM-D puanı ile SBTÖ'nün çaresiz yaklaşım alt puanı (r=0,439, p=0,011) arasında pozitif korelasyon, sosyal destek arama alt puanı (r=-0,440, p=0,010) arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir (Tablo 6). Yani depresyon şiddeti artıkça dayanıklılık düzeylerinin düştüğü ve pasif başaçıkma tarzlarının daha çok kullanıldığı görülmüştür.

HAM-A toplam puanı ile YPDÖ'nün sosyal kaynaklar alt puanı (r=-0,376, p=0,031) arasında negatif korelasyon, SBTÖ'nün çaresiz yaklaşım alt puanı (r=0,528, p=0,002) ve ÇÇTÖ'nün cinsel istismar alt puanı (r=0,432, p=0,012) arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir (Tablo 6).

TSSBKÖ puanı ile YPDÖ'nün gelecek algısı (r=-0,423, p=0,014), kendilik algısı (r=-0,408, p=0,018), sosyal yeterlilik (r=-0,429, p=0,013), sosyal kaynaklar (r=-0,466, p=0,006) alt puanları ve toplam puanı (r=-0,493, p=0,004) arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir. Dayanıklılık düzeyleri düştükçe TSSB semptomlarının şiddetinin arttığı görülmüştür. TSSBKÖ puanı ile SBTÖ'nün çaresiz yaklaşım alt puanı (r=0,398, p=0,022) ve ÇÇTÖ'nün cinsel istismar alt puanı (r=0,381, p=0,029) arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir (Tablo 6).

TYÖ toplam, etkilenme puanı ile YPDÖ ve SBTÖ puanları arasında korelasyon tespit edilmemiştir (Tablo 6).

Tablo 6. TSSB grubunda klinik özelliklerin psikometrik test puanları ile ilişkisi

	Hastalık süresi	HAM-D	HAM-A toplam	TSSBKÖ	TYÖ toplam	TYÖ etkilenme
YPDÖ						
Yapısal stil	r=-0,135 p=0,453	r=-0,321 p=0,068	r=-0,063 p=0,726	r=-0,011 p=0,95	r=0,157 p=0,384	r=0,179 p=0,319
Gelecek algısı	r=-0,262 p=0,141	**r=-0,424** **p=0,014**	r=-0,225 p=0,208	**r=-0,423** **p=0,014**	r=-0,008 p=0,965	r=-0,049 p=0,785
Aile uyumu	r=-0,084 p=0,641	r=-0,227 p=0,205	r=-0,07 p=0,699	r=-0,179 p=0,319	r=-0,243 p=0,173	r=-0,247 p=0,166
Kendilik algısı	**r=-0,344** **p=0,05**	**r=-0,483** **p=0,004**	r=-0,263 p=0,139	**r=-0,408** **p=0,018**	r=-0,066 p=0,716	r=-0,036 p=0,842
Sosyal yeterlilik	r=-0,295 p=0,095	**r=-0,353** **p=0,044**	r=-0,074 p=0,684	**r=-0,429** **p=0,013**	r=0,037 p=0,838	r=0,018 p=0,921
Sosyal kaynaklar	r=-0,056 p=0,756	**r=-0,483** **p=0,004**	**r=-0,376** **p=0,031**	**r=-0,466** **p=0,006**	r=-0,200 p=0,265	r=-0,176 p=0,327
Toplam dayanıklılık	r=-0,224 p=0,211	**r=-0,523** **p=0,002**	r=-0,274 p=0,123	**r=-0,493** **p=0,004**	r=-0,102 p=0,573	r=-0,093 p=0,605
SBTÖ						
Kendine güvenli yaklaşım	r=-0,271 p=0,127	r=-0,328 p=0,063	r=-0,125 p=0,487	r=-0,305 p=0,084	r=0,133 p=0,461	r=0,119 p=0,508
İyimser yaklaşım	**r=-0,361** **p=0,039**	r=-0,238 p=0,182	r=0,186 p=0,301	r=-0,203 p=0,258	r=0,220 p=0,219	r=0,185 p=0,303
Çaresiz yaklaşım	r=0,106 p=0,558	**r=0,439** **p=0,011**	**r=0,528** **p=0,002**	**r=0,398** **p=0,022**	r=0,129 p=0,475	r=0,082 p=0,649
Boyun eğici yaklaşım	r=0,042 p=0,815	r=0,242 p=0,175	r=0,307 p=0,083	r=0,17 p=0,343	r=-0,100 p=0,580	r=-0,087 p=0,628
Sosyal destek arama	r=-0,211 p=0,238	**r=-0,440** **p=0,010**	r=-0,184 p=0,304	r=-0,192 p=0,285	r=0,019 p=0,916	r=-0,022 p=0,901

4.6.2. TSSB grubunda Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği puanlarının Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanları ile ilişkisi

SBTÖ'nün kendine güvenli yaklaşım alt puanı ile YPDÖ'nün yapısal stil (r=0,616, p<0,001), gelecek algısı (r=0,603, p<0,001), kendilik algısı (r=0,741, p<0,001), sosyal yeterlilik (r=0,648, p<0,001), sosyal kaynaklar (r=0,415, p=0,016) alt puanları ve toplam puanı (r=0,653, p<0,001) arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir. SBTÖ'nün iyimser yaklaşım alt puanı ile YPDÖ'nün yapısal stil (r=0,514, p=0,02), gelecek algısı (r=0,415, p=0,016), kendilik algısı (r=0,627, p<0,001), sosyal yeterlilik (r=0,589, p<0,001) alt puanları ve toplam puanı (r=0,558, p=0,001) arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir. SBTÖ'nün çaresiz yaklaşım alt puanı ile YPDÖ'nün gelecek algısı (r=-0,439, p=0,011), kendilik algısı (r=-0,49, p=0,004), sosyal kaynaklar (r=-0,414, p=0,017) alt puanları ve toplam puanı (r=-0,439, p=0,011) arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir. SBTÖ'nün boyun eğici yaklaşım alt puanı ile YPDÖ'nün sosyal kaynaklar alt puanı arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir (r=-0,399, p=0,022). SBTÖ'nün sosyal destek arama alt puanı ile YPDÖ'nün yapısal stil (r=0,534, p=0,01), gelecek algısı (r=0,75, p<0,001), kendilik algısı (r=0,66, p<0,001), sosyal yeterlilik (r=0,587, p<0,001) alt puanları ve toplam puanı (r=0,617, p<0,001) arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir (Tablo 7). Genel olarak bakıldığında aktif başaçıkma tarzları (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama) ile psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında pozitif bir ilişki olduğu, pasif başaçıkma tarzları (çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım) ile psikolojik dayanıklılığın bazı alt puanları arasında negatif ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 7).

4.6.3. TSSB grubunda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği puanlarının Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanları ile ilişkisi

TSSB grubunda ÇÇTÖ ile YPDÖ alt puanları ve toplam puanları arasında korelasyon bulunmamıştır.

Tablo 7. TSSB grubunda Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği puanlarının Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanları ile ilişkisi

SBTÖ / **YPDÖ**	Kendine güvenli yaklaşım	İyimser yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	Sosyal destek arama
Yapısal stil	**r=0,616** **p<0,001**	**r=0,514** **p=0,02**	r=-0,192 p=0,286	r=-0,303 p=0,86	**r=0,534** **p=0,01**
Gelecek algısı	**r=0,603** **p<0,001**	**r=0,415** **p=0,016**	**r=-0,439** **p=0,011**	r=-0,297 p=0,094	**r=0,75** **p<0,001**
Aile uyumu	r=0,083 p=0,645	r=0,226 p=0,205	r=-0,137 p=0,448	r=-0,258 p=0,147	r=0,091 p=0,616
Kendilik algısı	**r=0,741** **p<0,001**	**r=0,627** **p<0,001**	**r=-0,49** **p=0,004**	r=-0,122 p=0,498	**r=0,66** **p<0,001**
Sosyal yeterlilik	**r=0,648** **p<0,001**	**r=0,589** **p<0,001**	r=-0,24 p=0,179	r=-0,283 p=0,111	**r=0,587** **p<0,001**
Sosyal kaynaklar	**r=0,415** **p=0,016**	r=0,263 p=0,139	**r=-0,414** **p=0,017**	**r=-0,399** **p=0,022**	r=0,32 p=0,07
Toplam dayanıklılık	**r=0,653** **p<0,001**	**r=0,558** **p=0,001**	**r=-0,439** **p=0,011**	r=-0,33 p=0,061	**r=0,617** **p<0,001**

4.7. UB grubunda korelasyon incelemeleri

4.7.1. UB grubunda klinik özelliklerin psikometrik test puanları ile ilişkisi

Hastalık süresi ile psikometrik test puanları arasında korelasyon tespit edilmemiştir.

Depresif belirti şiddeti (HAM-D puanı) ile ÇÇTÖ'nün duygusal istismar alt puanı arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir (r=0,297, p=0,036). HAM-D puanı ile diğer psikometrik test puanları arasında korelasyon bulunmamıştır (Tablo 8).

HAM-A toplam puanı ile SBTÖ'nün çaresiz yaklaşım alt puanı (r=-0,282, p=0,047) arasında negatif korelasyon, ÇÇTÖ'nün duygusal istismar alt puanı (r=0,299, p=0,035) arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir.

TSSB şiddeti (TSSBKÖ puanı) ile YPDÖ'nün gelecek algısı alt puanı (r=-0,331, p=0,019) arasında negatif korelasyon, ÇÇTÖ'nün duygusal istismar alt puanı (r=0,283, p=0,046) arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir.

TYÖ toplam puanı ile YPDÖ'nün aile uyumu (r=-0,473, p=0,001) alt puanı ve toplam (r=-0,325, p=0,021) puanı arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir. TYÖ etkilenme puanı ile YPDÖ'nün aile uyumu (r=-0,457, p=0,001) alt puanı ve toplam (r=-0,345, p=0,014) puanı arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir.

4.7.2. UB grubunda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği puanlarının Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanları ile ilişkisi

ÇÇTÖ'nün duygusal istismar alt puanı ile YPDÖ'nün aile uyumu (r=-0,412, p=0,003) ve toplam (r=-0,327, p=0,021) puanı arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir. ÇÇTÖ'nün fiziksel istismar alt puanı ile YPDÖ'nün aile uyumu (r=-0,39, p=0,005), kendilik algısı (r=-0,332, p=0,018), sosyal kaynaklar (r=-0,314, p=0,027) alt puanları ve toplam (r=-0,399, p=0,004) puanı arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir. ÇÇTÖ'nün fiziksel ihmal alt puanı ile YPDÖ'nün sosyal yeterlilik alt puanı arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir (r=-0,3, p=0,034). ÇÇTÖ'nün duygusal ihmal alt puanı ile YPDÖ'nün yapısal stil (r=-0,344, p=0,014), aile uyumu (r=-0,38, p=0,006), kendilik algısı (r=-0,293, p=0,039), sosyal yeterlilik (r=-0,391, p=0,005) alt puanları ve toplam (r=-0,418, p=0,003) puanı arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir. ÇÇTÖ'nün toplam puanı ile YPDÖ'nün aile uyumu (r=-0,423, p=0,002), kendilik algısı (r=-0,318, p=0,024), sosyal yeterlilik (r=-0,331, p=0,019) alt puanları ve toplam (r=-0,433, p=0,002) puanı arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir (Tablo 8). Genel olarak değerlendirildiğinde çocukluk çağı travmaları arttıkça psikolojik dayanıklılığın düştüğü görülmüştür.

Tablo 8. UB grubunda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği puanlarının Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanları ile ilişkisi

ÇÇTÖ / YPDÖ	Duygusal istismar	Fiziksel istismar	Fiziksel ihmal	Duygusal ihmal	Cinsel istismar	Toplam ÇÇTÖ
Yapısal stil	r=-0,077 p=0,593	r=-0,209 p=0,144	r=-0,175 p=0,224	**r=-0,344** **p=0,014**	r=-0,116 p=0,423	r=-0,238 p=0,097
Gelecek algısı	r=-0,211 p=0,141	r=-0,141 p=0,33	r=-0,107 p=0,401	r=-0,217 p=0,129	r=-0,143 p=0,323	r=-0,233 p=0,103
Aile uyumu	**r=-0,412** **p=0,003**	**r=-0,39** **p=0,005**	r=-0,111 p=0,444	**r=-0,38** **p=0,006**	r=-0,265 p=0,063	**r=-0,423** **p=0,002**
Kendilik algısı	r=-0,278 p=0,05	**r=-0,332** **p=0,018**	r=-0,173 p=0,23	**r=-0,293** **p=0,039**	r=-0,248 p=0,083	**r=-0,318** **p=0,024**
Sosyal yeterlilik	r=-0,168 p=0,243	r=-0,276 p=0,053	**r=-0,3** **p=0,034**	**r=-0,391** **p=0,005**	r=-0,1 p=0,488	**r=-0,331** **p=0,019**
Sosyal kaynaklar	r=-0,154 p=0,258	**r=-0,314** **p=0,027**	r=-0,244 p=0,088	r=-0,239 p=0,095	r=-0,239 p=0,095	r=-0,233 p=0,103
Toplam dayanıklılık	**r=-0,327** **p=0,021**	**r=-0,399** **p=0,004**	r=-0,248 p=0,082	**r=-0,418** **p=0,003**	r=-0,228 p=0,111	**r=-0,433** **p=0,002**

4.7.3. UB grubunda Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği puanlarının Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanları ile ilişkisi

SBTÖ'nün kendine güvenli yaklaşım alt puanı ile YPDÖ'nün yapısal stil (r=0,292, p=0,039), gelecek algısı (r=0,485, p<0,001), aile uyumu (r=0,353, p=0,012), kendilik algısı (r=0,523, p<0,001), sosyal kaynaklar (r=0,555, p<0,001) alt puanları ve toplam (r=0,498, p<0,001) puanı arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir. SBTÖ'nün iyimser yaklaşım alt puanı ile YPDÖ'nün gelecek algısı (r=0,341, p=0,015), aile uyumu (r=0,358, p=0,011), kendilik algısı (r=0,572, p<0,001), sosyal kaynaklar (r=0,497, p<0,001) alt puanları ile toplam (r=0,490, p<0,001) puanı arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir. SBTÖ'nün çaresiz yaklaşım alt puanı ile YPDÖ'nün gelecek algısı (r=-0,379, p=0,007), kendilik algısı (r=-0,450, p=0,001) alt puanları ve toplam (r=-0,365, p=0,009) puanı arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir. SBTÖ'nün sosyal destek

arama alt puanı ile YPDÖ'nün gelecek algısı (r=0,34, p=0,016), kendilik algısı (r=0,349, p=0,013), sosyal kaynaklar (r=0,458, p=0,001) alt puanları ile toplam (r=0,445, p=0,001) puanı arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir (Tablo 9). Yani UB olan hastalarda da aktif başaçıkma tarzları ile psikolojik dayanıklılık arasında pozitif korelasyon, bazı pasif başaçıkma tarzları ile de psikolojik dayanıklılık arasında negatif korelasyon bulunmuştur.

Tablo 9. UB grubunda Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği puanlarının Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanları ile ilişkisi

SBTÖ / **YPDÖ**	Kendine güvenli yaklaşım	İyimser yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	Sosyal destek arama
Yapısal stil	**r=0,292** **p=0,039**	r=0,186 p=0,197	r=-0,106 p=0,465	r=0,039 p=0,787	r=0,234 p=0,102
Gelecek algısı	**r=0,485** **p<0,001**	**r=0,341** **p=0,015**	**r=-0,379** **p=0,007**	r=0,065 p=0,653	**r=0,34** **p=0,016**
Aile uyumu	**r=0,353** **p=0,012**	**r=0,358** **p=0,011**	r=-0,198 p=0,168	r=-0,086 p=0,552	r=0,272 p=0,056
Kendilik algısı	**r=0,523** **p<0,001**	**r=0,572** **p<0,001**	**r=-0,45** **p=0,001**	r=-0,134 p=0,354	**r=0,349** **p=0,013**
Sosyal yeterlilik	r=0,173 p=0,23	r=0,232 p=0,105	r=-0,158 p=0,273	r=-0,049 p=0,735	r=0,274 p=0,055
Sosyal kaynaklar	**r=0,555** **p<0,001**	**r=0,497** **p<0,001**	r=-0,116 p=0,421	r=-0,224 p=0,118	**r=0,458** **p=0,001**
Toplam dayanıklılık	**r=0,498** **p<0,001**	**r=0,49** **p<0,001**	**r=-0,365** **p=0,009**	r=-0,016 p=0,913	**r=0,445** **p=0,001**

4.8. Kontrol grubunda korelasyon incelemeleri

4.8.1. Kontrol grubunda klinik özelliklerin psikometrik test puanları ile ilişkisi

HAM-D puanı ile ÇÇTÖ'nün fiziksel istismar (r=0,281, p=0,048), fiziksel ihmal (r=0,296, p=0,037) alt puanları ve toplam (r=0,327, p=0,021) puan arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir.

HAM-A puanı ile YPDÖ'nün kendilik algısı (r=-0,379, p=0,007), sosyal yeterlilik (r=-0,316, p=0,026) alt puanları ve toplam (r=-0,296, p=0,037) arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir. HAM-A puanı ile SBTÖ'nün sosyal destek arama alt puanı arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir (r=-0,318, p=0,025).

TYÖ toplam puanı ile YPDÖ'nün sosyal yeterlilik (r=-0,359, p=0,010) alt puanı ve SBTÖ'nün sosyal destek arama (r=-0,326, p=0,021) alt puanı arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir. TYÖ etkilenme puanı ile YPDÖ'nün sosyal yeterlilik (r=-0,370, p=0,008) ve SBTÖ'nün sosyal destek arama (r=-0,351, p=0,013) alt puanı arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir.

4.8.2. Kontrol grubunda Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği puanlarının Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanları ile ilişkisi

SBTÖ'nün kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği ile YPDÖ'nün gelecek algısı alt ölçeği arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir (r=0,282, p=0,047). SBTÖ'nün iyimser yaklaşım alt ölçeği ile YPDÖ'nün gelecek algısı (r=0,341, p=0,015), kendilik algısı (r=0,349, p=0,013), sosyal kaynaklar (r=0,477, p<0,001) alt puanları ve toplam puanı (r=0,415, p=0,003) arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir. SBTÖ'nün çaresiz yaklaşım alt puanı ile YPDÖ'nün gelecek algısı (r=-0,592, p<0,001), kendilik algısı (r=-0,451, p=0,001), aile uyumu (r=-0,357, p=0,011), sosyal yeterlilik (r=-0,453, p=0,002), sosyal kaynaklar (r=-0,477, p<0,001) alt puanları ve toplam puanı (r=-0,551, p<0,001) arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir. SBTÖ'nün boyun eğici yaklaşım alt puanı ile YPDÖ'nün sosyal yeterlilik (r=-0,391, p=0,005) alt puanı ve toplam puanı (r=-0,300, p=0,034) arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir. SBTÖ'nün sosyal destek arama alt puanı ile YPDÖ'nün gelecek algısı (r=0,383, p=0,006), kendilik algısı (r=0,296, p=0,037), aile uyumu (r=0,305, p=0,031), sosyal yeterlilik (r=0,512, p<0,001), sosyal kaynaklar (r=0,520, p<0,001) alt puanları ve toplam puanı (r=0,505, p<0,001) arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir.

4.9. Önemli bulguların özeti

1. TSSB ve UB hastalarının YPDÖ'nün tüm alt puanları ve toplam puanı kontrollerinkinden düşük bulunmuştur.

2. TSSB hastalarının YPDÖ'nün sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar alt puanları UB hastalarınınkinden düşük bulunmuştur.

3. TSSB ve UB hastalarının SBTÖ'nün aktif başaçıkma tarzları (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama) alt puanları kontrollerinkinden düşük, pasif başaçıkma tarzları (çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım) alt puanları kontrollerinkinden yüksek bulunmuştur.

4. TSSB hastalarında SBTÖ'nün sosyal destek arama alt puanı UB hastalarınınkinden düşük bulunmuştur.

5. TSSB hastalarının ÇÇTÖ'nün tüm alt puanları ve toplam puanı kontrollerinkinden yüksek bulunmuştur.

6. UB hastalarının ÇÇTÖ'nün cinsel istismar alt puanı dışındaki alt puanları ve toplam puanı kontrollerinkinden yüksek bulunmuştur.

7. TSSB grubunda depresyon şiddeti ile dayanıklılığın pek çok alt puanı ve toplam puanı arasında negatif korelasyon olduğu görülmüştür.

8. TSSB grubunda TSSB şiddeti ile dayanıklılığın pek çok alt puanı ve toplam puanı arasında negatif korelasyon olduğu bulunmuştur.

9. TSSB grubunda SBTÖ'nün stresle aktif başaçıkma tarzları ile dayanıklılığın pek çok alt puanı ve toplam puanı arasında pozitif korelasyon olduğu tespit edilmiştir.

10. TSSB grubunda SBTÖ'nün stresle pasif başaçıkma tarzları ile dayanıklılığın pek çok alt puanı ve toplam puanı arasında negatif korelasyon olduğu bulunmuştur.

11. TSSB grubunda ÇÇTÖ ve YPDÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

12. UB grubunda ÇÇTÖ'nün cinsel istismar dışındaki alt puanları ile YPDÖ'nün pek çok alt puanı ve toplam puanı arasında negatif korelasyon olduğu bulunmuştur.

13. UB grubunda SBTÖ'nün stresle aktif başaçıkma tarzları ile dayanıklılığın pek çok alt puanı ve toplam puanı arasında pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur.

14. Kontrol grubunda SBTÖ'nün stresle aktif başaçıkma tarzları ile dayanıklılığın pek çok alt puanı ve toplam puanı arasında pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur.

15. Kontrol grubunda SBTÖ'nün stresle pasif başaçıkma tarzları ile dayanıklılığın pek çok alt puanı ve toplam puanı arasında negatif korelasyon olduğu bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın önemli bulgularından biri, YPDÖ'nün tüm alt puanlarının ve toplam puanının hasta gruplarında kontrol grubuna göre düşük olmasıdır. Psikolojik dayanıklılık ve ruhsal hastalıklar arasında güçlü bir etkileşim olduğu bilinmektedir (189). Ancak psikolojik dayanıklılık düzeyinin düşük olmasının TSSB ve UB gelişimi için bir sebep mi yoksa sonuç mu olduğu net değildir. Psikolojik dayanıklılık düzeyi düşük bireylerin psikopatoloji gelişimine yatkın oldukları düşünülebilir. Benzer şekilde yapılmış çalışmalarda çeşitli psikopatolojiler ile psikolojik dayanıklılık arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (191, 192, 194). Özellikle travma ve stresörlerle ilişkili bozuklukların gelişiminde psikolojik dayanıklılığın rolü olduğu düşünülebilir. Bu çalışmada da hasta gruplarının psikolojik dayanıklılık düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Kişilik yapısı, duyguların düzenlenmesi, stres karşısında olumlu başaçıkma stratejilerinin kullanılması ve sosyal desteğin olması gibi özelliklerin psikolojik dayanıklılık ile yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir (196). Düşük psikolojik dayanıklılık düzeyleri travmatik yaşantılar sonrası uyumu, stres ile başaçıkma mekanizmalarını bozup psikopatoloji gelişimine zemin hazırlıyor olabilir. Psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek olan bireyler, sosyal destek sistemlerini ve problem odaklı başaçıkma yöntemlerini aktif olarak kullandıkları için bu bireyler travmatik yaşantı ya da stresör karşısında daha az psikopatoloji geliştiriyor olabilirler. Yapılan çalışmalarda da düşük psikolojik dayanıklılık düzeyinin TSSB gelişimi açısından risk oluşturduğu bildirilmiştir (7, 199). Benzer şekilde yüksek psikolojik dayanıklılık düzeyinin TSSB gelişimi açısından koruyucu olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (8, 198, 200).

Bu çalışmada psikolojik dayanıklılık düzeylerinin TSSB grubunda daha düşük olması literatür ile benzerdir. UB stresör sonrası gelişen bir bozukluktur. Psikolojik dayanıklılığın yüksek olması diğer psikopatolojiler de olduğu gibi UB gelişimi için de koruyucu olabilir. Ancak UB ile psikolojik dayanıklılık ilişkisini doğrudan inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma UB hastalarında psikolojik dayanıklılık düzeylerinin değerlendirilmesi açısından önemlidir. Öte yandan psikolojik dayanıklılık düzeyinin düşüklüğü travma ve stresörle ilişkili bozuklukların sonucu da olabilir. Travma sonrası gelişen olumsuz bilişsel şemalar ve kaçınma davranışları dayanıklılık düzeyini olumsuz yönde etkiliyor olabilir. Travma öncesi dayanıklılık düzeyleri yüksek olsa dahi travma sonrası oluşan duygudurum değişiklikleri, sosyal çekilme, işlevsellikte azalma dayanıklılık düzeyini azaltıyor olabilir. Yapılan çalışmalarda bazı beyin bölgelerindeki yapısal değişikliklerin travma maruziyetinden bağımsız olarak dayanıklılık ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (96). Bu çalışmada hastalık öncesi değerlendirme yapılmadığı için dayanıklılık düzeyinin bu hastalıkların bir sebebi mi yoksa sonucu mu olduğunu değerlendirmek güçtür. Bu ilişkinin daha iyi anlaşılması için travma maruziyeti öncesi değerlendirmelerin yapıldığı çalışmalara ihtiyaç vardır.

TSSB grubunda psikolojik dayanıklılık düzeylerinin düşük olduğu bulgumuza paralel şekilde TSSB şiddeti ile dayanıklılığın pek çok alt puanı ve toplam puanı arasında negatif korelasyon olduğu bulunmuştur. Dayanıklılık puanları düştükçe TSSB belirtilerinin daha şiddetli olduğu söylenebilir. Aile uyumu ve desteği, kişisel yapısal özellikler ve dışsal destek sistemleri gibi faktörler dayanıklılık düzeyini etkilemektedir. Bu faktörlerin yetersiz olması dayanıklılık düzeyini düşürüyor bu da kişiyi travmanın etkisine duyarlı hale getiriyor olabilir. TSSB şiddeti arttıkça dayanıklılık düzeyi de düşüyor olabilir. Hastalık semptomlarının daha şiddetli olmasının dayanıklılık düzeylerini düşürüyor olması muhtemeldir. Dayanıklılık düzeyi ile TSSB şiddeti arasında negatif bir ilişki olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (7, 200, 268). Bizim bulgumuz da literatür ile uyumludur. TSSB şiddeti ile benzer şekilde TSSB grubunda depresyon şiddeti ile dayanıklılığın pek çok alt puanı ve toplam puanı arasında da negatif korelasyon tespit edilmiştir. Yüksek dayanıklılık düzeylerinin depresyondan koruyucu olduğu düşünülmektedir (190). Birçok çalışmada depresyon ve psikolojik dayanıklılık arasında ilişki olduğu, düşük dayanıklılık düzeylerinin depresyon açısından riskli olduğu gösterilmiştir (269-271). Bu bulgular bu çalışmanın bulgusu ile

benzer olmakla birlikte bu çalışmadaki farklılık depresyon ve dayanıklılık ilişkisine TSSB hastalarında bakılıyor olmasıdır. TSSB hastaları ile yapılan bir çalışmada depresyon şiddeti ile dayanıklılık arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur (272). Bulgumuz bu çalışma ile uyumludur. TSSB hastalarında dayanıklılık düzeylerinin düşük olması kişiyi travma etkilerine daha duyarlı hale getirip depresyon için risk oluşturuyor olabilir. Diğer yandan kişide TSSB olması dayanıklılık düzeyini düşürüyor bu da depresyon gelişimine zemin hazırlıyor olabilir. Bu kişilerde dayanıklılık düzeyleri travma maruziyeti öncesi de düşük olabilir. Dayanıklılık düzeyi düşük olan bireyde TSSB gelişimi sonrası depresyonun daha şiddetli seyretmesi olasıdır. TSSB hastalarında depresyon şiddeti ve dayanıklılık ilişkisini değerlendiren çalışmalar açısından literatür kısıtlıdır. Özellikle travma maruziyeti öncesi dayanıklılık düzeylerinin değerlendirileceği çalışmalar bu konunun aydınlatılmasında daha yararlı olacaktır.

Bu çalışmanın diğer bir bulgusu TSSB hastalarının YPDÖ'nün sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar alt puanlarının UB hastalarınınkinden düşük olmasıdır. Bu alt puanlar genel olarak aile ve arkadaşlardan gelen sosyal desteği, yakın ilişki kurabilme yetisini ve bireyin çevresine destek olabilme becerisini değerlendirmektedir. Sosyal destek azlığı TSSB gelişimi için risk faktörü olarak kabul edilmektedir (2). Yapılan çalışmalarda sosyal destek azlığının TSSB gelişimi için yordayıcı olduğu bildirilmiştir (110, 123). Sosyal destek travmanın etkisini azaltıyor, stresle başaçıkmaya olumlu katkı sağlıyor olabilir. Buradan yola çıkarak sosyal desteğin UB için de koruyucu olduğu düşünülebilir. Ancak UB altında yatan etiyolojik nedenlerin yeteri kadar tanımlanmadığı, klinik özellikleri itibariyle tam olarak açıklanmadığı bir ruhsal hastalıktır (273). Bu nedenle sosyal desteğin UB etiyolojisindeki yeri ve önemini belirlemek güç olabilir. Bu çalışmada TSSB ve UB grupları arasında sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar alt puanları arasında farklılık olması, sosyal desteğin UB gelişiminde TSSB gelişimindeki kadar yeri olmadığını düşündürebilir. Öte yandan TSSB'deki kaçınmalar nedeniyle hastalarda sosyal izolasyon olabilir. Bu durum da sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar alt puanlarını etkilemiş olabilir.

Bu çalışmanın önemli diğer bir bulgusu TSSB ve UB hastalarının SBTÖ'nün kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama alt puanları kontrollerinkinden düşük iken, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt puanlarının

kontrollerinkinden yüksek bulunmuş olmasıdır. Yani hasta gruplarında aktif (problem odaklı) başaçıkma tarzlarının puanları düşük, pasif (duygu odaklı) başaçıkma tarzlarının puanları yüksek bulunmuştur. Duygu odaklı başaçıkma stratejilerinin problem odaklı başaçıkma stratejilerine göre daha az etkili olduğu ve duygu odaklı başaçıkma stratejilerini kullananların stres karşısında daha çok psikolojik belirti gösterdiği bilinmektedir (228). Aktif başaçıkma stratejilerinin kullanılması kişiyi stres yaratan durumlar karşısında daha dirençli kılıyor olabilir. Travma veya stresör sonrasında korku cevabının ve strese yanıtın düzenlenmesinde başaçıkma mekanizmalarının önemli olduğu bilinmektedir. TSSB'de travmatik olayın kişide oluşturduğu etkiyi azaltmada stresle aktif başaçıkma tarzlarını kullanmanın olumlu etkisi olabilir. Yapılan çalışmalarda pasif başaçıkma tarzlarını kullanan bireylerin TSSB gelişimi açısından riskli olduğu bildirilmiştir (274, 275). Travma mağdurları ile yapılan çalışmalarda pasif başaçıkma tarzlarını kullananlarda TSSB semptomlarının daha şiddetli olduğu gösterilmiştir (15, 230, 231). Bu çalışmada da TSSB grubunun kontrol grubuna göre pasif başaçıkma tarzlarını daha çok kullandığı bulunmuştur. Bu bulgumuz literatür ile uyumludur. UB da stresör sonrası oluşan bir psikopatoloji olduğu için UB ile pasif başaçıkma stratejilerinin kullanılması arasında ilişki olabilir. Bu çalışmada UB grubunda da kontrol grubuna göre pasif başaçıkma tarzlarının daha çok kullanıldığı bulunmuştur. Ancak literatürde stresle başaçıkma stratejileri ile UB ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Öte yandan hasta gruplarında pasif başaçıkma tarzlarının daha çok kullanılması travma ve stresörle ilişkili bozuklukların sonucu da olabilir. Kişide travma ve/veya stresör öncesi aktif başaçıkma tarzları kullanılsa dahi travma sonrası oluşan duygudurum değişiklikleri, olumsuz bilişsel şemaların aktive olması, işlevselliğin azalması gibi durumlar stresle başaçıkma stratejilerini etkiliyor olabilir. Bu çalışmada, başaçıkma stratejileri travma ve/veya stresör maruziyeti sonrası değerlendirilmiştir. Bu nedenle stresle pasif başaçıkma stratejilerinin kullanılmasının hastalığın bir sebebi mi yoksa sonucu mu olduğunu değerlendirmek güçtür. Bu ilişkinin daha iyi anlaşılması için hastalık öncesi değerlendirmelerin yapıldığı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada ayrıca TSSB grubunda SBTÖ'nün stresle aktif başaçıkma tarzları ile dayanıklılığın pek çok alt puanı ve toplam puanı arasında pozitif, pasif başaçıkma tarzları ile dayanıklılığın pek çok alt puanı ve toplam puanı arasında negatif korelasyon

bulunmuştur. Dayanıklılık düzeyi yüksek olanların stres karşısında aktif başaçıkma tarzlarını, dayanıklılık düzeyi düşük olanların ise pasif başaçıkma tarzlarını daha çok kullandığı söylenebilir. Dolayısıyla dayanıklılığın başaçıkma tarzları ile yakından ilişkili olduğu düşünülebilir. Dayanıklılık düzeyi yüksek olan bireylerin olumsuz durumlar karşısında etkili davranışsal ve duygusal tepkiler vermeleri stresin etkilerini en aza indiriyor olabilir. Önceki çalışmalarda da aktif başaçıkma stratejilerinin yüksek dayanıklılık düzeyleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (196, 276, 277). Bu bulgular çalışmamızın bulgusu ile benzer olmakla birlikte farklılık, bu çalışmada stresle başaçıkma tarzları ve dayanıklılık ilişkisine TSSB hastalarında bakılıyor olmasıdır. TSSB hastaları ile yapılan bir çalışmada dayanılıklık ile aktif başaçıkma stratejileri arasında pozitif ilişki gösterilmiştir (17). Bulgumuz bu çalışmanın bulgusu ile benzerdir. TSSB hastalarında stresle başaçıkma tarzları ve dayanıklılık arasında bir ilişki olması olasıdır ancak bu konuda literatür kısıtlıdır. Benzer şekilde kontrol grubunda da dayanıklılık puanları ile aktif başaçıkma tarzları arasında pozitif, pasif başaçıkma tarzları arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Bu bulgu psikopatolojilerden bağımsız olarak dayanıklılık düzeyleri ile başaçıkma tarzları arasında bir ilişki olduğunu düşündürmektedir. Sağlıklı gruplarda yapılan az sayıdaki çalışmada dayanıklılık düzeyleri ile başaçıkma stratejileri arasında bu çalışmanın bulgusuna benzer sonuçlar bulunmuştur (278). Benzer şekilde UB grubunda SBTÖ'nün stresle aktif başaçıkma tarzları ile dayanıklılığın pek çok alt puanı ve toplam puanı arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. UB olan hastalarda da dayanıklılık düzeyi yüksek olanların stres karşısında aktif başaçıkma mekanizmalarını daha çok kullandıkları söylenebilir. Bu bulgumuz TSSB grubundaki bulgumuza benzerdir. Dayanıklılık düzeyi yüksek olan bireyler stres karşısında daha etkili başaçıkma mekanizmalarını kullanıyor olabilirler. Ayrıca dayanıklılık düzeyi yüksek bireylerin içsel ve dışsal destek sistemlerini daha çok kullanmaları stresin etkilerini azaltıyor olabilir. UB hastalarında da dayanıklılık ve stresle başaçıkma arasında benzer bir ilişki olması olasıdır. Ancak literatür incelendiğinde UB'da bu ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır

Bu çalışmanın bir diğer bulgusu TSSB hastalarında SBTÖ'nün sosyal destek arama alt puanının UB hastalarınınkinden düşük olmasıdır. Aslında bu bulgu YPDÖ'nün sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar alt puanlarının UB hastalarınınkinden düşük olması ile benzer bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Nitekim TSSB hastalarında SBTÖ'nün

sosyal destek arama alt puanı ile YPDÖ'nün sosyal yeterlilik alt puanları arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir. Sosyal destek stresle baş etmede önemli bir faktördür. Bu çalışmada TSSB hastalarının UB hastalarına göre sosyal desteğe daha az başvurdukları bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda TSSB'de yeterli sosyal desteğin travmaya uyum sağlamayı kolaylaştırdığı, travma sonrası tepkileri azalttığı, TSSB gelişmesini engellediği ve hastayı ikincil travmalardan koruduğu bildirilmiştir (279-281). Sosyal destek travmanın etkilerini azaltıyor olabilir. Sosyal destek aynı zamanda psikolojik dayanıklılık ile de ilişkili bir kavramdır. Bu nedenle sosyal desteğin olması psikolojik dayanıklılığı artırıyor olabilir. UB'da da sosyal desteğin olması stresöre karşı koruyucu rol oynayabilir. Bu çalışmada TSSB hastalarında sosyal destek arama alt puanının UB grubundan düşük olması, sosyal desteğin UB'da TSSB'de olduğu kadar yeri olmadığını düşündürmekle birlikte bu konuda yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bu çalışmanın diğer önemli bulgusu TSSB hastalarının ÇÇTÖ'nün tüm alt puanları ve toplam puanının kontrollerinkinden yüksek olmasıdır. Yaşamın erken döneminde travmaya maruz kalmak kişiyi ilerleyen dönemlerde psikopatolojilere daha yatkın hale getirebilmektedir (236). Çocukluk çağında travmatik yaşam öyküsü TSSB gelişimi için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (20). Yapılan pek çok çalışmada çocukluk çağı travmaları ile TSSB gelişimi arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (18, 253-255, 282). Bu çalışmanın bulgusu önceki çalışmalar ile uyumludur. Çocukluk çağında travmatik olaylara maruz kalmak olumsuz bilişsel süreçlere yol açıyor, başaçıkma mekanizmalarını bozuyor olabilir. Benzer şekilde olumsuz şemalar geliştirmesine ve dünyanın güvensiz algılanmasına sebep oluyor olabilir. Tüm bunlar kişiyi gelecekte olabilecek bir travmanın etkisine duyarlı hale getirebilir. Bunların dışında çocukluk çağında yaşanan travmatik olayların nörobiyolojik yönden de etkisi olabilir. Yaşamın erken dönemlerinde travma maruziyeti strese cevap aksını, nörogenezi bozuyor ve/veya nörotoksisiteye neden oluyor olabilir (283). Bu da kişiyi gelecekteki travma maruziyeti sonrası TSSB gelişimine yatkın hale getiriyor olabilir. UB hastalarında ise ÇÇTÖ'nün cinsel istismar alt puanı dışındaki alt puanları ve toplam puanının kontrollerinkinden yüksek bulunmuştur. Çocukluk çağı travmalarının BB (284, 285), depresyon (286), panik bozukluk (287), yeme bozuklukları (288), psikotik bozukluklar (289) gibi pek çok psikopatoloji ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Literatür incelendiğinde çocukluk çağı travmalarının UB ile ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak

bulgumuzdan hareketle çocukluk çağı travmalarının UB gelişimi için de risk oluşturduğu söylenebilir. TSSB'ye benzer şekilde, çocukluk çağı travmatik yaşantıları gelecekte stresöre cevabı bozuyor olabilir. Bu çalışmada UB ile kontroller arasında ÇÇTÖ'nün cinsel istismar alt puanı açısından farklılık bulunmamıştır. Bu ölçeğin kısıtlılığı ile alakalı olabilir. ÇÇTÖ özbildirim tarzı bir ölçektir. Toplumumuzda bu konu gizlenme eğilimi olan bir konu olarak görülmekte olduğu için ölçek sonucu cinsel istismar alt puanı açısından gerçeği yansıtmamış da olabilir. Ayrıca TSSB grubunda ÇÇTÖ'nün cinsel istismar alt puanının kontrollerden yüksek olup UB grubunda cinsel istismar alt puanı açısından kontrollerle fark olmaması, çocukluk çağı cinsel istismarının TSSB için risk oluşturduğunu düşündürmektedir. Yapılan çalışmalarda da TSSB ile çocukluk çağı cinsel istismarı arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (18, 255, 257).

Ayrıca bu çalışmada, TSSB grubunda ÇÇTÖ ve YPDÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Sağlıklı kontrollerde yapılan bir çalışmada çocukluk çağı travmaları ile dayanıklılık arasında negatif bir ilişki olduğu bildirilmiştir (290). TSSB hastalarında da ÇÇTÖ ve YPDÖ arasında negatif bir ilişki olması beklenir. Ancak bizim çalışmamızda gösterilememiştir. Öte yandan UB grubunda ÇÇTÖ'nün cinsel istismar dışındaki alt puanları ile YPDÖ'nün pek çok alt puanı ve toplam puanı arasında negatif korelasyon olduğu bulunmuştur. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları arttıkça dayanıklılık düzeyinin düştüğü söylenebilir. Erken yaşam döneminde travmaya maruz kalmak hem psikolojik hem biyolojik yönden strese cevabı bozuyor olabilir. Yakın desteğe ihtiyacı olduğu yaşamın erken yıllarında travmaya maruz kalmak olumsuz bilişlere yol açıyor, emosyonel regülasyonu bozuyor, başaçıkma mekanizmalarını etkiliyor olabilir. Ayrıca çocukluk dönemi nörogelişim için kritik bir dönemdir. Bu dönemde travma maruziyeti beyin gelişimini olumsuz yönde etkileyip strese cevabı bozuyor olabilir. Çocukluk çağı travmalarının birçok psikopatoloji için risk faktörü sayılması (20, 284, 286, 289), dayanıklılık düzeyi düşük olanlarda psikopatolojilerin daha sık görülmesi (189), UB'da çocukluk çağı travmaları ile dayanıklılık arasında negatif bir ilişki olduğu bulgumuzu desteklemektedir. Ancak literatür incelendiğinde UB'da çocukluk çağı travmaları ve dayanıklılık ilişkisinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada UB grubunda ÇÇTÖ ve YPDÖ puanları arasında negatif korelasyon olup TSSB grubunda korelasyon olmaması örneklem sayısı ile ilgili olabilir. Bu çalışmada TSSB hasta sayısı

görece azdır. Kontrollerde de TSSB grubuna benzer şekilde ÇÇTÖ puanları ile dayanıklılık puanları arasında korelasyon tespit edilmemiştir. ÇÇTÖ özbildirim tarzında, retrospektif bir ölçektir. Bu nedenle verilen bilgilerin unutulma, gizlenme ihtimali de söz konusu olabilir. Literatür incelendiğinde bu çalışmaya benzer şekilde TSSB hastalarında çocukluk çağı istismarı ve dayanıklılık arasında ilişki bulunmadığını bildiren bir çalışma da mevcuttur (291).

Çalışmanın kısıtlılıkları

Bu çalışmaya 83 hasta dâhil edilmiştir. Örneklem sayısının azlığı çalışmanın kısıtlılıklarından biridir. Travmatik yaşantılar ve çocukluk çağı travmaları hakkında alınan bilgiler özbildirim tarzında ve retrospektif ölçekler kullanılarak edinilmiştir. Hafıza hataları, gizleme eğilimi gibi durumların bu verileri etkileme ihtimali bu çalışmanın kısıtlılığı olabilir. Ayrıca çalışmaya dâhil edilen hastaların bir kısmı tedavi almaktadır. Tedavi alanların oranının TSSB grubunda UB grubuna göre daha yüksek olması, özellikle hasta gruplarının karşılaştırılması sonucu elde edilen bulguları etkilemiş olabilir. Bu çalışmanın bir diğer kısıtlılığı değerlendirmelerin travma ve/veya stresör maruziyeti sonrası yapılmasıdır. Özellikle psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve stresle başaçıkma tarzlarının travma ve stresörlerle ilişkili bozukluklarda etkisinin aydınlatılması için travma ve/veya stresör maruziyeti öncesi değerlendirmelere de ihtiyaç vardır. Bu değerlendirmelerin yapılacağı uzunlamasına çalışmalar zahmetli olmakla birlikte bu konunun aydınlatılmasında daha değerli olacaktır.

6. SONUÇ

Bu çalışmada travma ve stresörle ilişkili bozukluğu olan hastalarda psikolojik dayanıklılık düzeyleri, stresle başaçıkma tarzları, çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve bunların birbirleriyle olan ilişkileri araştırılmıştır. Sonuç olarak, travma ve stresörle ilişkili bozukluklarda psikolojik dayanıklılık düzeyinin düşük olduğu, stresle aktif başaçıkma tarzlarının daha az, pasif başaçıkma tarzlarının daha çok kullanıldığı, çocukluk çağı travmalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu bulgular; psikolojik dayanıklılık düzeylerinin, stresle başaçıkma tarzlarının ve çocukluk çağı travmalarının TSSB ve UB ile ilişkili olabileceğini, travma ve/veya stresör sonrası hastalık gelişimini ve şiddetini etkileyebileceğini, bu hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde göz önünde bulundurulması gereken, prognozu etkileyebilecek faktörler olabileceğini düşündürmüştür.

Bu çalışmada, hasta gruplarında psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha düşük bulunması travma ve stresör ile ilişkili bozuklukların etiyolojisinde dayanıklılık düzeylerinin önemli faktörlerden biri olabileceğini düşündürmüştür. Psikolojik dayanıklılığın geliştirilebilir bir kavram olduğu göz önünde bulundurulursa buna yönelik müdahaleler bu hastalıkların önlenmesine ve tedavi sürecinin kolaylaşmasına katkı sağlayabilir.

Hasta gruplarının stresle pasif başaçıkma tarzlarını daha çok kullanıyor olması bu hastalıkların gelişiminde başaçıkma tarzlarının da etkili olabileceğini düşündürmüştür. Stresle başaçıkma tarzları travma ve/veya stresöre cevabı etkileyebilir. Ayrıca tedavi

sürecine de etki edip iyileşmeyi zorlaştırabilir. Olumlu başaçıkma stratejilerinin geliştirilmesine yönelik yapılacak psikososyal müdahaleler bu hastalıkların önlenmesine ve seyrine olumlu katkı sağlayabilir.

Travma ve stresörle ilişkili bozukluğu olanlarda çocukluk dönemlerindeki istismar ve ihmali de içeren travmatik yaşantılar sorgulanmalıdır. Hasta gruplarında çocukluk çağı travmalarının daha yüksek bulunması bu hastalıklar için bir risk faktörü olduğunu düşündürebilir. Ayrıca çocukluk çağı travma öyküsünün olması tedaviye yanıtı da zorlaştırabileceğinden önemlidir.

7. KAYNAKLAR

1. Karamustafalıoğlu O. Temel ve klinik psikiyatri (1. baskı). Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara 2018.
2. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları (13.baskı). Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara 2015.
3. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı, beşinci baskı (DSM-5), tanı ölçütleri başvuru elkitabı. Köroğlu E. (çeviri ed.). Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2014.
4. Garmezy N. Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. Am Behav Sci 1991;34(4):416-30.
5. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. J Nurs Meas 1993;1(2):165-78.
6. Hoge EA, Austin ED, Pollack MH. Resilience: Research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. Depress Anxiety 2007;24(2):139-52.
7. Sakarya D, Güneş C. Van depremi sonrasında travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin psikolojik dayanıklılık ile ilişkisi. Kriz Dergisi 2013;21(1):25-32.
8. Turner SW, Bowie C, Dunn G, Shapo L, Yule W. Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. Br J Psychiatry 2003;182(5):444-8.
9. Yehuda R. Advances in understanding neuroendocrine alterations in PTSD and their therapeutic implications. Ann N Y Acad Sci 2006;1071(1):137-66.
10. Vythilingam M, Luckenbaugh DA, Lam T, et al. Smaller head of the hippocampus in Gulf War-related posttraumatic stress disorder. Psychiatry Res 2005;139(2):89-99.
11. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. J Pers Soc Psychol 1984;46(4):839-52.
12. Erol N, Öner Ö. Travmaya psikolojik tepkiler ve bunlara yaklaşım. Türk Psikoloji Bülteni 1999;5(4).
13. Penland EA, Masten WG, Zelhart P, Fournet GP, Callahan TA. Possible selves, depression and coping skills in university students. Personality and Individual Differences 2000;29(5):963-9.

14. Baysak E. Acil ve yoğun bakım çalışanlarında travma sonrası stres bozukluğu, stresle başa çıkma tarzları, tükenmişlik ve ilişkili etkenler [tıpta uzmanlık tezi]. Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2010.
15. Beaton R, Murphy S, Johnson C, Pike K, Corneil W. Coping responses and posttraumatic stress symptomatology in urban fire service personnel. J Trauma Stress 1999;12(2):293-308.
16. Avcı D, Doğan S. Kanser hastalarında travma sonrası stres bozukluğu, sosyal destek ve stresle başa çıkma arasındaki ilişki. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;3(1):16-21.
17. Thompson NJ, Fiorillo D, Rothbaum BO, Ressler KJ, Michopoulos V. Coping strategies as mediators in relation to resilience and posttraumatic stress disorder. J Affect Disord 2018;225:153-9.
18. Barlow MR, Goldsmith Turow R, Gerhart J. Trauma appraisals, emotion regulation difficulties, and self-compassion predict posttraumatic stress symptoms following childhood abuse. Child Abuse Neg 2017;65:37-47.
19. Haferkamp L, Bebermeier A, Möllering A, Neuner F. Dissociation is associated with emotional maltreatment in a sample of traumatized women with a history of child abuse. J Trauma Dissociation 2015;16(1):86-99.
20. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Kaplan&Sadock psikiyatri davranış bilimleri/klinik psikiyatri (11. baskı). Bozkurt A. (çeviri ed.). Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara 2016.
21. Türkçe sözlük. Türk Dil Kurumu Yayınları, Ankara 2011.
22. Kocatürk U. Açıklamalı tıp terimleri sözlüğü (10. baskı). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2005.
23. Jones E, Wessely S. A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. J Anxiety Disord 2007;21(2):164-75.
24. Aker T, Önder M. Psikolojik travma ve sonuçları. 5US Yayınları, İstanbul 2003.
25. Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L. Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society (1nd edition) Guilford Press, New York 1996.
26. Gölge ZB. Cinsel travma sonrası oluşan ruhsal sorunlar. Nöropsikiyatri Arşivi 2005;42(1-4):19-28.

27. Köroğlu E. Psikiyatri sözlüğü (2. Baskı). Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2015.
28. Rees L. The role of stress in the ætiology of psychosomatic disorders [abridged]. Proc R Soc Med 1959;52(4):274-78.
29. Balcıoğlu İ. Medikal açıdan stres ve çareleri. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Yayınları, İstanbul 2005.
30. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı, dördüncü baskı yeniden gözden geçirilmiş tam metin (DSM-IV-TR). Köroğlu E. (çeviri ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2007.
31. Crocq M-A, Crocq L. From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: A history of psychotraumatology. Dialogues Clin Neurosci 2000;2(1):47-55.
32. Ramsay R. Invited review: Post-traumatic stress disorder; a new clinical entity? J Psychosom Res 1990;34(4):355-65.
33. Gersons BP, Carlier IV. Post-traumatic stress disorder: The history of a recent concept. Br J Psychiatry 1992;161:742-8.
34. Bolu A, Erdem M, Öznur T. Travma sonrası stres bozukluğu. Anatol J Clin Investig 2014;8(2):98-104.
35. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, first edition (DSM-I). Washington, DC 1952.
36. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, second edition (DSM-II). Washington, DC 1968.
37. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition (DSM-III). Washington, DC 1980.
38. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition revised (DSM-III-R). Washington, DC 1987.
39. Şar V. An overview of the proposed DSM-5 diagnostic criteria. J Clin Psy 2010;13(4):196-208.
40. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1995;52(12):1048-60.
41. Green BL. Psychosocial research in traumatic stress: An update. J Trauma Stress 1994;7(3):341-62.

42. Binbay T, Direk N, Aker T, et al. Türkiye'de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. Turk Psikiyatri Derg 2014;25(4):264-81.
43. Basoglu M, Kilic C, Salcioglu E, Livanou M. Prevalence of posttraumatic stress disorder and comorbid depression in earthquake survivors in Turkey: An epidemiological study. J Trauma Stress 2004;17(2):133-41.
44. Bozkurt A, Karlıdere T, Erdem M, et al. Çubuk Hortumu sonrası yetişkinlerde ortaya çıkan travmatik belirtilerin değerlendirilmesi. Anadolu Psikiyatri Derg 2011;12(4):266-73.
45. Yasan A, Saka G, Ertem M, Ozkan M, Ataman M. Prevalence of PTSD and related factors in communities living in conflictual area: Diyarbakir case. Torture 2008;18(1):29-37.
46. Breslau N. Gender differences in trauma and posttraumatic stress disorder. J Gend Specif Med 2002;5(1):34-40.
47. Carmassi C, Dell'Osso L, Manni C, et al. Frequency of trauma exposure and post-traumatic stress disorder in Italy: Analysis from the World Mental Health Survey Initiative. J Psychiatr Res 2014;59:77-84.
48. Kawakami N, Tsuchiya M, Umeda M, Koenen KC, Kessler RC. Trauma and posttraumatic stress disorder in Japan: Results from the World Mental Health Japan Survey. J Psychiatr Res 2014;53:157-65.
49. Dai W, Chen L, Lai Z, Li Y, Wang J, Liu A. The incidence of post-traumatic stress disorder among survivors after earthquakes: A systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry 2016;7(16):188.
50. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. Epidemiol Rev 2005;27:78-91.
51. Johansen VA, Wahl AK, Eilertsen DE, Weisaeth L. Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder (PTSD) in physically injured victims of non-domestic violence. A longitudinal study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007;42(7):583-93.
52. Norris FH. Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. J Consult Clin Psychol 1992;60(3):409-18.

53. Sadock B, Sadock V. Kaplan&Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (8. baskı). Aydın H, Bozkurt A. (çeviri ed.). Güneş Kitabevi, Ankara 2007.
54. Foa EB, Davidson JR, Frances A. The expert consensus guideline series: Treatment of posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry 1999;60(16):3-76.
55. Tunca H, Güney E. Travma sonrası stres bozukluğunun etiyolojisi. Turkiye Klinikleri J Child Psychiatry 2016;2(3):20-5.
56. McCann IL, Sakheim DK, Abrahamson DJ. Trauma and victimization: A model of psychological adaptation. J Couns Psychol 1988;16(4):531-94.
57. Özgen F, Aydın H. Travma sonrası stres bozukluğu. J Clin Psy 1999;2(1):34-41.
58. Basoglu M, Paker M, Ozmen E, Tasdemir O, Sahin D. Factors related to long-term traumatic stress responses in survivors of torture in Turkey. JAMA 1994;272(5):357-63.
59. Mowrer O. Learning theory and behavior (1nd edition). John Wiley & Sons, Hoboken 1960.
60. O'Donnell T, Hegadoren KM, Coupland N. Noradrenergic mechanisms in the pathophysiology of post-traumatic stress disorder. Neuropsychobiology 2004;50(4):273-83.
61. Van der Kolk B, Greenberg M, Boyd H, Krystal J. Inescapable shock, neurotransmitters, and addiction to trauma: Toward a psychobiology of post traumatic stress. Biol Psychiatry 1985;20(3):314-25.
62. Abercrombie ED, Jacobs BL. Single-unit response of noradrenergic neurons in the locus coeruleus of freely moving cats. I. Acutely presented stressful and nonstressful stimuli. J Neurosci 1987;7(9):2837-43.
63. Saporta JA. Van der Kolk BA. Psychobiological consequences of severe trauma. Cambridge University Press, New York 1992.
64. Southwick SM, Krystal JH, Bremner JD, et al. Noradrenergic and serotonergic function in posttraumatic stress disorder. Arch Gen Psychiatry 1997;54(8):749-58.
65. Sherin JE, Nemeroff CB. Post-traumatic stress disorder: The neurobiological impact of psychological trauma. Dialogues Clin Neurosci 2011;13(3):263-78.

66. Deutch AY, Clark WA, Roth RH. Prefrontal cortical dopamine depletion enhances the responsiveness of mesolimbic dopamine neurons to stress. Brain Res 1990;521(1-2):311-5.
67. Bremner JD, Southwick SM, Johnson DR, Yehuda R, Charney DS. Childhood physical abuse and combat-related posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. Am J Psychiatry 1993;150(2):235-9.
68. Giral P, Martin P, Soubrié P, Simon P. Reversal of helpless behavior in rats by putative 5-HT1A agonists. Biol Psychiatry 1988;23(3):237-42.
69. Krystal JH, Neumeister A. Noradrenergic and serotonergic mechanisms in the neurobiology of posttraumatic stress disorder and resilience. Brain Res 2009;1293:13-23.
70. Heim C, Nemeroff CB. Neurobiology of posttraumatic stress disorder. CNS Spectr 2009;14(1):13-24.
71. Christie MJ, Chesher GB. Physical dependence on physiologically released endogenous opiates. Life Sci 1982;30(14):1173-7.
72. Coid J, Allolio B, Rees L. Raised plasma metenkephalin in patients who habitually mutilate themselves. Lancet 1983;2(8349):545-6.
73. Hageman I, Andersen H, Jørgensen M. Post-traumatic stress disorder: A review of psychobiology and pharmacotherapy. Acta Psychiatr Scand 2001;104(6):411-22.
74. Garip B, Ozdemir B. Reduced glucose metabolism in left lateral parietal cortex of a posttraumatic stress disorder patient: A case report. Eur Psychiatry 2013;28(1):1.
75. Habib KE, Gold PW, Chrousos GP. Neuroendocrinology of stress. Endocrinol Metab Clin North Am 2001;30(3):695-728.
76. Sapolsky RM, Romero LM, Munck AU. How do glucocorticoids influence stress responses? Integrating permissive, suppressive, stimulatory, and preparative actions. Endocr Rev 2000;21(1):55-89.
77. Göğcegöz Gül I, Eryılmaz G. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Nörobiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. J Clin Psy 2015;18(2):71-9.

78. Dickerson SS, Kemeny ME. Acute stressors and cortisol responses: A theoretical integration and synthesis of laboratory research. Psychol Bull 2004;130(3):355-91.
79. Bierer LM, Tischler L, Labinsky E, Cahill S, Foa E, Yehuda R. Clinical correlates of 24- h cortisol and norepinephrine excretion among subjects seeking treatment following the world trade center attacks on 9/11. Ann N Y Acad Sci 2006;1071:514-20.
80. Wessa M, Rohleder N, Kirschbaum C, Flor H. Altered cortisol awakening response in posttraumatic stress disorder. Psychoneuroendocrinology 2006;31(2):209-15.
81. Wu G, Feder A, Cohen H, et al. Understanding resilience. Front Behav Neurosci 2013;7:10.
82. Southwick SM, Charney DS. The science of resilience: Implications for the prevention and treatment of depression. Science 2012;338(6103):79-82.
83. Jimenez-Rivera C, Segarra O, Santacana G, Hoffman T, Savage D, Weiss G. Chronic imipramine treatment induces downregulation of alpha-2 receptors in rat's locus coeruleus and A2 region of the tractus solitarius. Life Sci 1995;58(4):287-94.
84. Gillespie CF, Phifer J, Bradley B, Ressler KJ. Risk and resilience: Genetic and environmental influences on development of the stress response. Depress Anxiety 2009;26(11):984-92.
85. Heinz A, Smolka MN. The effects of catechol O-methyltransferase genotype on brain activation elicited by affective stimuli and cognitive tasks. Rev Neurosci 2006;17(3):359-67.
86. Kolassa IT, Kolassa S, Ertl V, Papassotiropoulos A, De Quervain D. The risk of posttraumatic stress disorder after trauma depends on traumatic load and the catechol-o-methyltransferase Val(158)Met polymorphism. Biol Psychiatry 2010;67(4):304-8.
87. Schulz-Heik RJ, Schaer M, Eliez S, et al. Catechol-O-methyltransferase Val158Met polymorphism moderates anterior cingulate volume in posttraumatic stress disorder. Biol Psychiatry 2011;70(11):1091-6.

88. Blasi G, Bianco LL, Taurisano P, et al. Functional variation of the dopamine D2 receptor gene is associated with emotional control as well as brain activity and connectivity during emotion processing in humans. J Neurosci 2009;29(47):14812-9.
89. Ptácek R, Kuzelová H, Stefano GB. Dopamine D4 receptor gene DRD4 and its association with psychiatric disorders. Med Sci Monit 2011;17(9):215-20.
90. Xie P, Kranzler HR, Poling J, et al. Interactive effect of stressful life events and the serotonin transporter 5-HTTLPR genotype on posttraumatic stress disorder diagnosis in 2 independent populations. Arch Gen Psychiatry 2009;66(11):1201-9.
91. Broekman BF, Olff M, Boer F. The genetic background to PTSD. Neurosci Biobehav Rev 2007;31(3):348-62.
92. Kuipers S, Trentani A, Den Boer J, Ter Horst G. Molecular correlates of impaired prefrontal plasticity in response to chronic stress. J Neurochem 2003;85(5):1312-23.
93. Fuchs E, Gould E. Mini-review: In vivo neurogenesis in the adult brain: Regulation and functional implications. Eur J Neurosci 2000;12(7):2211-4.
94. Morey RA, Haswell CC, Hooper SR, De Bellis MD. Amygdala, hippocampus, and ventral medial prefrontal cortex volumes differ in maltreated youth with and without chronic posttraumatic stress disorder. Neuropsychopharmacology 2016;41(3):791-801.
95. Woodward SH, Kaloupek DG, Streeter CC, et al. Hippocampal volume, PTSD, and alcoholism in combat veterans. Am J Psychiatry 2006;163(4):674-81.
96. Gilbertson MW, Shenton ME, Ciszewski A, et al. Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. Nat Neurosci 2002;5(11):1242-7.
97. Hendler T, Rotshtein P, Yeshurun Y, et al. Sensing the invisible: Differential sensitivity of visual cortex and amygdala to traumatic context. Neuroimage 2003;19(3):587-600.
98. Morey RA, Dolcos F, Petty CM, et al. The role of trauma-related distractors on neural systems for working memory and emotion processing in posttraumatic stress disorder. J Psychiatr Res 2009;43(8):809-17.

99. Williams LM, Kemp AH, Felmingham K, et al. Trauma modulates amygdala and medial prefrontal responses to consciously attended fear. Neuroimage 2006;29(2):347-57.
100. Rauch SL, Shin LM, Phelps EA. Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: Human neuroimaging research--past, present, and future. Biol Psychiatry 2006;60(4):376-82.
101. Eckart C, Stoppel C, Kaufmann J, et al. Structural alterations in lateral prefrontal, parietal and posterior midline regions of men with chronic posttraumatic stress disorder. J Psychiatry Neurosci 2011;36(3):176-86.
102. Chen S, Xia W, Li L, et al. Gray matter density reduction in the insula in fire survivors with posttraumatic stress disorder: A voxel-based morphometric study. Psychiatry Res 2006;146(1):65-72.
103. Zoladz PR, Diamond DM. Current status on behavioral and biological markers of PTSD: A search for clarity in a conflicting literature. Neurosci Biobehav Rev 2013;37(5):860-95.
104. Perkonigg A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and post- traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. Acta Psychiatr Scand 2000;101(1):46-59.
105. Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, Davis GC. Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: Results from the Detroit Area Survey of Trauma. Am J Psychiatry 1999;156(6):902-7.
106. Schnurr PP, Lunney CA, Sengupta A. Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. J Trauma Stress 2004;17(2):85-95.
107. McNally RJ, Shin LM. Association of intelligence with severity of posttraumatic stress disorder symptoms in Vietnam Combat veterans. Am J Psychiatry 1995;152(6):936-8.
108. Suliman S, Stein DJ, Seedat S. Clinical and neuropsychological predictors of posttraumatic stress disorder. Medicine (Baltimore) 2014;93(22):113.
109. Wolfe J, Erickson DJ, Sharkansky EJ, King DW, King LA. Course and predictors of posttraumatic stress disorder among Gulf War veterans: A prospective analysis. J Consult Clin Psychol 1999;67(4):520-8.

110. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. Psychol Bull 2003;129(1):52-73.
111. Ford DJ, Grasso DJ, Elhai JD, Courtois CA. Posttraumatic stress disorder: Scientific and professional dimensions (2nd edition). Academic Press, Oxford 2015.
112. DiGangi JA, Gomez D, Mendoza L, Jason LA, Keys CB, Koenen KC. Pretrauma risk factors for posttraumatic stress disorder: A systematic review of the literature. Clin Psychol Rev 2013;33(6):728-44.
113. Kessler RC, Rose S, Koenen KC, et al. How well can post-traumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO World Mental Health Surveys. World Psychiatry 2014;13(3):265-74.
114. McFarlane AC. The aetiology of post-traumatic morbidity: Predisposing, precipitating and perpetuating factors. Br J Psychiatry 1989;154:221-8.
115. Solomon Z, Mikulincer M, Avitzur E. Coping, locus of control, social support, and combat-related posttraumatic stress disorder: A prospective study. J Pers Soc Psychol 1988;55(2):279-85.
116. Lewin TJ, Carr VJ, Webster RA. Recovery from post-earthquake psychological morbidity: Who suffers and who recovers? Aust N Z J Psychiatry 1998;32(1):15-20.
117. Marsella AJ. Ethnocultural aspects of PTSD: An overview of concepts, issues, and treatments. Traumatology 2010;16(4):17-26.
118. Himle JA, Baser RE, Taylor RJ, Campbell RD, Jackson JS. Anxiety disorders among African Americans, blacks of Caribbean descent, and non-Hispanic whites in the United States. J Anxiety Disord 2009;23(5):578-90.
119. Roberts AL, Gilman SE, Breslau J, Breslau N, Koenen KC. Race/ethnic differences in exposure to traumatic events, development of post-traumatic stress disorder, and treatment-seeking for post-traumatic stress disorder in the United States. Psychol Med 2011;41(1):71-83.
120. Sungur MZ. İkincil travma ve sosyal destek. J Clin Psy 1999;2(2):105-8.
121. Lazarus RS. Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. Am Psychol 1991;46(8):819-34.

122. Carver C, Scheier M, Segerstrom S. Optimism. Clin Psychol Rev 2010;30(7):879-89.
123. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. J Consult Clin Psychol 2000;68(5):748-66.
124. Barrett TW, Mizes JS. Combat level and social support in the development of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. Behav Modif 1988;12(1):100-15.
125. Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, et al. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. Am J Psychiatry 2010;167(6):640-7.
126. Friedman MJ. Toward rational pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: An interim report. Am J Psychiatry 1988;145(3):281-5.
127. Breslau N, Davis GC, Peterson EL, Schultz L. Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. Arch Gen Psychiatry 1997;54(1):81-7.
128. Özdemir B, Çelik C. Travma sonrası stres bozukluğunun kliniği ve ayırıcı tanısı. Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2015;8(1):21-30.
129. Sungur M, Surmeli BA, Ozcubukcuoglu A. Common features of PTSD cases amongst a group of military staff referred from the southeast region of Turkey. J Cogn Psychother 1995;9(4):279-84.
130. Tükel R. Anksiyete Bozuklukları Tedavi Kılavuzu. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara 2004.
131. Sütçigil L. Uzun süreli alıştırma (prolonged exposure) terapisi. Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2015;8(2):71-6.
132. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. Am J Psychiatry 2005;162(2):214-27.
133. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. J Anxiety Disord 1999;13(1-2):35-67.
134. Lazrove S, Triffleman E, Kite L, McGlashan T, Rounsaville B. An open trial of EMDR as treatment for chronic PTSD. Am J Orthopsychiatry 1998;68(4):601-8.

135. Van der Kolk BA, Spinazzola J, Blaustein ME, et al. A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: Treatment effects and long-term maintenance. J Clin Psychiatry 2007;68(1):37-46.
136. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev 2007;18(3):CD003388.
137. Seidler GH, Wagner FE. Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study. Psychol Med 2006;36(11):1515-22.
138. Davidson J. Drug therapy of post-traumatic stress disorder. Br J Psychiatry 1992;160:309-14.
139. Tatar Baran Z. Travma sonrası stres bozukluğu tedavisinde farmakolojik yaklaşımlar. Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2015;8(1):38-43.
140. Brady K, Pearlstein T, Asnis GM, et al. Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. Jama 2000;283(14):1837-44.
141. Stein DJ, Davidson J, Seedat S, Beebe K. Paroxetine in the treatment of post-traumatic stress disorder: pooled analysis of placebo-controlled studies. Expert opinion on pharmacotherapy 2003;4(10):1829-38.
142. Davidson J, Kudler H, Smith R, et al. Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptyline and placebo. Arch Gen Psychiatry 1990;47(3):259-66.
143. Frank JB, Kosten TR, Giller EL, Dan E. A randomized clinical trial of phenelzine and imipramine for posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry 1988;145(10):1289-91.
144. Onder E, Tural U, Aker T. A comparative study of fluoxetine, moclobemide, and tianeptine in the treatment of posttraumatic stress disorder following an earthquake. Eur Psychiatry 2006;21(3):174-9.
145. Kitchner I, Greenstein R. Low dose lithium carbonate in the treatment of post traumatic stress disorder: Brief communication. Mil Med 1985;150(7):378-81.
146. Fesler FA. Valproate in combat-related posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry 1991;52(9):361-4.

147. Lipper S, Davidson JR, Grady TA, et al. Preliminary study of carbamazepine in post-traumatic stress disorder. Psychosomatics 1986;27(12):849-54.
148. Öznur T. Uyum bozukluğunun kliniği ve ayırıcı tanısı. Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2015;8(1):53-60.
149. Maercker A, Forstmeier S, Pielmaier L, Spangenberg L, Brähler E, Glaesmer H. Adjustment disorders: Prevalence in a representative nationwide survey in Germany. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2012;47(11):1745-52.
150. Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, et al. Depressive disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study. Br J Psychiatry 2001;179:308-16.
151. Andreasen NC, Wasek P. Adjustment disorders in adolescents and adults. Arch Gen Psychiatry 1980;37(10):1166-70.
152. Okamura H, Watanabe T, Narabayashi M, et al. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: Prevalence and risk factors. Breast Cancer Res Treat 2000;61(2):131-7.
153. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarli B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. Turk Psikiyatri Derg 2003;14(2):145-52.
154. Özel A. Bir Psikiyatri Kliniğinin Çalışmalarının Değerlendirilmesi ve Yeni Öneriler [Tıpta uzmanlık tezi]. Ankara: SSK Ankara Eğitim Hastanesi; 2002.
155. Soygür H, Özalp E, Cankurtaran ES, et al. Yeni kurulan bir psikiyatri kliniği yataklı servisinin ilk beş yüz günü: Bir değerlendirme çalışması. Anadolu Psikiyatri Derg 2005;6(3):170-6.
156. Casey P. Adult adjustment disorder: A review of its current diagnostic status. J Psychiatr Pract 2001;7(1):32-40.
157. Chorpita BF, Barlow DH. The development of anxiety: The role of control in the early environment. Psychol Bull 1998;124(1):3-21.
158. Giotakos O, Konstantakopoulos G. Parenting received in childhood and early separation anxiety in male conscripts with adjustment disorder. Mil Med 2002;167(1):28-33.
159. Kendler KS, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L. A twin study of recent life events and difficulties. Arch Gen Psychiatry 1993;50(10):789-96.

160. Dedić G, Krstić J. Adaptation problems of soldiers to the military environment. Vojnosanit Pregl 1996;53(1):19-24.
161. Tripodianakis J, Markianos M, Sarantidis D, Leotsakou C. Neurochemical variables in subjects with adjustment disorder after suicide attempts. Eur Psychiatry 2000;15(3):190-5.
162. Casey P, Jabbar F. Adjustment disorder considered. Adv Psychiatr Treat 2013;19(2):99-107.
163. Çelik C, Özdemir B. Uyum Bozukluğunun Tedavisi. Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2015;8(1):61-7.
164. Klerman GL, Weissman MM . New applications of interpersonal psychotherapy (1nd edition). American Psychiatric Press, Washington DC 1993.
165. Casey P. Adjustment disorder: New developments. Curr Psychiatry Rep 2014;16(6):451.
166. Luthar SS. Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. Child Dev 1991;62(3):600-16.
167. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child Dev 2000;71(3):543-62.
168. Masten AS. Ordinary magic. Resilience processes in development. Am Psychol 2001;56(3):227-38.
169. Werner EE. Resilience in development. Curr Dir Psychol Sci 1995;4(3):81-5.
170. Hunter AJ. A cross-cultural comparison of resilience in adolescents. J Pediatr Nurs 2001;16(3):172-9.
171. Sameroff A. Early resilience and its developmental consequences. Encyclopedia on Early Childhood Development. Retrieved April 15, 2009. Available from: URL: http://www.child-encyclopedia.com/sites/default/files/textes-experts/en/834/early-resilience-and-its-developmental-consequences.pdf
172. Jacelon CS. The trait and process of resilience. J Adv Nurs 1997;25(1):123-9.
173. Beardslee WR, Podorefsky D. Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: Importance of self-understanding and relationships. Am J Psychiatry 1988;145(1):63-9.
174. Basım HN, Çetin F. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Turk Psikiyatri Derg 2011;22(2):104-14.

175. Haase JE. The adolescent resilience model as a guide to interventions. J Pediatr Oncol Nurs 2004;21(5):289-99.
176. Fonagy P, Steele M, Steele H, Higgitt A, Target M. The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992. The theory and practice of resilience. J Child Psychol Psychiatry 1994;35(2):231-57.
177. Hawley DR, DeHaan L. Toward a definition of family resilience: Integrating life- span and family perspectives. Fam Process 1996;35(3):283-98.
178. Olsson CA, Bond L, Burns JM, Vella-Brodrick DA, Sawyer SM. Adolescent resilience: A concept analysis. J Adolesc 2003;26(1):1-11.
179. Brooks RB. Children at risk: Fostering resilience and hope. Am J Orthopsychiatry 1994;64(4):545-53.
180. Garmezy N. Children in poverty: Resilience despite risk. Psychiatry 1993;56(1):127-36.
181. Werner EE. The children of Kauai: Resiliency and recovery in adolescence and adulthood. J Adolesc Health 1992;13(4):262-8.
182. Gizir C. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2007;3(28):113-28.
183. Masten AS. Ordinary magic. Resilience processes in development. Am Psychol 2001;56(3):227-38.
184. Crowley BJ. The relationship between hardiness and responses to life events in adulthood [Master of science]. Texas: University of North Texas; 1997.
185. Kobasa SC, Puccetti MC. Personality and social resources in stress resistance. J Pers Soc Psychol 1983;45(4):839-50.
186. Bolsinger J, Seifritz E, Kleim B, Manoliu A. Neuroimaging correlates of resilience to traumatic events–a comprehensive review. Front Psychiatry 2018;9:693.
187. Bremner JD, Randall P, Scott TM, et al. MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry 1995;152(7):973-81.
188. Peres JF, Foerster B, Santana LG, et al. Police officers under attack: Resilience implications of an fMRI study. J Psychiatr Res 2011;45(6):727-34.

189. Franklin TB, Saab BJ, Mansuy IM. Neural mechanisms of stress resilience and vulnerability. Neuron 2012;75(5):747-61.
190. Edward K-l. Resilience: A protector from depression. J Am Psychiatr Nurses Assoc 2005;11(4):241-3.
191. Kempton MJ, Haldane M, Jogia J, Grasby PM, Collier D, Frangou S. Dissociable brain structural changes associated with predisposition, resilience, and disease expression in bipolar disorder. J Neurosci 2009;29(35):10863-8.
192. Uygun E, Köseoğlu A, Küçükgöncü S, Erkoç Ş. Ötimik dönemdeki bipolar I bozukluk hastalarında psikolojik dayanıklılık ve ilişkili faktörler. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2018;7(3):120-6.
193. Johnson J, Gooding PA, Wood AM, Tarrier N. Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). Behav Res Ther 2010;48(3):179-86.
194. Alpat B. Konversiyon bozukluğunda psikolojik dayanıklılığın ve başa çıkma tarzlarının etkisi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Işık Üniversitesi; 2017.
195. Bonanno GA, Mancini AD. Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. Psychol Trauma 2012;4(1):74-83.
196. Feder A, Nestler EJ, Charney DS. Psychobiology and molecular genetics of resilience. Nat Rev Neurosci 2009;10(6):446-57.
197. White J, Pearce J, Morrison S, Dunstan F, Bisson JI, Fone DL. Risk of post-traumatic stress disorder following traumatic events in a community sample. Epidemiol Psychiatr Sci 2015;24(3):249-57.
198. Johnsen BH, Eid J, Laberg JC, Thayer JF. The effect of sensitization and coping style on post-traumatic stress symptoms and quality of life: Two longitudinal studies. Scand J Psychol 2002;43(2):181-8.
199. Valentiner DP, Foa EB, Riggs DS, Gershuny BS. Coping strategies and posttraumatic stress disorder in female victims of sexual and nonsexual assault. J Abnorm Psychol 1996;105(3):455-8.
200. King LA, King DW, Fairbank JA, Keane TM, Adams GA. Resilience-recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam

veterans: Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. J Pers Soc Psychol 1998;74(2):420-34.

201. Russo SJ, Murrough JW, Han M-H, Charney DS, Nestler EJ. Neurobiology of resilience. Nat Neurosci 2012;15(11):1475-84.
202. Mason JW, Giller EL, Kosten TR, Ostroff RB, Podd L. Urinary free-cortisol levels in posttraumatic stress disorder patients. J Nerv Ment Dis 1986;174(3):145-9.
203. Yehuda R, Kahana B, Binder-Brynes K, Southwick SM, Mason JW, Giller EL. Low urinary cortisol excretion in Holocaust survivors with posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry 1995;152(7):982-6.
204. Roozendaal B. Systems mediating acute glucocorticoid effects on memory consolidation and retrieval. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2003;27(8):1213-23.
205. Schelling G, Briegel J, Roozendaal B, Stoll C, Rothenhäusler HB, Kapfhammer HP. The effect of stress doses of hydrocortisone during septic shock on posttraumatic stress disorder in survivors. Biol Psychiatry 2001;50(12):978-85.
206. Schelling G, Kilger E, Roozendaal B, et al. Stress doses of hydrocortisone, traumatic memories, and symptoms of posttraumatic stress disorder in patients after cardiac surgery: A randomized study. Biol Psychiatry 2004;55(6):627-33.
207. Kimonides V, Khatibi N, Svendsen C, Sofroniew M, Herbert J. Dehydroepiandrosterone (DHEA) and DHEA-sulfate (DHEAS) protect hippocampal neurons against excitatory amino acid-induced neurotoxicity. Proc Natl Acad Sci U S A 1998;95(4):1852-7.
208. Morgan CA, Southwick S, Hazlett G, et al. Relationships among plasma dehydroepiandrosterone sulfate and cortisol levels, symptoms of dissociation, and objective performance in humans exposed to acute stress. Arch Gen Psychiatry 2004;61(8):819-25.
209. Taylor MK. Dehydroepiandrosterone and dehydroepiandrosterone sulfate: Anabolic, neuroprotective, and neuroexcitatory properties in military men. Mil Med 2013;178(1):100-6.
210. Osório C, Probert T, Jones E, Young AH, Robbins I. Adapting to stress: Understanding the neurobiology of resilience. Behav Med 2017;43(4):307-22.

211. Morgan CA, Wang S, Southwick SM, et al. Plasma neuropeptide-Y concentrations in humans exposed to military survival training. Biol Psychiatry 2000;47(10):902-9.
212. Yehuda R, Flory JD, Southwick S, Charney DS. Developing an agenda for translational studies of resilience and vulnerability following trauma exposure. Ann N Y Acad Sci 2006;1071:379-96.
213. Rasmusson AM, Hauger RL, Morgan CA, Bremner JD, Charney DS, Southwick SM. Low baseline and yohimbine-stimulated plasma neuropeptide Y (NPY) levels in combat-related PTSD. Biol Psychiatry 2000;47(6):526-39.
214. Evans J, Sun Y, McGregor A, Connor B. Allopregnanolone regulates neurogenesis and depressive/anxiety-like behaviour in a social isolation rodent model of chronic stress. Neuropharmacology 2012;63(8):1315-26.
215. Droogleever Fortuyn H, Van Broekhoven F, Span PN, Bäckström T, Zitman FG, Verkes RJ. Effects of PhD examination stress on allopregnanolone and cortisol plasma levels and peripheral benzodiazepine receptor density. Psychoneuroendocrinology 2004;29(10):1341-4.
216. Higashi T, Takido N, Shimada K. Studies on neurosteroids XVII. Analysis of stress-induced changes in neurosteroid levels in rat brains using liquid chromatography-electron capture atmospheric pressure chemical ionization-mass spectrometry. Steroids 2005;70(1):1-11.
217. Başar K, Öz G. Cinsiyetinden hoşnutsuzluğu olan bireylerde psikolojik dayanıklılık: Algılanan sosyal destek ve ayrımcılık ile ilişkisi. Turk Psikiyatri Derg 2016;27(4):225-34.
218. Irmak Ç, Altıntaş M. Aile içi şiddet mağduru kadınlarda ruhsal dayanıklılık, bağlanma biçimleri, başa çıkma tutumları ve psikopatoloji. Anadolu Psikiyatri Derg 2017;18(6):561-70.
219. Kaba İ, Keklik İ. Öğrencilerin üniversiteye uyumlarında psikolojik dayanıklılık ve psikolojik belirtiler. Hacettepe Eğitim Araştırmaları Dergisi 2016;2(2):98-111.
220. Folkman S, Lazarus RS. Coping as a mediator of emotion. J Pers Soc Psychol 1988;54(3):466-75.

221. Endler NS, Parker JD. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. J Pers Soc Psychol 1990;58(5):844-54.
222. Lazarus RS. Patterns of adjustment and human effectiveness (2nd edition). McGraw-Hill, New York 1969.
223. Lazarus RS. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. Annu Rev Psychol 1993;44:1-22.
224. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping (1nd edition). Springer Publishing Company, New York 1984.
225. Smith EE, Nolen-Hoeksema S, Fredrickson B, Loftus GR. Atkinson&Hilgard Psikolojiye Giriş, Genişletilmiş ve Güncellenmiş 14. Edisyon (4. Baskı). Öncül Ö, Ferhatoğlu D. (çeviri ed.). Arkadaş Yayınevi, Ankara 2016.
226. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. J Health Soc Behav 1980;21(3):219-39.
227. Şahin NH, Durak A. Stresle başaçıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi 1995;10(34):56-73.
228. Billings AG, Moos RH. Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. J Pers Soc Psychol 1984;46(4):877-91.
229. Chang C-M, Lee L-C, Connor KM, Davidson JR, Jeffries K, Lai T-J. Posttraumatic distress and coping strategies among rescue workers after an earthquake. J Nerv Ment Dis 2003;191(6):391-8.
230. Webster RA, McDonald R, Lewin TJ, Carr VJ. Effects of a natural disaster on immigrants and host population. J Nerv Ment Dis 1995;183(6):390-7.
231. Ai AL, Tice TN, Peterson C, Huang B. Prayers, spiritual support, and positive attitudes in coping with the September 11 national crisis. J Pers 2005;73(3):763-91.
232. Chung M, Chung C, Easthope Y. Traumatic stress and death anxiety among community residents exposed to an aircraft crash. Death Stud 2000;24(8):689-704.
233. Suvak MK, Vogt DS, Savarese VW, King LA, King DW. Relationship of war-zone coping strategies to long-term general life adjustment among Vietnam veterans: Combat exposure as a moderator variable. Pers Soc Psychol Bull 2002;28(7):974-85.

234. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi 2004;35(2):82-6.
235. Helvacı Çelik G, Hocaoğlu Ç. Çocukluk çağı travmaları: Bir gözden geçirme. Sakarya Tıp Dergisi 2018;8(4):695-711.
236. Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. Am J Psychiatry 1991;148(1):55-61.
237. Yurdakök K, İnce OT. Duygusal istismar ve ihmal. Katkı Pediatri Dergisi 2010;32(5):537-46.
238. Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38(10):1214-22.
239. Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı (2. baskı). Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2007.
240. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2009;1(2):95-119.
241. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. Br J Psychiatry 2010;197(5):378-85.
242. Children's Bureau (Administration on Children, Youth and Families, Administration for Children and Families) of the U.S. Department of Health and Human Services. Child Maltreatment, 2016 (27th year of reporting). Available from: URL: https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/cm2016.pdf
243. Aksel Ş, Yılmaz Irmak T. Review of child abuse and neglect literature in Turkey. Xth ISPCAN European Regional Conference on Child Abuse and Neglect. 11-14 September 2005, Berlin, Germany.
244. Zoroğlu S, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Kora M, Alyanak B. Çocukluk döneminde ihmal ve istismarın olası sonuçlarının incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Derg 2001;2(2):69-78.

245. Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. Turkiye Klinikleri J Med Sci 2012;32(4):1054-63.
246. Bryer JB, Nelson BA, Miller JB, Krol PA. Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. Am J Psychiatry 1987;144(11):1426-30.
247. Eskin M, Kaynak Demir H, Demir S. Same-sex sexual orientation, childhood sexual abuse, and suicidal behavior in university students in Turkey. Arch Sex Behav 2005;34(2):185-95.
248. Örsel S, Karadağ H, Karaoğlan Kahiloğullari A, Akgün Aktaş E. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Derg 2011;12:130-6.
249. Nehir S, Irmak H, Demet MM, Toksöz K. Bipolar bozuklukta çocukluk çağı travmaları ve agresyon ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2018;19(2):163-8.
250. Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP, Haas GL, Malone KM, Mann JJ. The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. Am J Psychiatry 2001;158(11):1871-7.
251. Wiersma JE, Hovens JG, Van Oppen P, et al. The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. J Clin Psychiatry 2009;70(7):983-9.
252. DeRosse P, Nitzburg GC, Kompancaril B, Malhotra AK. The relation between childhood maltreatment and psychosis in patients with schizophrenia and non-psychiatric controls. Schizophr Res 2014;155(1-3):66-71.
253. Chang CM, Connor KM, Lai TJ, Lee LC, Davidson JR. Predictors of posttraumatic outcomes following the 1999 Taiwan earthquake. J Nerv Ment Dis 2005;193(1):40-6.
254. Fullerton CS, Ursano RJ, Wang L. Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. Am J Psychiatry 2004;161(8):1370-6.
255. Dorahy MJ, Middleton W, Seager L, Williams M, Chambers R. Child abuse and neglect in complex dissociative disorder, abuse-related chronic PTSD, and mixed psychiatric samples. J Trauma Dissociation 2016;17(2):223-36.

256. Franzke I, Wabnitz P, Catani C. Dissociation as a mediator of the relationship between childhood trauma and nonsuicidal self-injury in females: A path analytic approach. J Trauma Dissociation 2015;16(3):286-302.
257. Kratzer L, Heinz P, Pfitzer F, Padberg F, Jobst A, Schennach R. Mindfulness and pathological dissociation fully mediate the association of childhood abuse and PTSD symptomatology. J Trauma Dissociation 2018;2(1):5-10.
258. Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960;23:56-62.
259. Akdemir A, Örsel SD, Dağ İ, Türkçapar MH, İşcan N, Özbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDO)'nin geçerliliği-güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi 1996;4(4):251-9.
260. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol 1959;32(1):50-5.
261. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1998;9(2):114-20.
262. Kilpatrick DG, Resnick HS, Friedman MJ. National Stressful Events Survey PTSD Short Scale (NSESSS-PTSD), 2013. Available from: URL: https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/educational-resources/assessment-measures.
263. Evren C, Dalbudak E, Aydemir O, et al. Psychometric properties of the Turkish PTSD-Short Scale in a sample of undergraduate students. Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2016;26(3):294-301.
264. Nijenhuis ERS, Van der Hart O, Kruger K. The psychometric characteristics of the traumatic experiences checklist (TEC): First findings among psychiatric outpatients. Clin Psychol Psychother 2002;9:200-10.
265. Traumatic Experience Checklist (TEC). Turkish version: Vedat Şar, 2002. Available from: URL: https://kira-nijenhuis-vl8b.squarespace.com/tec
266. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? Int J Methods Psychiatr Res 2003;12(2):65-76.

267. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. Am J Psychiatry 1994;151(8):1132-6.
268. Lee JS, Ahn YS, Jeong KS, Chae JH, Choi KS. Resilience buffers the impact of traumatic events on the development of PTSD symptoms in firefighters. J Affect Disord 2014;162:128-33.
269. Aydın E. Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının psikolojik sağlamlık ve depresyon belirtileri üzerine etkisi [yüksek lisans tezi]. İstanbul: Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi; 2018.
270. Dumont M, Provost MA. Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. J Youth Adolesc 1999;28(3):343-63.
271. Southwick SM, Vythilingam M, Charney DS. The psychobiology of depression and resilience to stress: Implications for prevention and treatment. Annu Rev Clin Psychol 2005;1:255-91.
272. Wingo AP, Briscione M, Norrholm SD, et al. Psychological resilience is associated with more intact social functioning in veterans with post-traumatic stress disorder and depression. Psychiatry Res 2017;249:206-11.
273. Fabrega HJ, Mezzich JE, Mezzich AC. Adjustment disorder as a marginal or transitional illness category in DSM-III. Arch Gen Psychiatry 1987;44(6):567-72.
274. Gil S. Coping style in predicting posttraumatic stress disorder among Israeli students. Anxiety Stress Coping 2005;18(4):351-9.
275. Hooberman J, Rosenfeld B, Rasmussen A, Keller A. Resilience in trauma-exposed refugees: The moderating effect of coping style on resilience variables. Am J Orthopsychiatry 2010;80(4):557-63.
276. Campbell Sills L, Cohan SL, Stein MB. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. Behav Res Ther 2006;44(4):585-99.
277. Major B, Richards C, Cooper ML, Cozzarelli C, Zubek J. Personal resilience, cognitive appraisals, and coping: An integrative model of adjustment to abortion. J Pers Soc Psychol 1998;74(3):735-52.

278. Malkoç A, Yalçın İ. Relationships among resilience, social support, coping, and psychological well-being among university studentss. Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal 2015;5(43):35-43.
279. Guay S, Billette V, Marchand A. Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: Processes and potential research avenues. J Trauma Stress 2006;19(3):327-38.
280. Kazak AE, Barakat LP, Meeske K, et al. Posttraumatic stress, family functioning, and social support in survivors of childhood leukemia and their mothers and fathers. J Consult Clin Psychol 1997;65(1):120-9.
281. Wong M, Looney E, Michaels J, Palesh O, Koopman C. A preliminary study of peritraumatic dissociation, social support, and coping in relation to posttraumatic stress symptoms for a parent's cancer. Psychooncology 2006;15(12):1093-8.
282. Bremner JD, Davis M, Southwick S, Krystal J, Charney D. Neurobiology of posttraumatic stress disorder. Harv Rev Psychiatry 1993;12:183-204.
283. Teicher MH, Samson JA, Polcari A, McGreenery CE. Sticks, stones, and hurtful words: Relative effects of various forms of childhood maltreatment. Am J Psychiatry 2006;163(6):993-1000.
284. Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. Br J Psychiatry 2005;186:121-5.
285. Leverich GS, McElroy SL, Suppes T, et al. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. Biol Psychiatry 2002;51(4):288-97.
286. Moskvina V, Farmer A, Swainson V, et al. Interrelationship of childhood trauma, neuroticism, and depressive phenotype. Depress Anxiety 2007;24(3):163-8.
287. Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, Vicente B, Rioseco P, Saldivia S. Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: Results from a community sample. Compr Psychiatry 2008;49(2):163-9.
288. Kong S, Bernstein K. Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. J Clin Nurs 2009;18(13):1897-907.

289. Fisher HL, Jones PB, Fearon P, et al. The varying impact of type, timing and frequency of exposure to childhood adversity on its association with adult psychotic disorder. Psychol Med 2010;40(12):1967-78.
290. Doğruer N. Çocukluk çağı travma yaşantılarına sahip yetişkinlerde psikolojik dayanıklılık ve affetme [yüksek lisans tezi]. Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi; 2019.
291. Kim H, Kim SA, Kong S. Resilience mediates ımpact of some childhood maltreatment on post-traumatic stress symptoms in conscripted marines in the republic of korea. Res Nurs Health 2017;40(1):51-62.

EKLER

EK 1. DSM-5 travma sonrası stres bozukluğu tanı ölçütleri

A. Aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma:

1. Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama.
2. Başkalarının başına gelen olay(lar)ı, doğrudan doğruya görme(bunlara tanıklık etme).
3. Bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme. Aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır .
4. Örseleyici olay(ların)ın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örn. İnsan kalıntılarını toplayan ilk kişiler; çocuk sömürüsünün ayrıntılarıyla yeniden yeniden karşılaşan polis memurları).

Not: Böyle bir karşı karşıya gelme, işle ilgili olmadıkça, elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema ya da görseller aracılığıyla olmuş ise A4 tanı ölçütü uygulanmaz.

B. Örseleyici olay(lar)dan sonra başlayan, örseleyici olay(lar)a ilişkin, istençdışı gelen aşağıdaki belirtilerin birinin (ya da daha çoğunun) varlığı:

1. Örseleyici olay(lar)ın yineleyici, istemsiz ve istençdışı gelen, sıkıntı veren anıları

Not: Altı yaşından büyük çocuklarda, örseleyici olay(lar)ın kapsandığı konuların ya da bu olay(lar)ın birtakım yönlerinin dışa vurulduğu yineleyici oyunlar ortaya çıkabilir.

2. İçeriği ve/ya da duygulanımı örseleyici olay(lar)la ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler

Not: Çocuklar, içeriği belirsiz korkutucu düşler görüyor olabilirler.

3. Kişinin örseleyici olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (disosiasyon) tepkileri (örn. geçmişe dönüşler). (Bu tür tepkiler, belirli bir görülme aralığında ortaya çıkabilirler; en uç biçimi, o sırada çevresinde olup bitenlerin tam olarak ayırdında olmamadır.)

Not: Çocuklar oyun sırasında örselenmeyle ilgili yeniden canlandırma yapabilirler

4. Örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama

5. Örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme.

C. Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin birlikte olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)dan sonra ortaya çıkan, örseleyici olay(lar)a ilişkin uyaranlardan sürekli bir biçimde kaçınma:

1. Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları

2. Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan(insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesneler, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha çoğunun) olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)a ilişkin bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler olması

1. Örseleyici olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsayamama (özellikle unutkanlık çözümlemesine bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir).

2. Kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgili olarak, sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar veya beklentiler (örn. “Ben kötüyüm”, “Kimseye güvenilmez”, “Dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir”, “Bütün sinir sistemim kalıcı olarak bozuldu”).

3. Örseleyici olay(ların)ın nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren çarpık bilişler.

4. Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum (örn. korku, dehşet, öfke, suçluluk ya da utanç).

5. Önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da katılımda belirgin azalma.

6. Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları.

7. Sürekli bir biçimde olumlu duygular yaşayamama (örn. mutluluğu, doyumu ya da sevgi duygularını yaşayamama).

E: Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha çoğu) ile belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)la ilintili, uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklikler olması:

1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kışkırtma olmadan ya da çok az bir kışkırtma karşısında).

2. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar veren davranışlarda bulunma
3. Her an tetikte olma
4. Abartılı irkilme tepkisi gösterme
5. Odaklanma güçlükleri
6. Uyku bozukluğu (örn. uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan bir uyku uyuma).

F. Bu bozukluğun süresi (B, C, D ve E tanı ölçütleri) bir aydan daha uzundur.

G:Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

H. Bu bozukluk bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

Çözülme belirtileri (dissosiyatif belirtiler) gösteren: Kişinin belirtileri örselenme sonrası gerginlik bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamaktadır, ayrıca kişi, tetikleyici etkene tepki olarak aşağıdakilerden birinin belirtilerini sürekli ya da yineleyici olarak yaşamaktadır:

1. Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon): Kişinin, zihinsel süreçlerinden ya da vücudundan koptuğu duyumunu yaşadığı, sanki bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi baktığı, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. sanki bir düş içindeymiş gibi olduğu duyumu; kendisinin ya da vücudunun gerçekdışı olduğu ya da zamanın yavaş aktığı duyumu).
2. Gerçekdışılık (derealizasyon): Çevredekilerin gerçekdışı olduğuna ilişkin, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. kişinin çevresindeki dünya gerçekdışı, düşsel, uzak ya da çarpık olarak yaşanır).

Not: Bu alttürün kullanılabilmesi için, çözülme belirtilerinin, bir maddenin (örn. bilinç kararmaları, alkol esrikliği sırasındaki davranışlar) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. kompleks parsiyel katılmalar) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamıyor olması gerekir.

Varsa belirtiniz:

Gecikmeli dışavurum gösteren: Olaydan sonra en az altı ay geçmeden tanı ölçütleri tam olarak karşılanmıyorsa (kimi belirtiler kısa bir süre içinde başlasa da).

EK 2. DSM-5 uyum bozuklukları tanı ölçütleri

A. Tanımlanabilir tetikleyici etken(ler)e tepki olarak , bu etken(ler)in ortaya çıkmasından sonraki üç ay içinde, duygusal ya da davranışsal belirtiler gelişmesi.

B. Bu belirtiler ya da davranışlar, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi ile belirli olduğu üzere, klinik açıdan önemlidir:

1. Belirtilerin ağırlığını ve görünümünü etkileyebilecek dış bağlam ve kültürel etkenler göz önünde bulundurulduğunda, tetikleyici etkenin ağırlığı ya da yoğunluğu ile orantısız, belirgin bir sıkıntı.
2. Toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte ileri derecede düşme.

C. Tetikleyici etkenle ilişkili bu bozukluk başka bir ruhsal hastalığın tanı ölçütlerini karşılamaz ve daha önceden var olan bir ruhsal bozukluğun yalnızca bir alevlenmesi değildir.

D. Belirtiler olağan yası göstermez.

E. Tetikleyici etken ya da bunun getirdiği sonuçlar bir kez ortadan kalkınca, belirtiler bir altı aydan daha uzun bir süre daha sürmez.

Olup olmadığını belirtiniz:

Çökkün duygudurum ile giden: Duygudurumda çökkünlük, ağlamaklılık ya da umutsuzluk duyguları önde gelmektedir.

Kaygı ile giden: Gerginlik, kaygı, aşırı sinirlilik ya da ayrılma kaygısı önde gelmektedir.

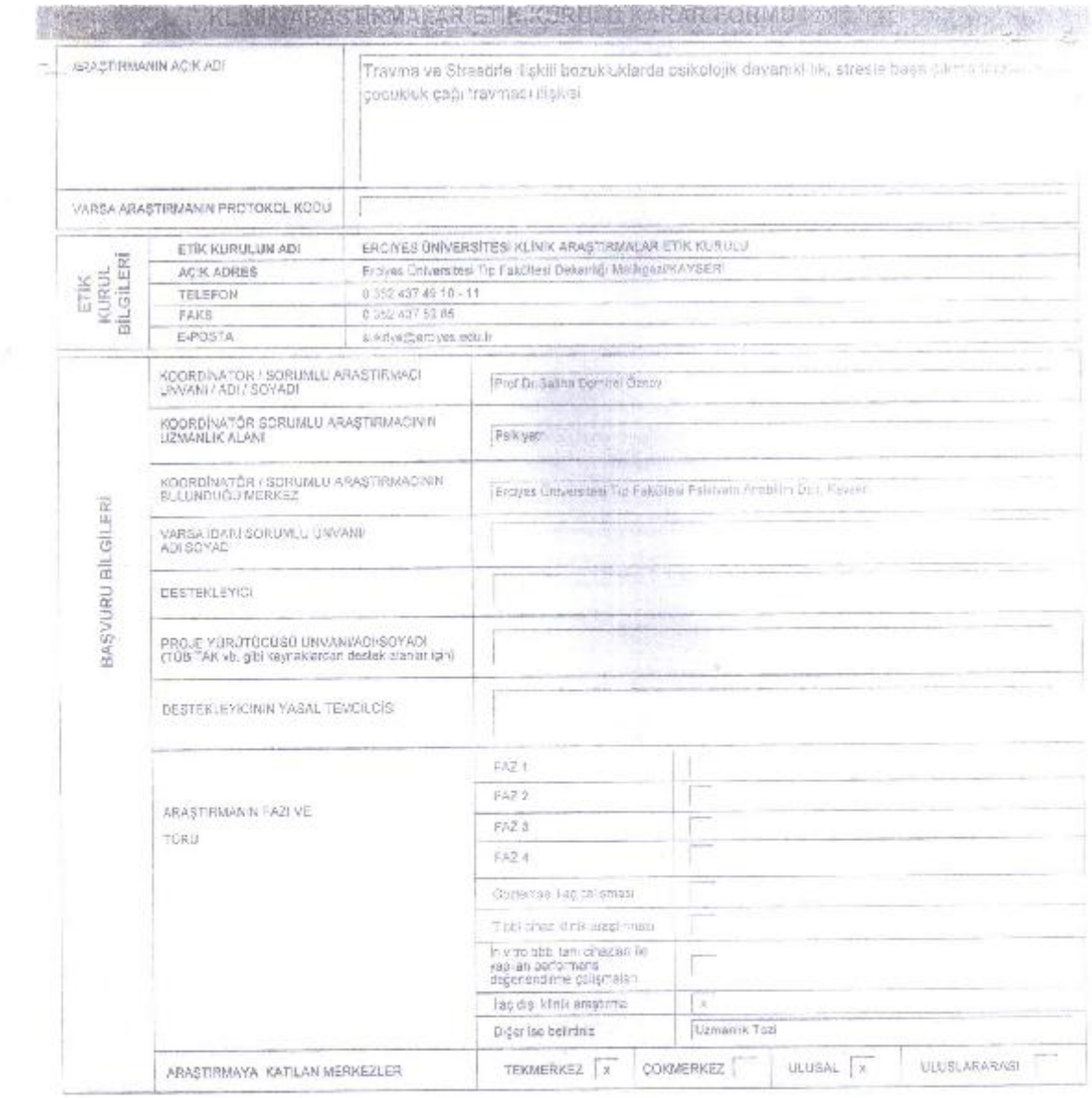
Kaygılı ve çökkün duygudurum karışımı ile giden: Çökkünlük ve kaygının birleşimi önde gelmektedir.

Davranım bozukluğu ile giden: Davranım bozukluğu önde gelmektedir.

Duygu ve davranım bozukluğu karışımı ile giden: Hem duygusal belirtiler (çökkünlük, kaygı) hem de davranım bozukluğu önde gelmektedir.

Tanımlanmamış: Uyum bozukluğunun özgül alttürlerinden birine girmeyen, uyumu bozan tepkiler için kullanılır.

EK 3. Klinik araştırmalar etik kurul karar formu



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Travma ve Stresörle İlişkili bozukluklarda psikolojik dayanıklılık, stresle başa çıkma [illegible] çocukluk çağı travması ilişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ETİK KURULUN ADI	ERCİYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Melikgazi/KAYSERİ
TELEFON	0 352 437 49 10 - 11
FAKS	0 352 437 53 85
E-POSTA	a.edya@erciyes.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ		
KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI / ADI / SOYADI	Prof.Dr.Salma Demirel Özbay	
KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikyatri	
KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Fatihsultan Araştırma Dek. Kayseri	
VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI ADI SOYADI		
DESTEKLEYİCİ		
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kayraksorun destek alanlar için)		
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ		
ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	
	FAZ 2	
	FAZ 3	
	FAZ 4	
	Gönüllüde ilaç çalışması	
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	
	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile ilaç alt performans değerlendirme çalışmaları	
	İlaç dışı klinik araştırma	x
	Diğer ise belirtiniz	Uzmanlık Tezi
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ x	ÇOKMERKEZ ULUSAL x ULUSLARARASI

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Sami AYDOĞAN
İmza

Funda TAŞCIMEZCİ
Etik Kurul Sekreteri

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK AD	Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklarda psikolojik dayanıklılık, stresle başa çıkma tarzları ve çocukluk çağı travması ilişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe	İngilizce	Diğer
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe	İngilizce	Diğer
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe	İngilizce	Diğer
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe	İngilizce	Diğer

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI		Açıklama
	SİGORTA		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ		
	BİYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU		
	CV		
	YILLIK BİLDİRİM		
	SONUÇ RAPORU		
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ		
	DİĞER		

KARAR BİLGİLERİ			
Karar No :	2017/517	Tarih :	10.11.2017

Yukarıda bilgileri verilen araştırma ile ilgili belgeler araştırmanın etik yönden gerekli, amaç, yöntem ve yöntemleri bilimsel esaslara uygun, araştırmanın riskleri araştırmanın amaçları ile orantılı olduğu değerlendirilmiş olup araştırmanın bu haliyle etik ve bilimsel olarak kabul edilmesine oybirliği ile karar verilmiştir.

Funda H[illegible]ZMEC[illegible]
Etik Kurul Sekreteri

KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/AD/SOYADI	Prof. Dr. Sami Aydoğan

Unvanı / Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti		Araştırma İle İlişki		Katılım (*)		İmza
Prof. Dr. Sami AYDOĞAN	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E x	K	E	H x	E x	H	
Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK	Halk Sağlığı	E.Ü. Tıp Fak.	E x	K	E	H x	E x	H	
Prof. Dr. Kemal DENİZ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E x	K	E	H x	E x	H	
Prof. Dr. Aydın ÜNAL	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E x	K	E	H x	E x	H	
Doç. Dr. Güven KAHRİMAN	Radyoloji	E.Ü.Tıp Fak.	E x	K	E	H x	E x	H	
Doç. Dr. Kemal OZYURT	Dermatoloji	Kayseri Eğitim Hast.	E x	K	E	H x	E	H x	
Doç. Dr. Birtin Murat CANGER	Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi	E.Ü. Diş Hek Fak.	E x	K	E	H x	E x	H	
Doç. Dr. Cihangir BİÇER	Anest. ve Reani.	E.Ü. Tıp Fak.	E x	K	E	H x	E x	H	
Doç. Dr. Fatih KARDAŞ	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E x	K	E	H x	E x	H	
Doç. Dr. Serpil TAHERİ	Tıbbi Biyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E	K x	E	H x	E x	H	
Yard. Doç. Dr. Zafer SEZER	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E x	K	E	H x	E x	H	
Yard. Doç. Dr. Gülmen ZARARSIZ	Biyoistatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E x	K	E	H x	E	H x	
Av. Serhat ÜSTÜNEL	Avukat	Hukuk Müşaviri	E x	K	E	H x	E x	H	
Eczc. Şükran TERZİ	Eczacı	Serbest Eczane	E	K x	E	H x	E	H x	
Sevtap Koçer	Sivil Üye	Serbest	E	K x	E	H x	E x	H	

(*) Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Sami AYDOĞAN
İmzası:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır

EK 4. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (BGOF)/hasta grubu

BİLGİLENDİRME:

Katılmanızı istediğimiz çalışma, travma (örselenme) ve stresör (tetikleyici etken) ile ilişkili bozukluğu olan hastalarda bazı klinik ölçeklerin uygulanıp değerlendirileceği bilimsel bir araştırmadır. Araştırmanın adı, "Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklarda Psikolojik Dayanıklılık, Stresle Başaçıkma Tarzları ve Çocukluk Çağı Travması İlişkisi"dir. Bu araştırmanın amacı, travma ve stresörle ilişkili bozukluğu olan kişilerde psikolojik dayanıklılığın, stres ile başaçıkma davranışlarının ve geçmişte yaşadığı travmatik olayların hastalığın oluşmasında etkili olup olmadığını değerlendirmektir. Aynı zamanda çocukluk çağında yaşanan travmatik olayların hastalığın oluşmasına etkisi olup olmadığı araştırılmaktadır. Travma ve stresörle ilişkili bozukluklarda bahsi geçen psikososyal nedenlerin araştırılması rahatsızlığın oluşum nedenlerinin ve bu rahatsızlığa yatkınlık oluşturan etkenlerin aydınlatılmasına katkı sağlayacaktır. Araştırmanın yaklaşık 2 (iki) yıl süreceği öngörülmektedir. Araştırmaya, travma ve stresörle ilişkili bozukluğu (travma sonrası stres bozukluğu ve uyum bozukluğu) olan 18-65 yaş arası 80 hasta ve 50 sağlıklı kontrol katılacaktır. Bu araştırmaya katılan gönüllülere soru cevap tarzında psikometrik testler uygulanacaktır. Çalışma süresince hastaların rutin tedavisi ve poliklinik takibi devam edecek, ek bir tedavi uygulanmayacaktır. Araştırmaya katılıp katılmamanız tamamen sizin isteğinize bağlıdır, bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın ve hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin, araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Gönüllünün kimliğini ortaya koyacak kayıtlar gizli tutulacak; kamuoyuna açıklanmayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde bile gönüllünün kimliği gizli kalacaktır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi
Adı Soyadı: Dila DENİZ Telefonu: 05386886292

GÖNÜLLÜ OLURU

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, yukarıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla hasta grubunda olmak üzere katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün veya Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

EK 5. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (BGOF)/kontrol grubu

BİLGİLENDİRME:

Katılmanızı istediğimiz çalışma, travma (örselenme) ve stresör (tetikleyici etken) ile ilişkili bozukluğu olan hastalarda bazı klinik ölçeklerin uygulanıp değerlendirileceği bilimsel bir araştırmadır. Araştırmanın adı, "Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklarda Psikolojik Dayanıklılık, Stresle Başaçıkma Tarzları ve Çocukluk Çağı Travması İlişkisi"dir. Bu araştırmanın amacı, travma ve stresörle ilişkili bozukluğu olan kişilerde psikolojik dayanıklılığın, stres ile başaçıkma davranışlarının ve geçmişte yaşadığı travmatik olayların hastalığın oluşmasında etkili olup olmadığını değerlendirmektir. Aynı zamanda çocukluk çağında yaşanan travmatik olayların hastalığın oluşmasına etkisi olup olmadığı araştırılmaktadır. Travma ve stresörle ilişkili bozukluklarda bahsi geçen psikososyal nedenlerin araştırılması rahatsızlığın oluşum nedenlerinin ve bu rahatsızlığa yatkınlık oluşturan etkenlerin aydınlatılmasına katkı sağlayacaktır. Araştırmanın yaklaşık 2 (iki) yıl süreceği öngörülmektedir. Araştırmaya, travma ve stresörle ilişkili bozukluğu (travma sonrası stres bozukluğu ve uyum bozukluğu) olan 18-65 yaş arası 80 hasta ve 50 sağlıklı kontrol katılacaktır. Bu araştırmaya katılan gönüllülere soru cevap tarzında psikometrik testler uygulanacaktır. Çalışma süresince hastaların rutin tedavisi ve poliklinik takibi devam edecek, ek bir tedavi uygulanmayacaktır. Araştırmaya katılıp katılmamanız tamamen sizin isteğinize bağlıdır, bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın ve hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin, araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Gönüllünün kimliğini ortaya koyacak kayıtlar gizli tutulacak; kamuoyuna açıklanmayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde bile gönüllünün kimliği gizli kalacaktır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi
Adı Soyadı: Dila DENİZ Telefonu: 05386886292

GÖNÜLLÜ OLURU

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, yukarıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla hasta grubunda olmak üzere katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün veya Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

EK 6. Katılımcı takip formu/hasta grubu

Çalışmanın Adı: Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklarda Psikolojik Dayanıklılık, Stresle Başaçıkma Tarzları ve Çocukluk Çağı Travması İlişkisi

Adı soyadı:

Tarih:

Protokol no:

Adres ve tel:

Yaşı ve cinsiyeti:

Boy ve kilo:

Eğitim düzeyi:

Mesleği:

Medeni hali:

Tanısı (alt tipleri):

Şikâyeti:

Hikâyesi (hastalık süresi, aldığı tedaviler…):

Mevcut şikayetlerini başlatan travma veya stresör:

Fiziksel hastalık öyküsü/kullandığı diğer ilaçlar:

Ailede ruhsal hastalık öyküsü:

Sigara/alkol kullanımı (süre, günlük miktarı, önceki kullanımı…):

PSİKOMETRİK TEST SKORLARI

HAM-D skoru:

HAM-A skoru:

YPDÖ skoru:

SBTÖ skoru:

ÇÇTÖ skoru:

TYÖ skoru:

TSSBKÖ skoru:

EK 7. Katılımcı takip formu/kontrol grubu

Çalışmanın Adı: Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklarda Psikolojik Dayanıklılık, Stresle Başaçıkma Tarzları ve Çocukluk Çağı Travması İlişkisi

Adı soyadı:

Tarih:

Adres ve tel:

Yaşı ve cinsiyeti:

Boy ve kilo:

Eğitim düzeyi:

Mesleği:

Medeni hali:

Fiziksel hastalık öyküsü:

Ailede ruhsal hastalık öyküsü:

Sigara/alkol kullanımı (süre, günlük miktarı, önceki kullanımı…):

PSİKOMETRİK TEST SKORLARI

HAM-D skoru:

HAM-A skoru:

YPDÖ skoru:

SBTÖ skoru:

ÇÇTÖ skoru:

TYÖ skoru:

TSSBKÖ skoru:

EK 8. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

1. Depresif ruh hali (keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

0. Yok
1. Yalnızca soruları cevaplarken anlaşılıyor
2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor.

2. Suçluluk duyguları

0. Yok
1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel halüsinasyonlar görüyor.

3. İntihar

0. Yok
1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.
3. İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir).

4. Uykuya dalamamak

0. Bu konuda zorluk çekmiyor.
1. Bazen gece yatağında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi.
2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5. Gece yarısı uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.
2. Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın).

6. Sabah erken uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok
1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7. Çalışma ve aktiviteler

0. Herhangi bir sorun yok.
1. Aktivitileriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
2. Aktivitilerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, müteredditolduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitilerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).
3. Aktivitlerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.
4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.

8. Retardasyon (düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

0. Düşünce ve konuşması normal
1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.
2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.
3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
4. Tam stuporda.

9. Ajitasyon

0. Yok.
1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10. Psişik anksiyete

0. Herhangi bir sorun yok.
1. Subjektif gerilim ve irritabilite
2. Küçük şeylere üzülüyor.
3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11. Somatik anksiyete

    0. Yok
    1. Hafif
    2. Ilımlı
    3. Şiddetli
    4. Çok şiddetli

12. Somatik semptomlar/Gastrointestinal

    0. Yok
    1. İştahsız, ancak personelin ısrarı ile yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
    2. Personel zorlamazsa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13. Somatik semptomlar/Genel

    0. Yok
    1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
    2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.

14. Genital semptomlar (libido kaybı, adet bozuklukları vb.)

    0. Yok.
    1. Hafif.
    2. Şiddetli.
    3. Anlaşılamadı.

15. Hipokondriyaklık

    0. Yok.
    1. Kuruntulu
    2. Aklını sağlık konularına takmış durumda.
    3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
    4. Hipokondriyaklık delüzyonları.

16. Zayıflama (A ya da B'yi doldurunuz)

    A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)
        0. Kilo kaybı
        1. Önceki hastalığına bağlı olması zayıflama
        2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.
    B. Psikiyatrist tarafından haftada bit yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
        0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama
        1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama

17. Durumu hakkında görüşü

0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.

EK 9. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

Lütfen her konu başlığı için 0-4 arası bir puan verin	
	Puan
1. ANKSİYETELİ MİZAÇ	
2. GERİLİM	
3. KORKULAR	
4. UYKUSUZLUK	
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif)	
6. DEPRESİF MİZAÇ	
7. SOMATİK (muskuler)	
8. SOMATİK (duygusal)	
9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR	
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI	
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR	
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR	
14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ	
TOPLAM PUAN:	**……**
PSİŞİK (1,2,3,5,6)	**……**
SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13,14)	**……**

EK 10. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kısa Ölçeği

Aşırı şiddetli olay ya da yaşantı sonrasında ortaya çıkan ya da daha da kötüleşen aşağıdaki her bir sorun GEÇTİĞİMİZ YEDİ (7) GÜN içinde sizi ne kadar rahatsız etti? Lütfen aşağıdaki maddeleri okuyunuz ve size uygun olacak şekilde işaretleyiniz.					
	Hiç	**Biraz**	**Orta**	**Oldukça**	**Aşırı**
1. Aniden geçmişte yaşanan stresli yaşantıyı tekrar şu an yeniden yaşanıyormuş gibi davrandığın ya da hissettiğin, geçmişi gösteren sahnelerin (flashback) olması (örneğin, stresli yaşantının bir parçasını görerek, duyarak, koku alarak veya fiziksel olarak hissederek stresli olayı yeniden yaşama)					
2. Bir şey size stres veren deneyiminizi hatırlattığında kendinizi duygusal olarak oldukça kötü hissetme					
3. Size stres veren deneyimi hatırlatan düşünce, his veya fiziksel duyumlardan kaçınmaya çalışma					
4. Bu stresli olayın yaşanmasının sizin ya da bir başkasının (size doğrudan olarak zarar vermemiş birisi) yanlış bir şey yapmasından ya da engellemek için mümkün olan her şeyi yapmadığınızdan ya da sizinle ilgili bir şey yüzünden olduğunu düşünme					
5. Stresli bir yaşantıdan sonra çok olumsuz bir duygusal durumda olma (örneğin, çok fazla endişe, öfke, suçluluk, utanç veya korku yaşıyordunuz)					
6. Geçmişte yapmaktan keyif aldığınız aktivitelerden, yaşadığınız bu stresli olaydan sonra ilginizi kaybetme					
7. Diken üzerinde olma, alarmda olma ya da sürekli tehlike için tetikte olma					
8. Beklenmedik bir gürültü duyduğunuzda ürkek hissetme ya da kolayca irkilme					
9. Başka insanlara bağırıp çağıracak, kavga edecek ya da bir şeylere zarar verecek kadar sinirli ya da öfkeli olma					

EK 11. Travmatik Yaşantılar Ölçeği

İnsanların başından geçen ileri derecede üzücü ve sarsıcı yaşantılara TRAVMA adı verilmektedir. Aşağıdaki listede sizin de başınıza gelmiş olabilecek bazı travma yaşantıları sorulmaktadır. Sorularda üç şey üzerinde durulmaktadır: Olay başınızdan geçmiş midir? Olay sırasında kaç yaşındaydınız? Olay sizi ruhsal bakımdan ne kadar etkilemiştir?

A) Sorulan 29 çeşit olaydan her biri için başınızdan geçip geçmediğini EVET ya da HAYIR cevabını daire içine alarak işaretleyiniz.

B) EVET cevabını verdiğiniz her soruda olay sırasında kaç yaşında olduğunuzu yazınız. Olay bir kereden fazla oldu ise her defasında kaç yaşında olduğunuzu belirtiniz. Eğer olay bir yıldan fazla sürdü ise belirtiniz (örneğin 7 ile 12 yaş arası) biçiminde yazınız.

C) Başınızdan geçen her bir olayın üzerinizdeki ruhsal ETKİSİNİ (uygun düşen rakamı daire içerisine alarak) belirtiniz.

1 = hiç etkilemedi

2 = biraz etkiledi

3 = orta derecede etkiledi

4 = çok etkiledi

5 = ileri derecede etkiledi

İşbirliğiniz için teşekkür ederiz.

	Başınıza geldi mi?	Kaç yaşında?	Etkilenme
1. Çocukluğunuzda anababanıza ya da kardeşlerinize bakmak zorunda olmak	Hayır Evet		1 2 3 4 5
2. Ailenizde problemler olması (örneğin ana ya da babanızda alkolizm ya da ruhsal problem olması, fakirlik)	Hayır Evet		1 2 3 4 5
3. SİZ ÇOCUKKEN aile bireylerinden birinin ölümü (kardeş ya da anababa)	Hayır Evet		1 2 3 4 5
4. ERİŞKİNLİĞİNİZDE aile bireylerinden birinin (çocuk ya da eş) ölümü	Hayır Evet		1 2 3 4 5
5. Vücutça ağır yaralanma (örneğin kol ya da bacak kaybı, ağır yanık)	Hayır Evet		1 2 3 4 5
6. Hastalık, ameliyat ya da kaza nedeniyle hayati tehlike geçirme	Hayır Evet		1 2 3 4 5
7. Anababanızın boşanması	Hayır Evet		1 2 3 4 5
8. Kendinizin boşanması	Hayır Evet		1 2 3 4 5
9. Birisinin sizi ölümle tehdit etmesi (örneğin gasp sırasında)	Hayır Evet		1 2 3 4 5
10. Şiddetli ağrı çekme (örneğin yaralanma ya da ameliyat nedeni ile)	Hayır Evet		1 2 3 4 5
11. Savaş koşullarında yaşanan olumsuz olaylar (örneğin esir düşme, yakınların ölümü, mahrumiyet, yaralanma)	Hayır Evet		1 2 3 4 5
12. İkinci kuşak olarak savaşın etkilerine maruz kalma (Anababa ya da yakın akrabalarınızın başına savaş koşullarında kötü olaylar gelmiş olması)	Hayır Evet		1 2 3 4 5
13. Başkasının travmaya uğramasına tanık olma.	Hayır Evet		1 2 3 4 5

14. Anababa ya da kardeşleriniz tarafından duygusal ihmale uğrama (örneğin yalnız bırakılma, yetersiz sevgi görme)	Hayır Evet		1 2 3 4 5
15. Diğer aile bireyleriniz tarafından duygusal ihmale uğrama (örneğin amca, dayı, teyze, hala, yeğen, büyükanne vs.)	Hayır Evet		1 2 3 4 5
16. Aileniz dışındaki kişiler tarafından duygusal ihmale uğrama (örneğin komşular, arkadaşlar, üvey anababa öğretmenler).	Hayır Evet		1 2 3 4 5
17. Anababa ya da kardeşleriniz tarafından duygusal tacize uğrama (örneğin küçük düşürülme, alay edilme, aşağılayıcı isim takılması, sözle tehdit edilme, haksız yere ceza verilmesi)	Hayır Evet		1 2 3 4 5
18. Diğer aile bireyleriniz (örneğin amca, dayı, teyze, hala, yeğen, büyükanne ve büyükbaba) tarafından duygusal istismara uğrama (örneğin küçük düşürülme, alay edilme, aşağılayıcı isim takılması, sözle tehdit edilme, haksız yere ceza verilmesi)	Hayır Evet		1 2 3 4 5
19. Aileniz dışındaki kişiler (örneğin komşular, arkadaşlar, üvey anababa öğretmenler) tarafından duygusal istismara uğrama (örneğin küçük düşürülme, alay edilme, aşağılayıcı isim takılması, sözle tehdit edilme, haksız yere ceza verilmesi)	Hayır Evet		1 2 3 4 5
20. Anababa ya da kardeşleriniz tarafından vücutça istismara uğrama (örneğin, size vurulması, eziyet edilmesi, ya da yaralanmanız)	Hayır Evet		1 2 3 4 5

21. Diğer aile bireyleriniz (örneğin amca, dayı, teyze, hala, yeğen, büyükanne ve büyükbaba) tarafından vücutça istismara uğrama (örneğin, size vurulması, eziyet edilmesi, ya da yaralanmanız)	Hayır Evet		1 2 3 4 5
23. Size çok ağır cezalar verilmesi Cevabınız evet ise bu nasıl bir cezaydı, açıklayınız. …… …… ……			
24. Anababa ya da kardeşleriniz tarafından cinsel tacize uğrama (bedensel temas ya da dokunma OLMAKSIZIN cinsel davranışlarda bulunulması)	Hayır Evet		1 2 3 4 5
25. Diğer aile bireyleriniz (örneğin amca, dayı, teyze, hala, yeğen, büyükanne ve büyükbaba) tarafından cinsel tacize uğrama (bedensel temas ya da dokunma OLMAKSIZIN cinsel davranışlarda bulunulması)	Hayır Evet		1 2 3 4 5
26. Aileniz dışındaki kişiler (örneğin komşular, arkadaşlar, üvey anababa öğretmenler) tarafından cinsel tacize uğrama (bedensel temas ya da dokunma OLMAKSIZIN cinsel davranışlarda bulunulması)	Hayır Evet		1 2 3 4 5
27. Anababa ya da kardeşler tarafından cinsel istismara uğrama (bedensel temas ya da dokunmanın olduğu istenmeyen cinsel davranışlar)	Hayır Evet		1 2 3 4 5

28. Diğer aile bireyleriniz (örneğin amca, dayı, teyze, hala, yeğen, büyükanne ve büyükbaba) tarafından cinsel istismara uğrama (bedensel temas ya da dokunmanın olduğu istenmeyen cinsel davranışlar)	Hayır Evet		1 2 3 4 5
29. Aileniz dışındaki kişiler (örneğin komşular, arkadaşlar, öğretmenler) tarafından cinsel istismara uğrama (bedensel temas ya da dokunmanın olduğu istenmeyen cinsel davranışlar	Hayır Evet		1 2 3 4 5

30. Eğer taciz ya da istismara uğradıysanız, bunları kaç kişi yaptı?

A) Duygusal istismar (14-19 arasındaki sorulardan her hangi birine EVET cevabı verdiyseniz).

Kişi sayısı: ……..

B) Bedensel istismar (20-23 arasındaki sorulardan her hangi birine EVET cevabı verdiyseniz).

Kişi sayısı:…….

C) Cinsel taciz (24-26) arasındaki sorulardan her hangi birine EVET cevabı verdiyseniz).

Kişi sayısı: …..

D) Cinsel istismar (27-29 arasındaki sorulardan her hangi birine EVET cevabı verdiyseniz).

Kişi sayısı: …….

31. Önceki soruda (30. soru) sözünü ettiğiniz her bir kişi sizin neyiniz oluyordu, belirtiniz. (örneğin, baba, erkek kardeş, arkadaş, öğretmen, yabancı, v.b.). Eğer bu kişi sizden en az 4 yaş büyük idiyse yanına (+) işaret koyunuz. Aksi halde (-) olarak işaretleyiniz.
Örneğin arkadaş (-) ya da amca (+) gibi,

A) Duygusal ihmal …….
…….

B) Duygusal istismar …….
…….

C) Bedensel istismar …….
…….

D) Cinsel taciz ……
…….

E) Cinsel istismar……

32. Sizi etkilemiş olan BAŞKA travma (ileri derecede üzücü olay) yaşantınız varsa onları da belirtiniz.

……
……
……
……

33. 1 ve 29 arasındaki sorulardan herhangi birine EVET cevabı verdiyseniz, söz konusu olaydan sonra ne kadar destek gördünüz? (Sorunun numarasını ve desteğin düzeyini belirtiniz)

Soru numarası	Destek (0= Yok, 1= Biraz, 2= Çok)
……	……
……	……
……	……

EK 12. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

1. Beklenmedik bir olay olduğunda…						
Her zaman bir çözüm bulurum						Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların…						
Başarılması zordur						Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır…						
Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda						Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. …olmaktan hoşlanıyorum						
Diğer kişilerle birlikte						Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı…						
Benimkinden farklıdır						Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları …						
Hiç kimseyle tartışmam						Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi…						
Çözemem						Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi…						
Nasıl başaracağımı bilirim						Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir işe/projeye başladığımda …						
İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım						Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak						
Önemli değildir						Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi … hissederim						
Çok mutlu						Çok mutsuz
12. Beni …						
Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir						Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim…						
Olduğuna çok inanırım						Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin … olduğunu hissediyorum						
Ümit verici						Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir…						
Zamanımı planlama						Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu … bir şeydir						
Kolayca yapabildiğim						Yapmakta zorlandığım

17. Ailem şöyle tanımlanabilir …						
Birbirinden bağımsız						Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımın arasındaki ilişkiler …						
Zayıftır						Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma …						
Çok fazla güvenmem						Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım …						
Belirsizdir						İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar …						
Günlük yaşamımda yoktur						Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak …						
Benim için zordur						Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem …						
Geleceğe pozitif bakar						Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında…						
Bana hemen haber verilir						Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken						
Kolayca gülerim						Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:						
Birbirlerini desteklemez biçimde						Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım						
Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden						Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda … eğilimim vardır						
Her şeyi umutsuzca gören bir						Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için .						
Zordur						Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda …						
Bana yardım edebilecek kimse yoktur						Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) …						
Başa çıkmaya çalışırım						Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz …						
İşleri bağımsız olarak yapmayı						İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri …						
Yeteneklerimi beğenirler						Yeteneklerimi beğenmezler

EK 13. Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntılı yada stresli tüm olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Her hangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına size çok uygun ise %100'ün altına işaret koyun.

Bir sıkıntım olduğunda	%0	%30	%70	%100
1. Kimsenin bilmesini istemem.				
2. İyimser olmaya çalışırım.				
3. Bir mucize olmasını beklerim.				
4. Olayları büyütmeyip üzerinde durmamaya				
5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm.				
6. Sakin kafayla düşünmeye öfkelenmemeye				
7. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim.				
8. Olayın / olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9. İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem.				
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.				
11. Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13. İş olacağına varır diye düşünüyorum.				
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				

15. Problemin çözümü için adak adarım.				
16. Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.				
17. Elimden hiç bir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18. Olaydan/ olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19. Her şeyin istediğim gibi olmayacağına				
20. Problemi/problemleri adım adım çözmeye				
21. Mücadeleden vazgeçerim.				
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23. Hakkımı savunabileceğime inanırım.				
24. Olanlar karşısında "kaderim buymuş" derim.				
25. "Keşke daha güçlü olaydım" diye düşünürüm.				
26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim.				
27. "Benim suçum ne" diye düşünürüm.				
28. "Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm.				
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

EK 14. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

	Hiç bir zaman	**Nadiren**	**Kimi zaman**	**Sık olarak**	**Çok sık**
Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...					
1. Evde yeterli yemek olmadığında aç kalırdım.	1	2	3	4	5
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.	1	2	3	4	5
3. Ailemdekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
6. Yırtık, sökük, kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7. Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
11. Ailemdekiler bana o kadar şiddetli vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13. Ailemdekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5

14. Ailemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
16. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.	1	2	3	4	5
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

TC.

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

Dr. Dila DENİZ'e ait "Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklarda Psikolojik Dayanıklılık, Stresle Başaçıkma Tarzları ve Çocukluk Çağı Travması İlişkisi" adlı çalışma, jürimiz tarafından Psikiyatri Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarih: 02.10.2019

İmza

Başkan: Prof. Dr. Saliha DEMİREL ÖZSOY

Üye: Prof. Dr. Ertuğrul EŞEL

Üye: Doç. Dr. Akif ASDEMİR

Üye: Prof. Dr. Fatma Özlem ORHAN
(Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi)