

DOI Number: 10.30520/tjsosci.451037

TRAVMA SONRASI ORTAYA ÇIKAN PSİKOLOJİK BOZUKLUKLAR ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME

AFTER TRAUMAON PSYCHOLOGICAL DISORDERSAN EVALUATION

Yener ÖZEN¹

ÖZET

Psikolojik travmayı çalışmak, hem doğal dünyadaki insan yaralanabilirliği hem de insan doğasındaki kötülük kapasitesiyle yüz yüze gelmektir. Psikolojik travmayı çalışmanın anlamı dehşetengiz olaylara tanık olmaktır. Olaylar doğal afet ya da “Tanrı’nın işi” olduğunda, tanık olanlar sempati duymaya hazırdır. Fakat travmatik olaylar insan yapısı olduğunda kurban ve fail arasındaki çatışmaya yakalanırlar. Bu çatışmada tarafsız kalmak ahlaken mümkün değildir. Seyirci kalanlar taraf tutmaya zorlanırlar. Kurban ve fail arasındaki duruma seyirci kalanlar, failin tarafını aslında tutuyorlardır ancak bundan haberdar değillerdir. Fail seyircilerin sessiz kalmasını ister. Kurban ise sahip çıkılmak ve yükünün paylaşılmasını bekler. Travma sonrası ortaya çıkan tepkiler pek çok faktöre bağlıdır. Potansiyel olarak travmatik olan olaylar tür ve sıklık açısından değişir ve bunların psikolojik etkileri kurbanı özgü ve toplumsal değişkenler tarafından belirlenir. Travma sonrası ortaya çıkan tepkiler pek çok faktöre bağlıdır. Potansiyel olarak travmatik olan olaylar tür ve sıklık açısından değişir ve bunların psikolojik etkileri kurbanı özgü ve toplumsal değişkenler tarafından belirlenir. Travma, bazen kendisi hastalık oluşturur, bazen tetikleyici rol oynar. Bu yüzden, travmaya maruz kalmanın bir dizi farklı belirti ve bozuklukla ilişkilendirilmesi şartıdır. Travma sonrası ortaya çıkan psikolojik sorunlar iki grupta incelenebilir. Birinci grup; psikolojik travmanın gerekli fakat rahatsızlığı oluşturmada yeterli olmadığı durumlar: Akut Stres Tepkisi, Akut Stres Bozukluğu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, İkinci grup ise; psikolojik travmanın gerekli olmadığı fakat travmanın tetikleyicisi olduğu durumlar: Dissosiyatif Bozukluklar, Anksiyete Bozuklukları, Duygu Durum Bozuklukları (Depresyon, vd.), Somatizasyon Bozuklukları, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları, Uyku Bozuklukları, Şizofreni ve Psikotik Bozukluklar, Kişilik Bozuklukları, Cinsel Bozukluklar, Yeme Bozuklukları. Bu rahatsızlıkları DSM 5 bağlamında yeniden tanımlama ve sınıflandırılması incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Travma, Psikolojik Bozukluk, Tanı, Değerlendirme, Sağlık

¹ Doç. Dr., Erzincan Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümü, Öğretim Üyesi,
yenerozen@erzincan.edu.tr

ABSTRACT

To study psychological trauma is to face human injury both in the natural world and the evil capacity of human nature. The meaning of studying psychological trauma is to witness dreadful events. When events are natural disasters or "God's work", witnesses are ready to sympathize. But when the traumatic events are human, they are caught in a conflict between the victim and the perpetrator. It is not morally possible to remain neutral in this conflict. The audience is forced to take sides. In the situation between the victim and the perpetrator, the audience remains, but they are not aware of the fact. The perpetrator wants the audience to remain silent. The victim waits for the burial and the burden to be shared. The reactions that occur after trauma depend on many factors. Potentially traumatic events vary in terms of type and frequency, and their psychological effects are determined by the curricular and social variables. The reactions that occur after trauma depend on many factors. Potentially traumatic events vary in terms of type and frequency, and their psychological effects are determined by the curricular and social variables. Sometimes trauma causes itself, sometimes triggers. Therefore, it is not surprising that exposure to trauma is associated with a range of different symptoms and disorders. Psychological problems after trauma can be examined in two groups. First group; Acute Stress Response, Acute Stress Disorder, Post-Traumatic Stress Disorder, and the second group is when the psychological trauma is necessary but not sufficient to cause the disorder. psychological trauma is not necessary but is the trigger of trauma: Dissociative Disorders, Anxiety Disorders, Mood Disorders (Depression, etc.), Somatization Disorders, Alcohol and Substance Use Disorders, Sleep Disorders, Schizophrenia and Psychotic Disorders, Personality Disorders, Sexual Disorders, Eating disorders. In the context of DSM 5, re-diagnosis and treatment of these conditions have been investigated.

Key Words: Trauma, Psychological Disorder, Diagnosis, Evaluation, Treatment

GİRİŞ

Herkes bütünleşmiş bir "kişiliğe" sahip olmak ister. Bununla birlikte, "kişiliğimizin" bileşenleri arasında zıtlıklar ve engellere çok sık rastlanır. En aşırı durumlarda, travmatik bir deneyimin işleyişi, kişisel "kimliğin" bütününün, çoğul "kişiliklere" yol açan parçalanmış "kimliklere" bölünmesi şeklini alır. Birçok insan içsel bir çatışma ve uyumsuzluk yaşadığı başkalarında da bunu görebildiği halde, "çoklu varlıklar" olduğumuza inanmaya pek gönüllü değildir.

Kendi yaşam deneyimlerimize dayanarak kendimizi tek bir insandan fazlası olarak görmeyi kolayca başaramayız, ancak bu birçok "benlik" bizde yaşamayı sürdürür. Kişinin, birden fazla "kimliği" vardır ve bu "kimlikler" birbirlerinin varlığı hakkında çok az şey bilir. Aynı anda iki ya da daha çok "kimliği" olmak, aynı zaman diliminde farklı "ego (kendilik)" durumlarını taşımak, "kimlik" duygumuz için bir şoktur. Bu nedenle, kendimizi tamamen süregelen "kimliğe" sahip olarak algıladığımız için, travma konusunda deneyimli olmayan insanlara bölünmüş "kişilik" fenomeni nerdeyse inanılmaz gelebilir. Bilincimiz, kendine hâkim/müstakil bir "ben" "(kendilik) kimliği" yanılması aracılığı ile düşünmemizi sağlar. Psikolojik dengemizi kaybetme, başkalarınca delirmiş olarak damgalanma korkularımızı travma yaşantısı harekete geçirir.

Travmatize kişi Kendini ya "A" durumunda ya da "B" durumunda yaşar. Eğer "A" durumundaysa "B"nin hakkında hiçbir şey bilmez ya da tam tersi olur. "Ben" bilincimiz kendimizi bir bütün olarak ve bir "kimlik" olarak deneyimlememizle şekillenir. Çevremize bağlı olarak sürekli değişiyor olsak da her zaman aynı kişi

olduğumuza dair izlenimimiz vardır. Ruhumuz, “BEN” in ortaya yeni çıkan çoğul ifadeleri nedeniyle, “ben” in birdenbire var olmayı durdurması ihtimaline hazırlıklı değildir (Ruppert, 2008, s:104). Bu nedenle “çoğul kişilik” veya disosiyatif kişilik bozukluğu fenomeni genelde şüpheyle karşılanır.

“Ben şizofren miyim? Bu soru bölünmeleri, tartışırken sürekli gündeme gelir. “Schizo” terimi aslında “bölünme” demektir. Şizofreni sözcük anlamıyla “diyaframın bölünmesi” anlamına gelir, çünkü antik çağlarda ruhun diyaframda bulunduğu düşünülüyordu. “Şizofreni” terimi ancak özel durumlarda konan, çok net bir ruhsal hastalık tanısıdır. Şizofreni temel olarak psikoloji literatüründe halüsinasyon ve delüzyonal düşünceler bağlamında tartışılan bir konudur. Bu nedenle kuşku yok ki kimse şizofren olarak görülmek istemez, hele de bazı uzmanlarca hâlâ iyileşmez bir hastalık olarak görüldüğü düşünülürse. Dolayısıyla, ruhtaki bölünmelere genel olarak bakarsak, şizofreni terimi doğru terim olmaz. Ancak şizofreni semptomları, bir ailenin bağlanma sistemindeki özel olaylardan kaynaklanan dolaşıklıkların ve ruhtaki bölünmelerin dönüştüğü hâllerdir (Ruppert, 2002, s:204).

Travma sonrası ortaya çıkan tepkiler pek çok faktöre bağlıdır. Potansiyel olarak travmatik olan olaylar tür ve sıklık açısından değişir ve bunların psikolojik etkileri kurbanı özgü ve toplumsal değişkenler tarafından belirlenir. Travma, bazen kendisi hastalık oluşturur, bazen tetikleyici rol oynar. Bu yüzden, travmaya maruz kalmanın bir dizi farklı belirti ve bozuklukla ilişkilendirilmesi şaşırtıcı değildir. Travma sonrası ortaya çıkan psikolojik sorunlar iki grupta incelenebilir.

Birinci grup; psikolojik travmanın gerekli fakat rahatsızlığı oluşturmada yeterli olmadığı durumlar: Akut Stres Tepkisi, Akut Stres Bozukluğu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, İkinci grup ise; psikolojik travmanın gerekli olmadığı fakat travmanın tetikleyicisi olduğu durumlar: Dissosiyatif Bozukluklar, Anksiyete Bozuklukları, Duygu Durum Bozuklukları (Depresyon vd.), Somatizasyon Bozuklukları, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları, Uyku Bozuklukları, Şizofreni ve Psikotik Bozukluklar, Kişilik Bozuklukları, Cinsel Bozukluklar, Yeme Bozuklukları.

1.AKUT STRES TEPKİSİ

Travmadan hemen sonra ortaya çıkan psikolojik tepkilerin bütünüdür. Bireyin ağır bir travmaya maruz kalmasından sonraki ilk otuz gün içinde oluşur. Belirtilerinde otuz gün içinde kaybolması gerekir. Klinik olarak anksiyete ve dissosiyasyon esas bulgulardır. Travmatik olay zihinde tekrar tekrar yaşanır. Korku, çaresizlik, dikkat toplama güçlüğü, öfkelenme, aşırı sinirlilik hali, travmayı hatırlatan kişi ve ortamlardan uzaklaşma, kaçma çabası, suçluluk duygusu ve bedensel yakınmalar semptomlarıdır (Bayraktar, 2012, s:56).

2. AKUT STRES BOZUKLUĞU

Akut stres bozukluğu ilk defa 1994 yılında DSM IV ile ortaya çıkmıştır. Bu kategorinin öncelikli işlevi akut bir stres yaratan olay geçtikten kısa süre sonra ortaya çıkan ve daha sonra travma sonrası stres bozukluğuna doğru evrilebilecek olan mütecaviz, kaçınmacı ve aşırı uyarılmayla ilgili psikolojik tepkileri tanımak, kodlamak ve teşhis etmektir. DSM V’te bahsi geçen belirtiler asgari üç gün sürmeli fakat dört haftayı geçmemelidir (Briere ve Scott, 2016, s:33).

Akut Stres Bozukluğu Tanı Ölçütleri: Kişi aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu örseleyici bir olay yaşamıştır; Gerçek bir ölüm, ölüm tehdidi ya da

yaralanma olayı ya da doğrudan kendisinin ya da başkalarının fiziki bütünlüğüne yönelik ağır bir tehdit. Bu yaşantı sırasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşet hissi yaşamayı gereklidir. Olayı yaşarken ya da olayın ardından kişide aşağıdaki dissosiyatif belirtilerden üçü ya da daha fazlası olur; Hissizlik, dalgınlık ya da duygusal küntlük, Şaşkınlık hali ve farkındalılıkta azalma, Derealizasyon, Depersonalizasyon, Dissosiyatif amnezi (örseleyici olayla ilgili ayrıntıların hatırlanmaması). Örseleyici olay şunlardan biri yolu ile sık sık yeniden yaşanır; Tekrarlayan görüntüler, Tekrarlayan düşünceler, Tekrarlayan rüyalar, Tekrarlayan illüzyonlar, Tekrarlayan flashback nöbetleri. Kişi örseleyici olayı anımsatan uyaranlardan kaçınmaya çalışır. Kişide belirgin anksiyete belirtileri vardır (Örn: uykuya dalma gücü, konsantrasyon gücü, hiperirritabilite). Bu tablo örseleyici olaydan sonraki ilk dört haftada ortaya çıkar ve en az üç gün, en fazla 4 hafta sürer (Göğüş, 2010, s:19).

Akut Stres Bozukluğu'nun Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile benzerliği kayda değer ancak Akut Stres Bozukluğu daha akut olarak teşhis edilir ve belirti öbeğinin hastanın belirtileri içinde mevcut olması zorunluluğu yoktur, toplamda dokuz veya daha fazla belirtinin mevcut olması yeterlidir. Akut stres tepkileri gösteren kişiler bazen değişken duygulanım, psikomotor huzursuzluk veya yavaşlama gösterebilmektedir. Özellikle stres kaynağının şiddetli olduğu veya kurbanın ruhsal açıdan özellikle savunmasız olduğu durumlarda, psikotik veya psikotik benzeri belirtiler de görülebilir. Bunlar bilişsel çözüme, zulmedilmeye ilişkin veya kontrol edilemeyen düşüncelere kısa süreli olarak fazla önem verilmesi ve travmaya ilişkin içerikle bağlantılı işitsel halüsinasyonlar olabilir. Ancak psikotik özellikler ön planda ise, uygun tanı genellikle kısa süreli psikotik episod veya yerinde olduğu takdirde psikotik özellikler gösteren majör depresyon şeklindedir (Briere ve Scott, 2016, s:36).

Akut Stres Bozukluğu'nun tedavisinde kısaca şunlar uygulanabilir: Akut Stres Bozukluğu ile çalışırken uzmanlar imgelemde maruz bırakma tekniğini kullanmaktadır. Hasta Akut Stres Bozukluğu konusunda bilgilendirilir. Böylece verilen tepkilerin normal olduğunun farkına varılması sağlanır. Tedavide gevşeme ve nefes egzersizleri önemli yer tutmaktadır. Atılganlık eğitimi ve eş tedavisine başvurulabilir. Tedavide sosyal destek önemli yer tutmaktadır (APA, 1994).

3. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

“Anormal duruma karşı anormal bir reaksiyon normal davranıştır (Viktor Frankl).” Psikolojik travmanın temel özelliği yaşamın sürekliliği ve düzeni olduğuna inancın kaybıdır. Travma sonrası ruhsal süreçlerin incelenmesinde uyuma giden yolda: Mağdurun 5 sorusu: Ne oldu, Neden Oldu, Neden O şekilde Davrandım, Neden Şimdi Böyle Davranmaktayım, Olay Tekrar Olursa nasıl Davranırım. (Figley, 1985). 1945 Grinkel ve Spiegel, II. Dünya Savaşı gazilerinde görülen “savaş nevrozu” belirtilerini sıralamışlardır. 1952 DSM-I’de II. Dünya Savaşı gazilerinde ağır fizik zorlanma ya da savaşta gibi yoğun strese maruz kalınan durumlarla ilişkili “Büyük Stres Reaksiyonu” tanımlanmıştır. 1962 Toplama kamplarından kurtulanlarda “Buchenwald Sendromu” tanımlanmıştır. 1968 DSM-II’de “Büyük Stres Reaksiyonu”nun yerini “Geçici Durumsal Bozukluk” almıştır. 1980 DSM-III’te TSSB tanısı yer almıştır. 1987 DSM-III-R’de TSSB tanısı yer almıştır. 1992 ICD-10, travma sonrası reaksiyon için farklı kriterler sunmuştur. 1994 DSM-IV’te “akut stres reaksiyonu” yer almıştır. DSM-I de Post travmatik tanısı var DSM-II de yok, DSM-III ve DSM-III-R de var. DSM-III-R de

ICD-10 da tanı için doğrudan travmaya uğramak var, DSM-IV de tanık olma, aniden öğrenmek, haberini almak, görmek de tanı alabiliyor. DSM-IV sekonder travmatizasyonun kabulüdür (Wisnivesky ve diğ., 2011).

Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır. A- Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır. Not: Çocuklar bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışla tepkilerini dışa vurabilirler. Travmatik olay sürekli olarak yeniden yaşanır. Travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan). Artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması. B-Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır: olayın, elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşlemler, düşünceler ya da algılar vardır. Not: Küçük çocuklar, travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler. Olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme. Not: Çocuklar, içeriğini tam anlamaksızın korkunç rüyalar görebilirler. Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyanmak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, halüsinasyonları ve dissosiyatif “flashback” epizodlarını kapsar). Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme. C- Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan). Travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları: travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları. Birey travmanın önemli bir yönünü anımsayamaması. Bireyin önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması. İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları. Duygulanımda kısıtlılık (örn. sevme duygusunu yaşayamama). Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (örn. bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama). D-Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık: semptomlarının sürekli olması. Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekmek. İritabilite ya da öfke patlamaları. Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme. Hipervijilans. Aşırı irkilme tepkisi gösterme (DSM V, 2013).

3.1. Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Uzun süre totaliter kontrol altında bulunma öyküsü (tutsaklık, savaş mahkûmu, konsantrasyon kampından sağ kalanlar, bazı dini kültürlerin üyeleri, aile içi şiddet, çocukluk çağı fiziksel ya da cinsel istismarı ya da organize cinsel sömürüye maruz kalmak gibi). **Duygulanımın düzenlenmesinde değişiklikler:** Kalıcı (mani) disfori; Sürengen intihar düşünceleri; Kendini yaralama; Patlayıcı ya da aşırı engellenmiş öfke (bunlar yer değiştirebilir). **Bilinç değişiklikleri:** Travmatize edici olaylar için amnezi ya da hipermnezi; Geçici disosiyatif epizodlar; Depersonalizasyon / Derealizasyon; Yeniden yaşama. **Kendilik algısında değişim:** Çaresizlik duygusu ya da inisiyatifsizlik; Utanma, suçluluk ve kendini suçlama; Kirlenmiş ya da yaftalanmış

olduğu hissi; Başkalarından bütünüyle farklı olduğu (özel olduğu, tam yalnızlık, insan olmadığı, başka kimsenin anlayamayacağı) hissi. **Saldırganı algılamada değişme:** Saldırganla ilişkisiyle aşırı uğraşı (intikamı kapsar); Saldırgana gerçekdışı aşırı güç atfetme; Hoşnut edilmeyi paradoksal yüceltme; Özel ya da doğaüstü ilişki hissi; Saldırganın inanç sistemini ya da rasyonalizasyonlarını onaylama. **Başkalarıyla ilişkide değişiklikler:** Yalıtılmışlık ve geri çekilme; Yakın ilişkileri sonlandırma; Tekrar tekrar koruyucu arama (yalıtım ve çekilme ile yer değiştirebilir); Kalıcı güvensizlik; Kendini korumada yineleyen yetersizlik. **Anlamlandırmada değişiklikler:** Güveni korumada yetersizlik; Çaresizlik ve umutsuzluk hissi (Ford, Conner ve Hawke, 2009).

Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu ya da DESNOS altında toplanan ilişki ve kimlik bozukluğu, kaotik ve çoğu kez uyumsuz ilişkilere, kişilerarası sınırları müzakere etmede zorluklara ve zorlayıcı davranan ötekiler karşısında kendi hak ve ihtiyaçlarının azalan farkındalığına yatkınlığını barındırır. Bu sorunlar dizisi genellikle yetersiz ya da kesintiye uğramış ebeveyn-çocuk bağlanmasına, tipik olarak çocukluk dönemindeki istismar ya da ihmale atfedilir. İlginç bir biçimde, TSSB'nun karmaşık TSSB'ye dahil edilmesine rağmen –TSSB'nin bu tür vakalarda sıklıkla bir arada görülmesi de söz konusudur- travma sonrası stres bozukluğunun yeniden yaşantılanma, kaçınma ve aşırı uyarılma belirtileri bu belirti öbeği içinde yer almaz (Pelcovitz ve diğ., 1997, s:14). Karmaşık travma sonrası stresin şunları temsil edip etmediği henüz tartışmalıdır: Altta yatan bir sendrom, TSSB'nin ilişkili özellikleri veya genel olarak inandığımız üzere, nörobiyolojinin, travmanın başlangıç yaşı, travmanın türü ve süresi, erken dönem bağlanmanın kesintiye uğraması, sosyokültürel fenomenler ile diğer değişkenlerin kişiden kişiye değişen çok çeşitli sonuçları (Briere ve Spinazzolla, 2005, s:410).

Travma Sonrası Stres Bozukluğunun tedavisinde hem farmakolojik hem de psikososyal tedaviler kullanılmaktadır ve literatürde kombine tedavilerden daha fazla yarar sağlandığı belirtilmektedir. Ciddi travmalardan etkilenen kişiler genellikle tedaviye gelme eğilimi göstermezler ve bu hastalarla terapötik ilişki oldukça karmaşık bir süreçtir. Bu nedenle, travmatize kişilerle etkileşimde tedavinin sürekliliğini sağlayabilmek için iletişimin temel ilkelerini kullanma becerisi önem kazanmaktadır (Foa, 1997, s:25).

Psikoterapötik müdahaleler; Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT), Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR), Grup Terapileri ve Psikodinamik Terapiler olarak belirtilmektedir. Gevşeme Egzersizleri gibi spesifik teknikler de faydalı olabilirler. BDT, interaktif psiko-eğitim, bilişsel tekrar yapılandırma ve anksiyete ile başa çıkma çalışmalarından oluşmaktadır. Tedavide en sık kullanılan ve etkili olduğu kabul edilen psikoterapötik yaklaşım BDT" dir. Bu tedaviler temelde örseleyici olayı yaşayan kişiyi, bu yaşantılarla değişik teknikler aracılığıyla sistematik bir şekilde yüz yüze getirerek anksiyete ile başa çıkma yöntemlerinin öğretilmesi, kaçınma davranışlarının ortadan kaldırılması ve kaybedilen kontrol duygusunun yeniden kazandırılması amacına yöneliktir. İnsanlara travma sonrasında kontrol ve tahmin edebilirlik duygusunun mümkün olduğunca hızlı bir şekilde kazandırılması TSSB riskini azaltabilmektedir (Shapiro, 1989, s:214). Tedavide anksiyete uyaranlarına maruz bırakma ilkesine dayanan ve Ağıştırma Terapisi olarak bilinen davranışçı yöntemler en çok umut veren yaklaşımlardır. Bunlar sistematik duyarsızlaştırma, uyaran yükleme ya da yoğunlaştırma gibi yöntemlerdir. Duyarsızlaştırma tedavisiyle, hastaya korktuğu durumla ilgili uyaranlar belirli bir hiyerarşi içerisinde az uyarıcıdan çok uyarıcıya doğru

verilir. Bu sırada gevşeme ile uyarının etkisi inhibe edilerek anksiyetenin sönmesi sağlanır (Pitman ve Orr, 1990, s:246). EMDR, hastanın göz hareketleri ve el vurma gibi dışı uyaranlara odaklandığı esnada duygusal olarak ona rahatsızlık veren imaj, düşünce ve duyumlara da ardışık dozlarda odaklanması talimatı verilerek yapılan entegre bir terapi yöntemidir. Bu yöntem, travmatik hatıranın stres yapıcı doğası azalınca ve travmayla ilgili daha uygun bilişler oluşuncaya kadar tekrar edilmektedir. Shapiro ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada iki farklı travma mağdurları EMDR ve farklı bir tedaviye alınmış ve sonuçta EMDR uygulanan grupta travma tekrar hatırlandığındaki anksiyetenin azaldığı görülmüştür (Shapiro, 1989, s:215).

4. DISSOSİYATİF BOZUKLUK VE TRAVMA

DSM V, dissosiyatif bozukluğu, “bilinç, hafıza, kimlik, duygu, algılama, beden temsili, motor kontrol ve davranışın” normal bütünleşmesindeki bir bozukluk ve/veya süreksizlik şeklinde tanımlar (DSM V, 2013, s:291). Dissosiyasyon, ruhsal yapıdaki çözülmeyi ifade eder. Travma sırasında ya da hemen sonrasında sık görülür. Bir kişinin çoğunlukla travmatik bir olaya tepki olarak düşüncelerine, hislerine, algılarına ve/veya hatıralarına yönelik, azalan ya da değişen erişimlerden kaynaklanan ve altta yatan bir tıbbi bozukluğa atfedilmeyen, normal bilinçteki bir farklılaşmadır (Biere ve Scott, 2016, s:260). Dissosiyasyon, travma sonrası stres bozukluğunun en iyi gözlenen yaşantısıdır. Bu kalıcı ya da geçici olabilir. Bilinçten dışlanan anılar yok olmaz. Yaşadığı travma sonrası ortaya çıkan dehşet verici acıları hatırlamayan bir kişi, yaşam boyu anlam veremediği korkular, kâbuslar ve çeşitli psikosomatik belirtileri yaşayabilir.

Dissosiyatif bozukluk türlerini şöyle sıralayabiliriz; Dissosiyatif Füg: Kişinin geçmişini unutup ani ve anlamsız bir şekilde oturduğu yerden ya da iş yerinden ayrılmasıdır. Kişi kendini başka yerde bulur ve oraya nasıl geldiğini hatırlamaz. Başka bir yerde başka bir kimlikle yaşama durumu da olabilir. Kişi bu dönemle ilgili olayları belleğine getiremez ve anksiyete yaratan durumlardan kaçır. Dissosiyatif Amnezi; otobiyografik bilgileri hatırlamada psikojenik, klinik anlamda anlamlı düzeyde yetersizlik içerir. Savaş, doğal afetler, tecavüz, saldırı ve beklenmedik zamanda beklenmedik kişilerin kaybindan doğan yoğun suçluluk yaratan olaylar, kişiliğin derinliklerinde bilinç dışı inkâr sonucu dissosiyatif amnezi gelişir. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu veya Çoğul Kimlik Bozukluğu: Dissosiyatif kimlik bozukluğu, daha önceden “çoğul kişilik bozukluğu” olarak adlandırılırdı. Dissosiyatif kimlik bozukluğu olanlarda amneziler, fügler, depersonalizasyon, derealizasyon ve benzeri bulgular gibi diğer dissosiyatif bozukluk bulgularının sıklıkla birlikte bulunması olasıdır (Bayraktar, 2012, s:66).

Dissosiyatif kimlik bozukluğu ICD-10’da işlevsel nörolojik belirti bozukluğu kategorisindedir. DSM-IV ve ICD-10 tanı ölçütleri neredeyse aynıdır. Her ikisi de organik bozuklukların ekarte edilmesine gereksinim duyar. Belleğin dissosiyatif bozuklukları birçok basit yollarla ortaya çıkar ve sıklıkla klinik durumlarda gözlenebilir: A. İki ya da daha fazla birbirinden ayrı kimlik ya da kişilik durumunun varlığı (çevre ve kendisi konusunda her biri oldukça süregiden kendi algılama, ilişki kurma ve düşünme biçimine sahiptir). B. Bu kimlik ya da kişilik durumlarından en az ikisi zaman zaman tekrarlayarak kişinin davranışını denetim altında tutmaktadır. C. Önemli kişisel bilgileri sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak biçimde anımsayamama. D. Bu bozukluk bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine (örneğin Alkol Entoksikasyonu sırasında görülen “black-out”lar) ya da genel bir tıbbi duruma

(örneğin kompleks parsiyel epilepsi) bağlı olarak ortaya çıkmamaktadır. Ayrıca çocuklarda belirtiler hayali oyun arkadaşları ya da fanteziye dayalı oyunla açıklanamamaktadır.

Ciddi dissosiyatif bellek bozukluğu olan hastalar yetenekleri, alışkanlıkları veya iyi öğrenilmiş yeteneklerinde şaşırtıcı dalgalanmalar bildirebilirler. Dissosiyatif hastalar sıklıkla, özellikle çocukluk dönemi olayları için otobiyografik belleklerinde ciddi boşluklar bildirirler. Bellekteki boşluklar genellikle keskin sınırlıdır ve genç yaşlar için otobiyografik bellekte görülen azalmaya uymazlar. Hastalar genellikle, kendilerinden ve diğerlerinden uzaklaştığını veya koptuğunu hissettiğini bildirir. Dünya uzak veya gerçek dışı, bulanık veya sisli bir şekilde algılanır. Hastalar bazen uyanırken sanki rüyadaymış gibi hissettiklerini belirtirler (Tutkun ve diğ., 2002)

Madde bağımlılığı: Gerek madde kullananlar arasında dissosiyatif bozukluğa, gerekse DKB hastaları arasında madde kullanımına sık rastlanır. Bu eğilim alkolden çok kimyasal madde yönünde olmaktadır. Şiddet: DKB hastalarında şiddet eğilimi olan alter kişilikler bulunabilir. Bu durum başkalarının canına zarar verme noktasına dek gelebilir. Seri cinayetler işleyen katiller arasında DKB'ye ve çocukluk çağı travmalarına sık rastlandığı kanıtlanmıştır (Glen ve diğ., 2009). Terörist örgütlerin DKB'si olan kişileri kullanmaları olasıdır; örneğin "intihar bombacılığı" gibi eylemlerde öne sürülen kişilerin bu özellikte olanlar arasından seçildiği sanılmaktadır. Ülkemizde son yıllarda artan ve kimi zaman ailelerin genç bireyleri tarafından işlenen aile içi cinayetlerde, disosiyatif psikopatolojinin rolü incelenmelidir.

Aidiyet problemi ve marjinal gruplara katılma: Kendine özgü inançları olan tarikat ve benzeri gruplara katılanlarda çocukluk çağı travmaları ve disosiyatif psikopatolojilere daha sık rastlanması beklenir. Eğitim, iş ve evlilik yaşamı: Özellikle ergenlik döneminde DKB eğitim yaşamını bozabilir. Psikopatolojiyi fark edemeyen aile ve öğretmenler, bu durumu sadece ergenlik sorunları ile açıklama eğiliminde olabilirler. Sağlık maliyeti: Özellikle bedensel disosiyatif fenomenlerin ayırt edici tanı açısından çıkardığı sorunlar, genel tıp kuruluşlarında maliyeti artırırken, tıbbi modele dayalı rutin psikiyatrik tedavilere DKB hastalarının yanıt vermeyerek dirençli vakalara dönüşmeleri ve çok sayıda yatış ve acil ziyaretlerine yol açmaları, psikiyatride maliyeti artırmaktadır. İntihar girişimleri: Çok sayıda ve yineleyen intihar girişimleri kişinin özel ve aile yaşamında büyük tedirginliklere yol açar. Alter kişilik dengelerine bağlı olarak, genellikle son anda kurtulunan bu girişimler sırasında, bedende kalıcı zarar görenler ender değildir. Çok daha az da olsa, ölümle sonuçlanan intihar girişimleri de olabilir. Zamanla tek alter kişiliğe dönme: Tedavi görmeyen DKB hastalarının kendiliğinden entegrasyona gitmedikleri gözlenmektedir (Glen ve diğ., 2009)

5. ANKSİYETE, PANİK ATAĞI BOZUKLUĞU VE TRAVMA

Korku, kaygı ve sıkıntı duygularını içeren anksiyete bozukluğu, kişinin içsel dürtü çatışmasına dayanır. Hem travmaya tepki olarak travma sonrası stres yaşanması açısından bir risk faktörüdür, hem de travmaya maruz kalmayı takip edebilecek bir sendromdur. Anksiyete; duygusal tehlike beklentisiyle birlikte olan huzursuzluk olarak ya da kişilerin anlamakta zorlandıkları son derece üzüntü verici içsel bir huzursuzluk, bazen panik derecesine varan bir endişe ve korku hali ile ikincil psikolojik ve nörovegetatif bulgu ve belirtilerden oluşan sendromdur.

Anksiyete; nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacaktı endişesi ile yaşanan bir bunalı duygusudur. Yaşamı tehdit eden ya da

tehdit şeklinde algılanan bir çeşit alarm duygusudur. İçten ya da dıştan gelen tehlikeler ya da tehlike beklentilerine karşı yaşanan bir tepkidir. Çok hafif gerginlik ve tedirginlikten panik derecesine varan değişik yoğunluklarda olabilir. Anksiyetenin patolojik özellikleri yanı sıra uyuma dönük işlevi de vardır. İç ve dış tehlikelere karşı koruyucu, uyarıcı, önlem alınmasını sağlayan bir yönü de vardır. Algılanan bu tehlikelere karşı benlik (ego) savunma düzeneklerini kullanarak baş etmeye, önlem almaya, kendini korumaya çalışır. Eğer benlik gücü yerindeyse sorun çözülür. Bu nedenle her zaman patolojik ve normal anksiyete arasında ayırım yapmak kolay olmayabilir. Travmatize bireylerde spesifik olmayan anksiyete, genellikle tehdit edici olayların etkisini yansıtır ve her kapsamlı travma terapisinde ele alınmalıdır (Briere ve Scott, 2007, s: 27).

Psikolojik varsayımlar a. Psikoanalitik varsayım: Bu görüşe göre anksiyete temelde bir iç çatışmanın (intrapşik) ürünüdür. Buradaki çatışma benlik ile altbenlik, ya da benlik ile üstbenlik arasında oluşabilir. Altbenlikten haz ilkesi doğrultusunda doyum arayan dürtüler üstbenliğin gerçekleri tarafından engellenir. Benlik bunlar arasındaki çatışmayı çözerek dürtüyü bastırırsa (represyon) sorun çözülür. Benlik çatışmayı çözemezse, bastıramazsa bunu tehlike olarak algılar. Bütün bu süreç bilinç dışında yaşanır. Bilinç alanında ise ortaya anksiyete çıkar. Buna “serbest yüzen anksiyete” denir. Eğer bastırma işe yaramadığında bu çatışmayla başetmek için diğer savunma düzeneklerini kullanırsa kullandığı savunma düzeneğine göre diğer anksiyete bozukluklarının klinik tabloları gelişir. b. Davranışçı varsayım: Davranışçı görüşe göre anksiyete öğrenilmiş bir süreçtir. Koşullu uyaranlar koşulsuz tepkilere neden olur. Ayrıca sosyal öğrenme ile ailenin tepkileri de model olarak alınır. c. Bilişsel (kognitif) varsayım: Bu varsayıma göre anksiyetenin nedeni olayın kendisi değil, bu olayın kişi tarafından nasıl yorumlandığı, nasıl algılandığıdır. Olayların çarpıtılmış düşünce örüntüleriyle algılanması sonucunda anksiyete ortaya çıkar. Biyolojik varsayımlar: Anksiyete bozukluklarında otonom sinir sisteminde sempatik etkinliğin arttığı, buna bağlı olarak fizyolojik belirtilerin ortaya çıktığı düşünülmektedir. Biyokimyasal olarak yapılan çalışmalarda nörotransmitterler üzerinde durulmakta, noradrenalin ve serotonin düzeylerinin arttığı düşünülmektedir. Ayrıca bazı nörokimyasal maddelerin (sodyum laktat gibi) verilmesiyle yapay olarak panik nöbetleri ortaya çıkarılabilmektedir. Bunların dışında kalıtsal bir yatkınlığın olduğundan da söz edilmektedir (Dunner, 1996, s:55-56).

6. PANİK BOZUKLUK VE TRAVMA

Panik bozukluğu, ani olarak, beklenmedik bir zamanda ve yerde ortaya çıkan, “panik atağı” olarak adlandırılan yaşantılarla kendini gösteren bir hastalıktır. Kendiliğinden ve beklenmedik bir biçimde ortaya çıkan panik ataklarla giden bir klinik tablodur. Panik atak aniden ve beklenmedik biçimde ortaya çıkan , ½-1 saat süreli, bedensel belirtilerin eşlik ettiği yoğun bir anksiyete nöbetidir. Ataklarda çarpıntı, terleme, titreme, nefes darlığı, boğulma hissi, göğüs ağrısı, bulantı, baş dönmesi, sersemlik, kontrolünü kaybedeceği korkusu, çıldıracağı korkusu, ölüm korkusu, uyuşma ve karıncalanmalar, üşüme, ürperme, çevrenin değiştiği duyguları gibi belirtilerden 4 ya da daha fazlasının olması gerekir. İlk panik atak sıklıkla kendiliğinden ortaya çıkar. Herhangi bir uyarılma, fiziksel egzersiz, duygusal travma, kafein, alkol, madde kullanımı gibi durumlar ilk atağı tetikleyebilir. Ataklar ani başlar, belirtiler ortalama 10 dakikada doruk noktasına ulaşır. Ana belirti ölüm, kontrolünü yitirme ve çıldıracağı korkusudur. Bu korkunun kaynağı belirsizdir. Birlikte anksiyetenin fizyolojik belirtileri yoğun olarak görülür.

Buldukları yeri terk etme, yardım arama davranışı görülür. Ataklar dışında atakların yineleyeceği korkusu yani beklenti anksiyetesi vardır. Sıklıkla geç ergenlik döneminde ya da 30’lu yaşlarının ortalarında görülür. Yaşam boyu yaygınlığı % 1,5-3 arasındadır. Kadınlarda 2-3 kat fazladır (Falsetti ve Resnick, 1997, s:684).

Travma sonrası stres bozukluğu ile panik bozukluk önemli ölçüde bir arada görüldüğü belirtilmektedir. Bu nedenle, terapist travmaya maruz kalanların yaşadığı ıstırapı değerlendirirken panik dönemlerini soruşturmalıdır ve travma atlatanın yaşadığı panik atakların travma sonrası stresin bir biçimi olabileceği olasılığını akılda tutmalıdır. Panik atak eğer kişinin kaçması ya da yardım alması güç olan bir durumda ya da yerde ortaya çıkıyor ve böyle bir durumdan kaçılıyorsa “Panik bozukluk (agorafobili)” olarak adlandırılır. Tipik olarak bu ortamlar evden dışarıda yalnız olma, kalabalıkta kalma, otobüs, tren gibi araçlarda seyahat etme, köprü üstünde, asansörde olma gibi durumlardır. Kişi yoğun bir sıkıntıyla bu ortamlara katlanır. Çoğunlukla böyle ortamlarda bulunmaktan kaçınır ya da birinin eşlik etmesiyle dayanabilir. Kaçınma davranışı kişinin sosyal ve mesleki yaşamını bozar. %20-80 depresif belirtiler eşlik eder. Panik ataklı hastaların öykülerinde; yalnızlık, ayrılık düşüncesi, mükemmeliyetçilik, korku ve duygusal yaşamda duygudaşlık vardır (Leskin ve Sheikh, 2002, s:600).

Yapılan araştırmalar panik atak geçiren kişilerin psikiyatriye başvurmadan önce ortalama on ayrı doktora başvurduğunu göstermiştir. Bu hastaların panik atağı geçirdiği genelde anlaşılammakta ve bu nedenle yanlış tanı ve tedavi sık olmaktadır. Panik ataklar sıklıkla kalp krizi ile karıştırılmaktadır. Bu hastalar atak sırasında sıklıkla “kalp krizi geçiriyorum” kaygısı ile acil servise başvururlar. Aynı şekilde ataklar kalp hastalığı ile karıştırılıp buna yönelik tedavi başlanabilmektedir. Bu nedenle doğru tanı konması önemlidir. Doğru tanı koyabilmek için ayrıntılı fizik muayene, ruhsal muayene yapılmalı, nörolojik, endokrin, kalp ve solunum sistemi hastalıkları araştırılmalıdır. Bedensel bir hastalığın ortaya çıkması panik atak olmadığını göstermez. Bazı bedensel hastalıklara panik ataklar da eşlik ediyor olabilir. Bu durumda yine panik atakları önlemeye yönelik tedavi başlanmalıdır. Panik bozukluğunun en uygun tedavisi ilaç kullanımının yanında bilişsel ve davranışçı terapi tekniklerinin kullanılmasıdır. Gevşeme egzersizlerinin de hastaya öğretilmesi faydalı olabilir. Panik atakları sırasında ilaç kullanımının pek faydası olmaz. Uygun doz ve uygun süre ilaç kullanımı ile atakların tekrarlaması önlenir. Yine diğer terapi yöntemlerinde amaç atakların tekrarını önlemektir. Panik atağını uyaran gıdalardan uzak durulması, uyku ve yeme alışkanlıklarının düzenlenmesi atakları önlemeye yardımcıdır (Cogle ve diğ., 2010, s:185-186). Panik atak insanı öldürmez, ancak atak sırasında ne yapacağını bilmek, hastaların tedavisinde önemlidir. Panik ataktan kurtulmanın temel kuralı; korkuları yenmek, korku yaşamaktan daha kolay olmalıdır.

7. FOBİK KAYGILAR VE TRAVMA

Korkulan nesne, eylem ya da durumdan bilinçli kaçınma ile sonuçlanan kişinin mantıksız olduğunu bildiği bir korkudur. Fobik nesnenin varlığı ya da beklentisi kişide yoğun anksiyeteye neden olur. Etkilenen kişi reaksiyonunun aşırı olduğunu farkındadır. Yine de fobik tepki kişinin işlevselliğini belirgin ölçüde etkiler. Akılcı olmayan korkuların nedeni ile ilgili en mütevazı modeller; önceki sarsıcı olaylarla ilgili uyaranlarla ilişkili koşullanmış korku tepkilerine vurgu yapma eğilimindedir, diğer

yandan kimileri fobi gelişiminin daha genetik yanlarını vurgular (Mayou ve diğ., 2001, s:1236).

Fobiler sıklıkla çocukluk veya ergenlik çağlarında başlarlar, tedavi edilmezlerse süregelen veya dalgalanmalar halinde seyir gösterirler ve erişkinlik döneminde çoğunlukla kendiliğinden azalır veya kaybolurlar. Basit fobi; En sık rastlanan ruhsal bozukluklardır; toplumun %5-10'unda görülürler. Kadınlarda en sık, erkeklerde alkol ve madde bağımlılığından sonra en sık görülen ruhsal bozukluklardır. 5 temel grup altında sınıflandırılırlar: Hayvan Fobisi, Doğal Çevre Fobisi, Kan ve Yara Fobisi, Durumsal Fobi (örneğin; yükseklik, kapalı alan, toplu taşıma aracı, asansör, uçak), Diğer Fobiler (örneğin; soluğun kesilmesi, kusmak, çocuğun film kahramanlarından korkması).

Sosyal Fobi; sosyal fobi kendini sosyal ortamlarda ya da performans gösterilmesi beklenen durumlarda, bireyin, aşağılanmasına veya utanç duymasına sebep olabilecek bir davranış göstereceğine ilişkin belirgin ve inatçı bir korku duymasıdır. Bu korku ve sonucunda oluşun kaçınma davranışları, kişinin iş, sosyal ve özel yaşamını kısıtlamaktadır. Sosyal fobi belirgin yeti yitimine sebep olan kronik bir hastalıktır. Fizyolojik belirtileri diğer anksiyete bozukluklarının belirtilerine benzer. Ama sosyal fobi hastaları bu belirtileri değişik biçimde tanımlayabilirler. Yine de en çok şu bedensel yakınmalar görülür: çarpıntı, titreme, gerginlik, midede rahatsızlık hissi, ağız kuruluğu. Sosyal fobinin en belirgin özelliği kaçınma davranışlarıdır. Birey korktuğu sosyal ortamlardan uzak durmakta ancak bunun sonuçları ortama girmekten daha kötü olduğu zaman, yoğun anksiyeteye rağmen korktuğu ortama girmektedir (Alkın ve Onur, 2007, s:297).

8. MAJÖR DEPRESYON VE TRAVMA

Önemli bir travmaya maruz kalanların majör depresif bozukluk geliştirme riski altında oldukları söylenebilir. Depresyon travma sonrası stres bozukluğu ile en sık bir arada görülen bozukluklardan biridir. Ayrıca travmatik kayıpla bağlantılı yas da majör depresyona yol açabilir. Depresyonun kimi belirtileri travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ile örtüşür. Bu durum genel bir değerlendirme yapmayı zorlaştırır. Ayrıca bir çık travma mağdurunun başvuru şikâyeti, depresif ruh halidir ve başlangıçta travmaya maruz kaldıklarını belirtmeyebilirler (Gros, Simms ve Acierno, 2010, s:886). Bu nedenle travma mağdurlarını değerlendiren terapistler şu sıralanan, depresif belirtilere karşı uyanık olmalıdırlar; geri dönülmez kayıpla ilgili üzüntü ve rahatsızlık duygusu, gelecekte olası olan travmatik olaylar hakkında umutsuzluk, değersizlik duygusu, aşırı suçluluk veya travmatik bir olayı hak etmekle ilgili düşünceler. İntihara yatkınlık, daha önce keyif alınan işlerden ilgi kaybı, dikkat yeteneğinin azalması, devinişsel huzursuzluk veya yavaşlama, yeme bozukluğu ve kilo kaybı, bitkinlik ve enerji kaybı, uyku bozukluğu ve türevleri yaşanabilir (Briere ve Scott, 2016, s:26).

Majör depresyon, işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açan, yinelemelerle gidebilen, yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilen önemli bir psikiyatrik hastalıktır. Yeterli tedavi edilmediğinde süregelenleşebilir ve kişinin sosyal işlevselliğini, iş yaşamına katılımını engelleyerek önemli maddi ve manevi kayıplara neden olabilir. Majör depresyon hastalarında depresyon ve tedavilerine yönelik tutum özelliklerinin, depresyon tedavisinde yardım arama, tedavi uyumu gibi önemli süreçleri olumsuz yönde etkileyebildiğine işaret eden çalışmalar mevcuttur (Vergouwen ve diğ., 2009).

Tüm seçeneklere rağmen ilaç tedavilerine yanıt alınamayan, yeterli düzeyde şikâyetlerinde iyileşme olmayan, ilacın bırakılmasından hemen sonra depresif belirtileri

tekrarlayan, ilaç kullanmak istemeyen veya olası yan etkilerden dolayı ilaç kullanamayan (gebelik gibi) önemli sayıda depresyon hastası bulunmaktadır. Bu sorunlar, hekimleri depresyon tedavisinde psikosomatik sağaltım yöntemlerine veya psikoterapilere yönlendirmektedir. Depresyon tedavisinde önemli seçeneklerden biri de psikoterapilerdir. Ancak tüm dünyada depresyonun yaygın görülmesi ve hasta sayısının her geçen gün artmasına karşın yeterli sayıda psikoterapi yapabilecek yetkin terapistin bulunmamaktadır (Mohr, 2014, s:408). Psikoterapi yapmak için gerekli zaman veya mekân gibi teknik imkânsızlıklardan dolayı birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de depresyon tedavisinde psikoterapi seçeneği ilaçlar kadar sık kullanılmamaktadır.

9. PSİKOTİK DEPRESYON VE TRAVMA

Psikotik depresyon hezeyan ya da halüsinasyonlarla karakterize, şiddetli bir duygudurum bozukluğu formudur. Daha ağır seyrederek depresif tabloya psikotik özellikler de eşlik eder. Bu psikotik belirtiler sanrı (hezeyan) ve varsanıdır. Bu psikotik belirtiler sıklıkla depresif tema ile uyumludur. Yani, suçluluk, yetersizlik, günahkârlık, cezalandırılmaya lâyık olma, kabahatleri yüzünden kendinin veya başkalarının başına felaketlerin geleceği çürüyüp yok olmakta olduğu hezeyanları olabilir. Kulağına kendisini aşağılayan, hakaret eden, iftira atan sesler gelebilir. Çürüyor olduğuna ilişkin pislik kokuları tarzında koku halüsinasyonları söz konusu olabilir. Genelde bipolar affektif bozukluk (iki uçlu duygudurum bozukluğu) seyrinde ortaya çıkar. Tedavi edilebilmekle birlikte tekrarlama olasılığı yüksektir. Ciddi boyutta işlevsellik kaybına sebep olabilir. En kötü tarafı ise intihar riskinin yüksek olmasıdır. Daha ağır yöntemler kullanıldığı için ise ölüm olasılığı atmaktadır. Hastanın tedavi için mutlaka hastaneye yatırılması gerekir (Schatzberg ve Rothschild, 1992, s:149).

Travma psikozla olduğu gibi depresyonla da ilişkilendirilmiştir. Dolayısıyla psikotik özellikler gösteren majör depresyonun travma sonrası stresle bağlantılandırılması beklenebilir (APA, 2013). Daha şaşırtıcı olan, psikotik belirtiler gösteren depresyondaki kişilerde, psikotik belirtileri olmayan depresyondaki kişilerle kıyasla travma sonrası stres bozukluğu yaşayanların dört kat daha yaygın olmasıdır (Zimmerman ve Mattia, 1999, s:313).

Psikotik depresyon geçirenlerde travma sonrası stres bozukluğu riskinin yüksekliğinin çeşitli açıklamaları olabilir. Şiddetli travma hem psikoz hem de depresyon üretebilir ve bazı bireylerde her iki belirti dizisi eş anlı olarak görülebilir. İkinci olarak, psikotik depresyona yatkınlığı olanlar, azalmış duygulanım düzenleme yetenekleri veya stres altında bilişsel olarak dağılma eğilimleri nedeniyle travma sonrası stres bozukluğu riski taşıyabilirler. Üçüncü olarak, aynı zamanda depresyon yaşayan travma sonrası stres bozukluğundan mustarip kişilerin “psikotik” belirtilerinin bir kısmının, aslında travma sonrası stresle bağlantılı, şiddetli mütecaviz belirtiler dizisi olma olasılığı yüksektir. Travma sonrası stres, depresyon ve psikoz arasındaki bağlantıların nedeni ne olursa olsun; değerlendirme yapan terapist psikoz ve depresyonun her ikisinin de belirtilerinden şikâyet edenlerin, önemli bir travmaya maruz kalmış olma olasılığına karşı uyanık olmalıdır (Briere ve Scott, 2016, s:26).

10. PSİKOSOMATİK BOZUKLUKLAR, BAĞLANTILI BOZUKLUKLAR VE TRAVMA

Soma; vücut, beden anlamına gelmektedir. Psikiyatride “Psikosomatik” hastalıklar fiziksel rahatsızlıkların organik kaynaklı olmayıp psikolojik kaynaklı olduğu düşünülen hastalıklardır. Somatik belirti tepkileri, psikolojik faktörlerin ciddi bir şekilde fiziksel ya

da bedensel belirtileridir. Tıp, psikosomatik hastalığın, beden-zihin ile ilgili ikili düşünceyi içeren ve psikosomatik bozukluğu olan bireyleri sadece biyolojik bir organizma olarak değerlendirilmesinin yerine, ister bilinçli ister bilinçsiz olsun duyguların, düşüncelerin ve davranışların da etkili olduğunu savunmaktadır. Psikosomatik rahatsızlıkları olanlar dış görünüm ve davranışlarında hasta izlenimi vermeyebilir. Bu kişiler kendi içlerinde yoğun bir sıkıntı yaşamakta, gerçek yaşamda baş etme gücü çökme ve zorlanmaktadır. Esas problem duygusal yaşantıdan kaynaklanmaktadır. Özellikle travma mağdurlarıyla bağlantılı olanlar ise somatik belirti bozukluğu ile işlevsel nörolojik belirti bozukluğudur. Ayrıca psikosomatik kökenli “hastalık hastalığı” ve “ağrı bozukluğu” da bu sınıfa dâhildir (Bayraktar, 2012; Briere ve Scott, 2016).

Somatik belirti bozukluğu; somatoform bozukluk olarak da isimlendirilen bu tür rahatsızlıklarda nörolojik ve fizyolojik araştırmalar sonucunda rahatsızlığın bu boyutunu açıklayabilecek ölçüde hiçbir fiziksel bulguya rastlanmaz. Fiziksel bir neden olmadan, vücutta belli rahatsızlıkların yaşanması aslında yeni bir olgu değildir. Bundan 150 sene kadar önce bu durum yetişkinler için tanımlanmış, bu tanım için “histeri” sözcüğü seçilmiş ve üstünde en çok çalışılan konulardan biri olmuştur. Zaman içinde, çocuk ve gençlerin de benzer sorunlar yaşayabildikleri fark edilmiştir. Psikosomatik bozukluklar küçük çocuklarda belirsiz şikâyetler olarak ortaya çıkar; çocuk ağrısının ya da genel olarak şikâyetinin yerini tam olarak gösteremez. Okul çağı çocukları rahatsızlık veren yeri gösterebilirler, gençler ise sıkıntılarını ayrıntılı bir şekilde anlatabilirler (Lipowski, 1988, s:1360).

Somatik belirti bozukluğu olan kişiler çok çeşitli fiziksel belirtiler veya ortak somatik odak belirtilerle ilişkili aşırı düşüncelerin, hislerin veya davranışların olduğu, bir veya iki belirti gösterir. Somatizasyon travmatik diğer olayların yanı sıra, çocuklukta kötü muamele, özellikle de cinsel istismar geçmişi ile bağlantılı olabilmektedir (Ginzburg ve Solomon, 2011, s:360). Travma ve somatik belirtiler arasındaki bağlantının nedeni net değildir. Travma mağduru bedenini etkilediğinde, sempatetik aktivasyona özellikle cevap veren organ sistemlerinin sürekli otonomik uyarımı ve cinsel istismar mağdurlarında görülen kronik leğen kemiği ağrısı gibi, somatik savunmasızlıkla aşırı meşguliyetin etkilerinin görülmesi ihtimal dâhilindedir (Briere, 1992). Somatizasyon bazı kültürler ve alt kültürlerde diğerlerine nispeten, stresin ifadesi veya travmatik stresin doğrudan temsili olarak daha çok hizmet edebilir (Kirmayer, 1996, s:135).

Psikosomatik ya da diğer bir deyişle somatoform rahatsızlıkların nedenleri tam olarak saptanamamış olmakla birlikte, ortaya çıkmalarında en etkin olan nedenlerin başında travma ve bireyin karşılaştığı önemli yaşam olaylarının geldiği bilinmektedir. Kimi bireylerin stresle baş etme becerileri doğal olarak daha yüksek olabilir, kimi bireyler ise stresten etkilenmeye daha eğilimlidirler. Stresten etkilenmeye eğilimi olan bireyler duygularını sözel olarak ifade etmekte zorlanabilirler, toplum kuralları nedeniyle birçok şeyi içlerine atmak durumunda kalabilirler, ailelerini üzmemek için her şey yolundaymış gibi davranabilirler. Genellikle sıkıntılarını konuşmaktan kaçınan, endişenin bastırıldığı ailelerde yetişen bireylerde bu soruna çok daha fazla rastlanmaktadır. Bu durumlarda, bireyin sıkıntısı beden üzerinden ifade edilebilir ve sanki sorun fizikselmiş gibi görülebilir. Ancak, herhangi bir fiziksel sorunun psikolojik kökenli olduğuna karar verebilmek için tüm muayenelerin yapılması ve fiziksel nedenlerin bertaraf edilmesi gerekir. Bireyin fiziksel bir şikâyeti olduğunda ilk

yapılacak iş, o konunun uzmanı olan bir doktora gitmek ve gerçekten fiziksel bir bulgu olup olmadığını saptamaktır. Eğer fiziksel bir bulgu bulunamıyorsa o durumda, terapistin aileyle bireyin gelişimi, hayatındaki önemli değişiklikler, ailenin sorunlarla baş etme yöntemleri, aile içi ilişkiler, bireyin arkadaş ilişkileri gibi birçok konu ile ilgili bilgi alması gerekir. Bunların yanında bireyle yalnız bir görüşme de yapılmalı, kişinin kendini ve içinde bulunduğu ilişkiler ağını nasıl algıladığı değerlendirilmelidir. Bundan sonrasında bir uzmandan yardım alınarak bireyin bedeninden gelen sinyallere karşı daha duyarlı hale getirilmesi önemlidir. Terapist, bireyin sözel olarak dışarı vuramadığı sıkıntılarını ortaya çıkarması için ona oyun, sanat ya da diğer yöntemlerle bir ortam hazırlar ve bireyin kendisini ifade edebilmesi için rahat bir ortam oluşturur. Daha sonraki aşamada, bireyin sıkıntılarla baş etmeyi öğrenmesi için çeşitli çalışmalar yapılır. Ailenin de bu çalışmalara katılması ve aile içinde sorunları ele alma yöntemlerini değiştirmesi, bu konuda destek alması da son derece önemlidir (Courtois, 2004, s:420).

Hem somatik belirtinin ve hem de işlevsel nörolojik belirti bozukluklarının kültüre göre değişiklik gösterdiği görülür ve kimi zaman psikolojik stresin alt kültürel modelleri ya da açıklamalarını yansıtır. Kültürel işlevleri ne olursa olsun, İşlevsel nörolojik belirti bozukluğu tepkilerinin bazı toplularda diğerlerine kıyasla daha sık olduğu görülmektedir (Leff, 1988).

11. PSİKOZ VE TRAVMA

Psikoz belirtileri herkeste değişik şekillerde görülür ve bu bağlamda psikotik bir hastalığa belirli bir ad vermek ya da etiketlemek erken aşamalarda her zaman yararlı değildir. Bununla beraber, bir kişide psikoz belirtileri görüldüğünde genellikle belirli bir psikotik hastalık tanısı konulur. Tanı, bir hastalığın kişinin gösterdiği belirtilere göre belirlenmesidir. Tanı, hastalığın nedenlerine ve belirtilerin ne kadar sürdüğüne bağlı olarak konulur. Bir kişide psikoz belirtileri ilk defa görüldüğünde, bu aşamada hastalığı belirleyen birçok etkenin hala net olmaması nedeniyle, ne tür bir psikotik bozukluk olduğu tanısını koymak özellikle zordur. Organik Psikoz; Psikotik bozukluk belirtileri bazen beyin zedelenmesi ya da beyin iltihabı, AIDS veya beyin tümörü gibi beynin işlevlerini etkileyen fiziksel hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkabilir. Genellikle, bellek bozuklukları ya da zihinsel karmaşa gibi başka belirtiler de görülür. Kısa Süreli Tepkisel Psikoz; Bu tür psikozda psikotik belirtiler ailede birinin ölümü ya da yaşam koşullarının değişmesi gibi kişinin yaşamında oluşan büyük bir strese tepki olarak aniden ortaya çıkar. Belirtiler çok ağır olabilir, ancak kişi bir kaç gün içinde iyileşir. Madde Bağımlılığından Kaynaklanan Psikoz; Psikotik bozukluk belirtilerinin ortaya çıkması, alkol ve madde kullanma ya da bırakma ile ilgili olabilir. Bazen bu belirtiler, madde kullanıldığı sürece devam eder maddenin etkisi geçtiğinde hızlı bir şekilde kaybolur. Bazen de madde veya alkol kullanımı kesilmesine karşın sürebilir. Bazı vakalarda tek kerelik madde kullanımlarında bile (örn; esrar) psikoz geliştiği bilinmektedir (Berksun, 2015, s:68).

Hastane dışında tedavi gören travma nüfusu içerisinde tipik olmasa da, psikotik belirtiler baş edilemeyen travmatik olaylara maruz kalmanın akabinde görülebilir. Travma sonrası stres bozukluğu olan, tedavi arayışındaki savaş gazilerinin en az %30'u bazı halüsinasyonlar veya hezeyanlar yaşadığı, fiziksel ve cinsel saldırıya ve çocuk istismarına maruz kalan mağdurlar arasında psikotik belirtiler belgelenmiştir. Ayrıca psikotik kişilerin analizlerinde; çocukluk travmasının varlığı, daha şiddetli ve çeşitli

psikotik belirtilerle ve daha bozuk davranışla ilişkilendirilmiştir (Vogel ve diğ., 2010, s:125).

Belirgin stres kaynakları olan kısa süreli psikotik bozukluk ilk defa DSM III-R'da kısa süreli reaktif psikoz şeklinde tanımlandı (APA, 1987). Belirgin stres kaynağı olan kısa süreli psikotik bozukluk genellikle birdenbire başlaması ve doğası gereği oldukça renkli olabilmesi ile dikkat çeker. Tanı dört psikotik belirtiden en az birinin mevcudiyetini gerektirir; hezeyanlar, halüsinasyonlar, dağınık konuşma ya da aşırı ölçüde dağınık veyahut katatonik davranış. Diğer akut psikoz durumlarında olduğu gibi, bu hasatlıkta da bazen taşkın aşırı heyecan, duygusal stres ve kafa karışıklığı eşlik eder. DSM V intihar teşebbüslerini bağlantılı bir özellik olarak listeler ve bu bozukluğu olan kişilerin yakın gözetim gerektirebileceğini belirtir. Belirgin stres kaynakları olan kısa süreli psikotik bozukluğun süresi bir gün ile bir aydan kısa süre arasında değişir, fakat bu zamansal sınırlama tartışmaya açıktır. Travmatik bir stres kaynağını takip eden psikotik bir episodun gerçekte Belirgin Stres Kaynakları Olan Kısa Süreli Psikotik Bozukluk olup olmadığı her zaman net değildir. DSM IV'de belirtildiği gibi psikoz travmayla ilişkili olabilir fakat birkaç ay ya da daha uzun sürebilir (APA, 2000, s: 331). Bu belirtiler DSM V'in gerektirdiği ve bir bakıma da keyfi olan bir ay sınırını aştığı için-travmayla bağlantılı görünseler bile Belirgin Stres Kaynakları Olan Kısa Süreli Psikotik Bozukluk tanısı alamazlar. Ancak ağır bir travmanın psikotik özellik gösteren depresyona yol açması veya tetiklemesi de sıkça görülür (Briere ve Scott, 2016, s:42).

12. ŞİZOFRENİ VE TRAVMA

Şizofreni, toplumun yaklaşık % 1'ini etkileyen, genellikle 25 yaşından önce başlayan, bütün sosyal sınıflarda görülen, kişilerarası ve mesleki işlevselliği bozan ve süregelen seyreden çok yönlü bir hastalıktır. Başlıca belirtileri; sanrılar ve varsanımlar, düşünce, konuşma ve davranış bozuklukları, duygularda ve duygulanımda bozulmalar, bilişsel kayıplar ve irade kaybıdır. Şizofreni birçok davranış ve düşünce bozukluğuna neden olan beynin yapısında, fizyoloji ve kimyasında önemli değişikliklerin olduğu çok sistemli psikiyatrik bozukluklardan biridir. Erken yaşlarda başlayarak hayat boyu süren, sonlanımı kötü olan bir hastalıktır. Biyokimyasal anatomik ve genetik alanlardaki birçok ilerlemelere karşın şizofreni kendine Özgü yaşantıları ve davranışsal belirtileri olan ve ancak bu belirtilerin gözlenmesi ile tanı konabilen bir hastalık olarak kalmaya devam etmektedir (Öztürk, 1997).

Algılama, düşünme, konuşma, dil, sosyal etkileşimler, motor davranış, dikkat, istem, dürtü kontrolü, duygusal ifadeler ve çevreye yanıt alanlarında önemli belirtileri vardır. Tanı koydurucu bir belirtisi bulunmamaktadır. Eşlik eden özgül biyokimyasal, nöroradyolojik, fizyolojik ve psikolojik test olmadığından bu tanı hala bir dışlama tanısı olarak kalmaktadır. İşlevselliği önemli ölçüde bozar ve olgular toplumdan dışlanırlar. Dışlanmalarında hastalık hakkında bilgi eksikliği önem taşır. Şizofreninin bir klinik özgün durumu olmaktan çok nedenselliği bilinmeyen, benzer belirtiler verebilen bir grup hastalık olarak ele alma eğilimi vardır. Bir spektrum olarak kabul edilmektedir. Şizofreniye özgü bir laboratuvar testi yoktur (Morgan ve Fisher, 2007).

Travma mağdurlarında görülen bazı halüsinasyonlar aslında travma sonrası flashbackleri yansıtabilir, bazı hezeyanlar travma kaynaklı bilişsel çarpıtmaları ve aşırı tetikte olma halini ifade edebilir ve şizofreninin bazı negatif işaretleri aslında travma sonrası dissosiyasyondan kaynaklanabilir (Briere, 2004, s:118). Fakat yine de, şizofreninin nörolojik yatkınlık-stres modeli göz önüne alındığında, sonuç olarak açık

şizofreni belirtileri gösteren en azından bazı kişilerin, çocukluk travmasının stres etkileri genetik yatkınlığı aktive ettiği için bu durumda olmaları yüksek bir olasılık olarak görünmektedir (Walker ve Diforio, 1997, s:683). Fakat çocukluk istismarı ve ileri dönemdeki şizofreni tanısı arasındaki bağlantının kısmen, travma sonrası stresin biyolojisi ile şizofreninin farz edilen biyolojik alt katmanları arasında nörogelişimsel etkileşimi yansıtması da mümkündür (Read, Perry, Moskowitz ve Connolly, 2001, s:343).

13. SONUÇ

İnsanoğlunun yeryüzünde var olduğu günden beri tabiatın yıkıcılığı ve insanın vahşete, saldırganlığa olan meyli ve ne yazık ki ölümün var olması travma yaşantısını insanlık tarihi kadar eski kılar. Kötü haber, travma hayatın bir gerçeğidir, iyi haber ise insanın psikolojik direncinin de hayatın bir gerçeği olmasıdır. Travmanın bir anlamı “dile getirilemez” olmasının nedeni; vahşete verilen olağan tepkinin ona direnmek olmasıdır. Bu tepkilerin başında onu akıldan çıkarıp atmaktır. Onu yüksek sesle dillendirmek bile fazlasıyla korkutucu olabilir. Ama akıldan o olayı atarken ya diğer yaşanmışlıkları da atıyorsak, bize kalanla yaşadıklarımızı anlamlandırabilir miyiz? Olayları en derinlere gömsek de, korku ve vahşet gömülmeyi reddeder. Tarih bu retlerin hayaletleri ile doludur. Bu hayaletler mutlaka bir psikolojik semptom olarak ortaya çıkar. Ruhsal travma tarihi insanın akli gibi gelgitli bir izlek sürer. Bir dönem aktif olarak üzerinde konuşulan bir kavram, bir dönem unutmama. Bu unutmama veri yetersizliği ya da moda çalışma olmaması gibi bahisler değil. Konu öyle tartışmalara ve çalışmalara sebebiyet verdi ki; bazı dönemler lanetli konu sayıldı.

Psikolojik travmayı çalışmak, hem doğal dünyadaki insan yaralanabilirliği hem de insan doğasındaki kötülük kapasitesiyle yüz yüze gelmektir. Psikolojik travmayı çalışmanın anlamı dehşetengiz olaylara tanık olmaktır. Olaylar doğal afet ya da “Tanrı’nın işi” olduğunda, tanık olanlar sempati duymaya hazırdır. Fakat travmatik olaylar insan yapısı olduğunda kurban ve fail arasındaki çatışmaya yakalanırlar. Bu çatışmada tarafsız kalmak ahlaken mümkün değildir. Seyirci kalanlar taraf tutmaya zorlanırlar (Herman, 2016, s:10). Kurban ve fail arasındaki duruma seyirci kalanlar, failin tarafını aslında tutuyorlardır ancak bundan haberdar değildirler. Fail seyircilerin sessiz kalmasını ister. Kurban ise sahip çıkılmak ve yükünün paylaşılmasını bekler.

Savaş ve kurbanlar toplumun unutmak istediği bir şeydir; acılı ve nahoş olan her şeyin üzerine bir unutuş örtüsü çekilir. Karşı karşıya iki taraf olduğunu görürüz; bir tarafta belki de unutmak isteyen ama unutamayan kurbanlar, diğer tarafta kuvvetli, çoğu kez bilinç dışı Saiklerle, çok yoğun olarak hem unutmak isteyen hem de bunu yapmayı başaranlar. Karşıtlık... sıklıkla her iki taraf için de çok acıdır. En zayıf olan... bu sessiz ve eşitsiz diyalogda kaybeden taraf olur (Eitinger, 1980, s:134). Psikolojik travma güçsüzlerin bir felaketidir. Travma anında kurban ezici bir kuvvet tarafından çaresiz hale getirilir. Kuvvet doğanın olduğu gibi, afetten söz ederiz. Kuvvet başka bir insanın olduğu gibi, vahşetten söz ederiz. Travmatik olaylar insanlara kontrol, bağ kurma ve anlam duygusu veren olağan davranış sistemlerini altüst eder (DSM III, 1980, s:236).

Psikolojik travma çalışmasının, kurbanı inanmama ya da onu görünmez kılma eğilimiyle sürekli mücadele etmesi gerekir. Alanın tarihi boyunca tartışma, travma sonrası bozukluğu olan hastaların bakıma ve saygıya mı haklarının olduğu, yoksa aşağılanmaya mı layık oldukları; gerçekten acı mı çektikleri, yoksa iftira mı attıkları;

hikâyelerinin doğru mu, yoksa yalan mı olduğu; şayet yalansa hayali mi, yoksa kötü niyetle uydurulmuş mu olduğu noktasında alevlendi. Psikolojik travma olgusunu belgeleyen devasa literatüre rağmen, tartışmanın odağı hâlâ bu olgunun inanılır ve gerçek olup olmadığı yolundaki temel sorudur (Hertman, 2016, s:11).

KAYNAKÇA

Akyüz, G., Kuğu, N., Doğan, O. ve Özdemir, L. (2002). Bir psikiyatri polikliniğine başvuran evli kadın hastalarda aile içi şiddet, evlilik sorunları, başvuru yakınması ve psikiyatrik tanı. *Yeni Symposium V*: 40 Pp:41-48

Alkın, T., ve E. Onur, (2007). Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. E. Köroğlu, C. Güleç, ve S. Şenol (Ed.). *Psikiyatri Temel Kitabı* içinde. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. Pp:296-303.

Anastasi, A. (1982). *Psychological Testing*. New York: Mac Millan Publishing Co. Inc.

Andersson, L. Lindskog, S. Blomlöf, L. Hedström, K.G. Hammarström, L. (1985). Effect Of Masticatory Stimulation On Dentoalveolar Ankylosis After Experimental Tooth Replantation. *Endod Dent Traumatol V.1*. Pp:13–16.

APA. (2013). (American Psychiatric Association). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition)*. Washington, DC: APA

APA. (1987). (American Psychiatric Association). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: APA

APA (1994). (American Psychiatric Association). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: APA

APA. (2000). (American Psychiatric Association). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: APA

Arıkan, Ç. (2011). 'Aile İçi Şiddet: İstismar ve İhmale Sosyal Hizmet Müdahalesi.' *Sosyal Dışlanma ve Aile: Sosyal Hizmet Müdahalelerinde Güçlendirme Yaklaşımı* (Ed. Y. Özkan). Ankara. Maya Akademi. Pp:31-49.

Bandura, A. (1979). Self-referent mechanisms in social learning theory. *American Psychologist*. V:34. Pp:439-441.

Bandura, A., Ross, D. & Ross, S.A. (1961). Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, V:63, Pp:575-82.

Bayraktar, S. (2012). *Psikolojik Travma*. Ankara. Nobel Tıp yayınları

Berksun, O. (2015). *Psikotik Özellikli Bozukluklar*
<http://www.oguzberksun.com/psikotik-ozellikli-bozukluklar>

Briere, J.A. ve Scott, C. (2016). *Travma Terapisinin İlkeleri*. Bilgi Üniversitesi Yayınları. İstanbul

Briere, J. ve Spinazzolla, J. (2005). Phenomenology and Psychological Assessment of Complex Posttraumatic States. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 18, No. 5, , pp. 401–412

Brown GR, Anderson B (1991) Psychiatric morbidity in adult patients with childhood histories of sexual and physical abuse. *Am J Psychiatry*, V:148, Pp:55-61.

Burgess, A. W. , Hartman, C. R., Mc Causland, M. P., & Powers, P. (1984). Response Patterns In Children And Adolescents Exploited Through Sex Rings And Pornography. *American Journal Of Psychiatry*. V.141/,. Pp: 656-662.

Burgess, A. W., Hartman, C. R., & Clements, P. T. (1995). The biology of memory in childhood trauma. *Journal of Psychosocial Nursing*, V:33(3), Pp:16–26.

Butollo, W., Hagl, M. Ve Krüsmann, M. (1999). *Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma*. Pfeiffer Verlag, München

Citrome L, Volavka, J. (1999). The efficacy of pharmacological treatments in preventing crime and violence among persons with psychotic disorders, in *Violence, Crime, and Mentally Disordered Offenders: Concepts and Methods for Effective Treatment and Prevention*, edited by Hodgins S, Muller-Isberner R. New York, Wiley.

Coons, P.M. (1985). Children of parents with multiple personality disorder. In RP. Klufft (Ed.), *Childhood antecedents of multiple personality*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Courtois, C.A. (2004). *Complex Trauma, Complex Reactions: Assessment and Treatment*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Trainin*. Vol. 41, No. 4, Pp:412–425

Cougle, J.R., Coleman. P.K ve Reardon, D.C. (2010) Substance use among pregnant women in the context of previous reproductive loss and desire for current pregnancy. *Br J Health Psychol* V:10/2, pp:255–68.

Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1990). Mechanisms In The Cycle Of Violence. *Science*, V.250. Pp:1678-1683.

DSM V. (2011). *Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı*, 4. Baskı (DSM-IV), Washington DC

Dunner, D.L. (1996) Bipolar depression with hypomania (bipolar II). In: Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA, Ross R, First MB, Davis WW (eds) *DSM-IV Sourcebook*. Volume 2. American Psychiatric Association, Washington, DC, Pp 53–63

Dursun, Y. (2011). Şiddetin İzini Sürmek: Şiddet Nedir? Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi. V:12, Pp:1-18.

Eliot, A.J. ve Peterson, L.W. (1993); “Maternal Sexual Abuse of Male Children: When to Suspect and How to Uncover It”, *Postgrad Med*, V:94, Pp:169-172.

Ellis, R. (1999) Input-based approaches to teaching grammar: a review of classroom-oriented research. *Annual Review of Applied Linguistics*. V:19, Pp:64–80

Eron, L. D. (1989). Parent-child interaction, television violence, and aggression of children. *American Psychologist*. V:37, Pp:197-211.

Eronen, M. Hakola P ve Tiihonen, J. (1996). Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry*. V:53, Pp:497–501

Falsetti, S.A., Resnick, H.S., Resick, P.A., ve Kilpatrick, D.(1993). The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure of post-traumatic stress disorder. *Behavioral Therapist*. V:16, Pp:161–162

- Feldman, R. S. (1998). *Social Psychology*. New Jersey: Prentice Hall Press.
- Ferenczi, S. (2014). *Psikolojik Travma*. İstanbul: Cem Psikoloji
- Figley, C.R. (ed.). *Trauma and Its Wake, Vol. 1: The study and treatment of post-traumatic stress disorder*. New York: Brunner/ Mazel. Pp:295-313.
- Foa, E.B. ve Riggs. D.S. (1993). Post-traumatic stress disorder in rape victims. In J. Oldham, M. B. Riba, & A. Tasman, *Annual review of psychiatry, Vol.12*. Washington, DC: American Psychiatric Association. pp. 273-303
- Foa,E.B. ve Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure of corrective information. *Psychological Bulletin, V:99*. Pp:20-35
- Ford J. D., Connor D. F. ve Hawke J. (2009). Complex trauma among psychiatrically impaired children: A cross-sectional, chart-review study. *Journal of Clinical Psychiatry, V:70*, Pp:1155-1163
- Frascr. B. (1987). Pragmatic formatives. In J. Verschueren and M. Bertuccelli-Papi (eds.), *pragmatic perspective*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, Pp. 179-192.
- Fraser, G.A. (1997). Satanic Ritual Abuse: A Cause Of Multiple Personality Disorder. Special Issue: In *The Shadow Of Satan: The Ritual Abuse Of Children, Journal Of Child And Youth Care, Special Issue*, Pp: 220-230
- Freedy, J. R, Kilpatrick, D. G. & Resnick, H. S. (1993). Natural disasters and mental health: Theory, assessment, and intervention. Ed. R. Allen. *Handbook of post-disaster interventions (Special issue)*. *Journal of Social Behaviour and Personality, V:8*. Pp:49-103
- Freud, S. (1933). *Essais de psychanalyse appliquée*, Paris, Gallimard. Pp:13
- Gençtan, E. (2000). *Psikanaliz ve Sonrası*, 9. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Gerson, B. (1992). Post-traumatic Stress Disorder: The History of a Recent Concept *British Journal of Psychiatry, V:161*. Pp:742-748.
- Glen, D. ve Et.al. (2009). *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders*. (Çev: Alptekin, K. Öztürk, Ö.). Ankara. Medikal Yay. Pp:558.
- Ginzburg, K., ve Solomon, Z. (2011). Trajectories of stress reactions and somatization symptoms among war veterans: A 20-year longitudinal study. *Psychological Medicine, V:41*, Pp:353-362
- Gold, P. B., Engdahl, B. E., Eberly, R. E., Blake, R. J., Page, W. F. & Freuh, B. C. (2000). Trauma exposure, resilience, social support, and PTSD construct validity among former prisoners of war. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, V:35*, Pp:36-42.
- Gordy, P. (1983). Group work that supports adult victims of childhood incest. *Soc Casework, V:64*, 300-307.
- Green, B. L. (1994). *Psychosocial Research In Traumatic Stress: An Update*. *Journal Of Traumatic Stress, V.7*. Pp:341-362
- Gros, D. F., Simms, L. J., ve Acierno, R. (2010). Specificity of posttraumatic stress disorder symptoms: an investigation of comorbidity between posttraumatic stress

disorder symptoms and depression in treatment-seeking veterans. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, V:198, Pp: 885–890.

Gümüş, A. (2006). “Şiddetin Nedenleri” Toplumsal Bir Sorun Olarak Şiddet. Şiddet Sempozyumu. Eğitim Sen Yayınları.

Güngör, M. (2008). *Çalışma Hayatında Psikolojik Taciz*. İstanbul: Derin Yayınları.

Heise, Lori L. (1993). Reproductive freedom and violence against women: Where are the intersections? *The Journal of Law, Medicine and Ethics*. V:21/2, Pp: 206-216

Herbert, C. (2007). Acceptance And Commitment Therapy For Generalized Social Anxiety Disorder: A Pilot Study. *Behavior Modification*, V.31, Pp:543-568.

Herbert, C. (2014). *Travma Sonrası Ortaya Çıkan Psikolojik Tepkileri Anlamak*, İstanbul: Psikonet

Herman, J. L. (1997). *Trauma And Recovery: The Aftermath Of Violence-From Domestic Abuse To Political Terror*. New York: Basic Books

Herman, J.L. (2016). *Travma ve İyileşme*. Literatür Yayınları 4. Baskı. İstanbul

Hill, K. (1985). *Ache Life History: The Ecology And Demography Of A Foraging People*. New York: NY, Aldine De Gruyter, Inc.

Huber, M. A. (2003). The Head And Neck Radiation Oncology Patient. *Quintessence Int*. V.34/9, Pp: 693-717.

Huesmann, R. L. ve Taylor, L. D. (2006). The role of media violence in violent behavior. *Annual Review of Public Health*. V:27, Pp:393-415.

Jackson, J., Calhoun, K., Arnick, A. ve diğ. (1990). Young Adult Women Who Report Childhood Intrafamilial Sexual Abuse: Subsequent Adjustment. *Arch Sex Behav*. V:19, Pp:211-221.

Jones, E. (2007). A Paradigm Shift İn The Conceptualization Of Psychological Trauma İn The 20th Century. *Journal Of Anxiety Disorders*. V:2, Pp:164-175.

Kaufman, J., and E. Zigler. 1987. “Do Abused Children Become Abusive Parents?” *American Journal of Orthopsychiatry*. V:57/2, 186–192.

Kirmayer, L.J. (1996). Confusion of the senses implications of ethnocultural variations in somatoform and dissociative disorders for PTSD, in *Ethnocultural! Aspects of PostTraumatic Stress Disorders Issues Research and Clinical Applications*. Edited by Marsella AJ, Friedman M.J, Gerrity ET, et al. Washington, DC, American Psychological Association. Pp:131-164

Kluft, R.P. (1986). Personality Unification İn Multiple Personality Disorder: A Follow Up Study. In B.G. Braun (Ed.), *Treatment Of Multiple Personality*, Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Lazarus, R.S. (1990). Theory-Based Stress Measurement. *Psychological Inquiry*. V:1. Pp. 3-13.

Leff, J. (1988). *Psychiatry Around the Globe*. London: Gaskell Books

Leskin, G. A. ve Sheikh, J. I. (2002). Lifetime trauma history and panic disorder: Findings from the National Comorbidity Survey. *Journal of Anxiety Disorders*. V:16, 599-603

Letienberg, H., Gibson, L. E. ve Novy, P. L. (2004). Individual differences among undergraduate women in methods of coping with stressful events: the impact of cumulative childhood stressors and abuse. *Child Abuse and Neglect*. V:28. Pp:181-192.

Lewis, J. (2005). "İzlerkitle", Kitle İletişim Kuramları, Erol Mutlu (der. ve çev.), Ankara: Ütopya Yayınevi

Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *The American Journal of Psychiatry*. V:145/11, 1358-1368

Lorenz, K. (1996), "Saldırganlığın Spontanlığı", *Cogito*. Sayı 6-7. Kış-Bahar. Ss:165-168.

Ludwig, A.M. (1983). The Psychobiological Functions Of Dissociation. *Am. J. Clin. Hypn*. V.26, Pp:93- 99

Mayou, R., Bryant, B. & Ehlers, A. (2001). Prediction of psychological outcomes one year after a motor vehicle accident. *American Journal of Psychiatry*. V:158, Pp:1231 - 1238.

Micale, M. (1989). Hysteria and Its Historiography: A Review of Past and Present Writings. V:223. Pp:47.

Miller, M. W. (2003). Personality and the etiology and expression of PTSD: A three-factor model perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*. V:10. Pp:373-393.

Morgan C, Fisher H (2007). Environment and schizophrenia : environmental factors in schizophrenia : childhood trauma – a critical review. *Schizophrenia Bulletin*. V:33, Pp:3-10

Myers, L. B., Brewin, C. R., & Power, M. J. (1998). Repressive coping and the directed forgetting of emotional material. *Journal of Abnormal Psychology*. V:107, Pp:141-148.

Ounsted, M.K. et al. (1978). Clinical assessment of gestational age at birth: the effects of sex, birthweight, and weight for length of gestation. *Early hum. Develop*. V:2, Pp:73-80,

Öztürk, M.O. (1997). Ruh sağlığı ve Bozuklukları. 7.Basım Hekimler Birliği. Yay. Ankara

Pelcovitz, D., Van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S. ve Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*. V:10, Pp:3- 16

Pengilly, J. W. & Dowd, E. T. (2000). Hardiness and social support as moderators of stress. *Journal of Clinical Psychology*. V:56, Pp:813-820.

Pitman, R.K. ve Orr, S. (1990). LaForgue D Psychophysiological re sponses to combat Imagery of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder versus other anxiety disorders *Journal of Abnormal Psychology*. V:99, Pp:49-54

Putnam, F.W. (2003) Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, V.42/3, Pp:177-192

- Read, J., Perry, B., Moskowitz, A. ve Connolly, J. (2001). The Contribution of Early Traumatic Events to Schizophrenia in Some Patients: A Traumagenic Neurodevelopmental Model. *Psychiatry*. V:64/4, Pp:343
- Reemtsma, J. P. (2002), Im Keller, Hamburg. Hamburger Edition.
- Reynolds, M. & Brewin, C. R. (1998). Intrusive memories in depression and posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. V:37, Pp:201-215.
- Riches, D. (1986). *The Anthropology of Violence*. Oxford: Basil Blackwell
- Riches, D. (1998). *Antropolojik Açından Şiddet*, İstanbul. Ayrıntı Yayınları.
- Rothbaum BO, Astin MC, Marsteller F (2005). Prolonged Exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *J TraumaStress*. V:18/6, Pp:607-616
- Ruppert, F. (2002). *Psychosis And Schizophrenia: Disturbed Bonding In Family Systems*, Systemic Solutions Bulletin. V:3, Pp:12-19
- Ruppert, F. (2008). *Trauma, Bonding And Family Constellations*. Gren Balloon Publishing, Frome, UK
- Ruppert, F. (2014). *Travma, Bağlanma Ve Aile Konstelasyonları Ruhun Yaralarını Anlamak Ve İyileştirmek*. İstanbul: Kaknüs Yayınları
- Sanders, B. ve Giolas, M.H. (1991). Dissociation And Childhood Trauma In Psychologically Disturbed Adolescents. *American Journal Of Psychiatry*, V:148, Pp: 50-54.
- Sarason, L. G., Sarason, B. R., Pierce, G. R. & Shearin, E. N. (1987). Interrelations of social support measures: Theoretical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*. V:52, Pp:813-832.
- Schatzberg A.F. ve Rothschild. A.J. (1992). Serotonin activity in psychotic (delusional) major depression. *J Clin Psychiatry*, 53:52- 55.
- Schnurr, P. P., Lunney, C. A. & Sengupta, A. (2004). Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. V:17, Pp:85-95
- Schwartz, J. ve ark. (1989). "Posttraumatic stress as a consequence of the POW experience", *J Nerv Ment Dis*. V:177, Pp:147-153.
- Schwartz, S.H. (2006). *Basic Human Value: An Overview. (Les Valeurs De Base De La Personne, Theorie, Mesures Et Applications.)* *Revue Francaise De Sociologie*. V. 4/2, Pp:249-288.
- Shalev, A. Y. (1996). *Stress versus traumatic stress. From acute homeostatic reactions to chronic psychopathology*. Ed. B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane ve L. Weisaeth. *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and socieity*. New York: The Guilford Press.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*. V:2, Pp:199-223
- Shengold, L. (1989). *Soul murder*. New Haven, CT: Yale University Press.

- Stephens, C., Long, N. & Miller, I. (1997). The impact of trauma and social support on posttraumatic stress disorder: A study of New Zealand police officers. *Journal of Criminal Justice*. V:25, Pp:303-314
- Taylan, H.H. (2011). Televizyon Programlarındaki Şiddetin Yetiştirme Etkileri: Konya Lise Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Tedeschi, R. G. Ve Calhoun, L. G. (1996). The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*. V:9, Pp:455-471
- Turnbull G (1998) A review of posttraumatic stress disorder. Part 1: historical development and classification, *Injury*. Vol:29/2, Pp:87-91
- Tutkun, H. ve diğ. (2002). Adölesans döneminde bir çoğul kişilik bozukluğu vakası. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. İstanbul.
- Vergouwen, M.D., Meijers, J.C., Geskus, R.B., Coert, B.A., Horn, J., Stroes, E.S., Van der, P.T., Vermeulen, M. ve Roos, Y.B. (2009). Biologic effects of simvastatin in patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a double-blind, placebo-controlled randomized trial. *J Cereb Blood Flow Metab*. V:29, Pp:1444–1453.
- Varcarolis, E. M., Halter, M. J. (2009). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to EvidenceBased Care*. Saunders Elseiver, China.
- Vogel, B., Spikol, D., Kurti, A., & Milrad, M. (2010). Integrating mobile, web, and sensory technologies to support inquiry-based science learning, *Proceedings of the 6th IEEE International Conference on Wireless, Mobile, and Ubiquitous Technologies in Education*, Los Alamitos, CA: IEEE Computer Society. Pp:65-72.
- Vogel, M., Meier, J., Gronke, S., Waage, M., Schneider, W., Freyberger, H.J. ve Klauer, T. (2011). Differential effects of childhood abuse and neglect : mediation by posttraumatic distress in neurotic disorder and negative symptoms in schizophrenia ? *Psychiatry Research*. V:189, Pp:121–127
- Watkins, R ve Watkins, J. (2003). *A Process For Aligning Performance Improvement Resources And Strategies*. Onlinelibrary.Wiley.Com. V:42/7, Pp:9-17
- Wiczorek, K.A. (2010). Forensic nursing protocol for initiating human immunodeficiency virus post-exposure prophylaxis following sexual assault. *Journal of Forensic Nursing*. V:6, Pp:29-39
- Wilson J (1994). The Historical Evolution of PTSD Diagnostic Criteria: From Freud to DSM-IV, *Journal of Traumatic Stress*. V:7/4, Pp:681-698.
- Wisnivesky, J., Henschke, C., Swanson, S., Yankelevitz, D., Zulueta, J., Marcus, S. et al. (2011). Limited resection for the treatment of patients with stage Ia lung cancer. *Ann Surg*. V:251, Pp:550-554
- Wolf, R., Daichman, L. ve Bennett G. (2002). Abuse of the elderly. In: Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, editors. *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization. Pp:123-146
- Walker, E.F. ve Diforio, D. (1997). Schizophrenia: A neural The Authors diathesis-stress model. *Psychological Review*. V:104, Pp:667-685
- Yetik, Z. (2012). *Kabil: İlk Kan, İlk Cinayet, İlk Katil*, Pinar Yayınevi, İstanbul

Yule, W. (1994) "Posttraumatic disorder", Child and Adolescent Psychiatry, Third Edition, M Rutter, E Taylor, Hersov (Ed), Australia, Blackwell Science. Pp:392-406.

Zimmerman, M. ve Mattia, J. I. (1999). Is posttraumatic stress disorder underdiagnosed in routine clinical settings? Journal of Nervous and Mental Disease. V:187, Pp: 420-428
