



Asya Studies

Academic Social Studies/Akademik Sosyal Araştırmalar
DOI: 10.31455/asya.530943 / Number: 7, p. 51-61, Spring 2019

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNDA MEDYANIN ROLÜ THE MEDIA'S ROLE IN POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Araştırma Makalesi /
Research Article

Makale Geliş Tarihi /
Article Arrival Date
22.02.2019

Makale Kabul Tarihi /
Article Accepted Date
08.03.2019

Makale Yayın Tarihi /
Article Publication Date
31.03.2019

**Asya'dan
Avrupa'ya
Uluslararası
Sosyal Bilimler
Dergisi**

Doç. Dr. Meltem Ünal Erzen
İstanbul Üniversitesi İletişim
Fakültesi Halkla İlişkiler ve Tanıtım
Bölümü
meltem.unalerzen@istanbul.edu.tr

ORCID ID

<https://orcid.org/0000-0001-8115-2150>

Uzm. Dr. Semih Dikkatli
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı
semihdikkatli@hotmail.com

ORCID ID

<https://orcid.org/0000-0001-7579-2805>

Öz

İnsan tüm hayatı boyunca farklı yaşam deneyimlerinden geçmektedir. Bu deneyimlerin büyük kısmı kaygılanmasına neden olurken, kişi bu kaygıyla baş edebilmek için çeşitli savunma mekanizmaları kullanmakta ve bu sayede herhangi bir problem ve kriz yaşamadan günlük hayatına devam etmektedir. Bazı yaşam deneyimleri karşısında savunma mekanizmalarımız yetersiz kalabilir ve işte o zaman bir kriz dönemi ortaya çıkmakta, krize neden olan bu olaylara travma deneyimi adı verilmektedir.

Bu çalışmada; deprem bölgesinde yaşamadığı ve depremden etkilenmediği halde 17 Ağustos 1999 tarihinde yaşanan Gölcük Depremi görüntülerini çeşitli televizyon kanallarından izlemelerinin ardından, ruhsal şikâyetlerle tarafımıza müracaat eden olguların psikiyatrik tanı dağılımı açısından araştırılması ve medya olanaklarının böylesine toplumsal travmatik olaylarda doğru kullanılmasının tartışılması amaçlanarak metodoloji oluşturulmuştur.

Depreme kadar herhangi bir psikiyatrik yakınması olmayan ve başvurusu ardından, klinik görüşme ve "Structured Clinical Interview for DSM-III-R*" (SCID-I)* le tanı konulan toplam 10 olguya;

"Clinician-Administered PTSD Scale" (CAPS-I)**

"The Hamilton Depression Rating Scale" (HAMD)***

"The Beck Anxiety Inventory" (BAÖ)****

"Impact of Events Scale (IES)***** metotları uygulanmıştır.

Bu olguların 7'sine Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı ve 3'üne de depresyon tanısı konulmuştur.

TSSB tanısı konulan olgularda CAPS, IES ve BAÖ puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Depresyon tanısı alan olguların HAMD puanları çok yüksek çıkarken, BAÖ puanları da yüksek bulunmuştur.

Ruhsal sorunlarla başvuran bu 10 olgunun ortak özelliği, deprem görüntülerini izlemeden önce psikiyatrik yönden hiçbir problemleri olmamalarıdır. Bu olguların deprem görüntülerini günler boyunca izledikleri, depremezedelere aşırı üzüldükleri ve depremden birkaç gün sonra kaçınma, uykusuzluk, tahammülsüzlük gibi şikâyetlerinin başladığı anlaşılmaktadır.

Her ne kadar bu kişilerin premorbid (hastalık öncesi) özellikleri ruhsal etkilenmeleri konusunda önemli olsa da medyanın olayları yansıtırma biçiminin ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yarattığını bu olgulardan yola çıkılarak söylemek mümkün olmaktadır.

Bu konu hakkında araştırmaların artırılması ve medyanın travmatik olayları ele alış biçimleriyle ilgili bir yol haritasının oluşturulmasının toplum ruh sağlığı açısından önemli ve gerekli olduğu ortadadır.

Anahtar Kelimeler: Travma, Medya, Stres Bozukluğu, İletişim, Toplum Ruh Sağlığı

Abstract

One goes through different life experiences through her whole life. While some of these experiences cause anxiety, the person uses various defence mechanisms to deal with it, hence is able to continue their daily life without having any problems or crisis. These defence mechanisms may prove to be insufficient against some life experiences and then a crisis occurs. These events that cause the crisis are called trauma experiences. In this paper, even though they didn't live in the earthquake zone or be affected by it, after they watched the Golcuk Earthquake on 17th of August 1999 from TV channels, methodology has been created to discuss the correct use of media in traumatic events like these and to research on the psychiatric diagnosis breakdown of the people who applied to us with mental illnesses. The methods of

"Clinician-Administered PTSD Scale" (CAPS-I)**

"The Hamilton Depression Rating Scale" (HAMD)***

"The Beck Anxiety Inventory" (BAÖ)****

"Impact of Events Scale (IES)*****

have been used to the ones who didn't have any psychiatric complaints until the earthquake and after application, following the clinic tests and diagnosis with "Structured Clinical Interview for DSM-III-R" (SCID-I)* to 10 subjects. 7 of these subjects have been diagnosed with PTSD (post-traumatic stress disorder) and 3 of them with depression. The subjects who were diagnosed with PTSD have scored high on CAPS, IES AND BAO. While HAMD points have been very high on the ones who were diagnosed with depression, BAO points have also been high.*

Key Words: Trauma, Media, Stress Disorder, Communication, Community Mental Health

Citation Information/Kaynakça Bilgisi

Ünal Erzen, M. ve Dikkatli, S. (2019). Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Medyanın Rolü. *Asya Studies-Academic Social Studies/Akademik Sosyal Araştırmalar*, Number:7, Spring, p. 51-61.

- *DSM- I; DSM-II; DSM-III-R; DSM-IV: Tanı ve istatistik değerlendirmeleri (APA, 1994).
 ** SCID-I: Yarı yapılandırılmış klinik görüşme formu (Sorias vd., 1989).
 ***CAPS-I: Klinisyen için travma sonrası stres bozukluğu skalası (Aker vd., 1999).
 ****HAMD: Hamilton depresyon ölçeği (Akdemir vd., 1996).
 *****BAÖ: Beck anksiyete ölçeği (Ulusoy vd., 1998).
 ***** IES: Yaşanan olayın etkisi skalası

GİRİŞ

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), fizik ve ruhsal bütünlüğü tehdit eden olağan dışı yaşam deneyimlerinden geçen bireylerde görülebilir. Travmatik olaylar, doğal afetler biçiminde olabileceği gibi insan eliyle ve kasıtlı oluşturulan felaketler (yangın, uçak, trafik kazası... vb.) ya da insan eliyle ve kasıtlı olarak oluşturulan felaketler (işkence, tecavüz, terörizm, savaşlar vb.) biçiminde olabilmektedir.

Travma sonrası stres bozukluğu, olağan insan deneyimlerinin dışında yaşanan ve bu deneyimden geçen hemen herkes için sıkıntı kaynağı olabilecek bir olayın ardından gelişen duygusal, bilişsel, davranışsal ve sosyal bozuklukları içeren psikiyatrik belirtileri tanımlamaktadır.

TSSB tanısı koyabilmek için bulguların bir aydan uzun sürmesi gerekmektedir. 1-3 ay arasında geliştiğinde akut TSSB, bozukluk 3 ay ve daha uzun sürerse kronik TSSB olarak adlandırılır. Travmadan altı ay sonra başlarsa Geç başlangıçlı TSSB olarak tanımlanır.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanısının Tarihsel Gelişimi

19. yüzyılda, Hermann Oppenheim, travmatik sendromun organik bir nedeni olduğunu belirtirken; Jean Charcot, bu sendromun psikojenik nedenli olduğunu ifade etmiştir. Da Costa ise 1871'de savaşan bir askerde bazı önemli stresörler sonrasında gelişen ve anksiyete belirtileri ile karakterize bir hastalık tanımlamıştır. Temel belirtileri göğüs ağrısı, çarpıntı ve baş dönmesi olduğundan Da Costa, hastalığın hipersensitivite ve sempatik aşırı uyarılmayla karakterize fonksiyonel bir kalp bozukluğu olduğunu düşünmüş ve "İrritabl Kalp" olarak adlandırmıştır. Bundan kısa bir süre sonra da bu bozukluk "Da Costa, Asker Kalbi, Efor Sendromu, Nörosirkülatuar Asteni" olarak da adlandırılmıştır.

II. Dünya Savaşı'nda travmaya cevaba "savaş yorgunluğu" ve "savaş nevrozu" adları verilirken bu yıllarda Abraham Kardiner tarafından, karşılaşılan yoğun stresöre karşı atipik rüyalar, travma ile uğraşı, irkilme cevabı ve iritabilite ile Psikonevroz (ruhsal bunaltı) adı ile ilk kez sistematik olarak TSSB'nin beş temel özelliği tarif edilmiştir. Travmanın ruhsal etkileri özellikle, esir kamplarında kalmış insanlarda ortaya çıkmış ve bu duruma "Toplama Kampı Sendromu" adı verilmiştir.

Dünya savaşlarıyla travmanın etkilerine karşı oluşan bu ilgi "Büyük Stres Reaksiyonu" adı verilen bir tanının 1952'de DSM-I' de yer almasına neden olmuştur. "Travma Sonrası Stres Bozukluğu" tanı ve kategorisi ilk kez 1980 yılında DSM-III' de anksiyete bozuklukları içinde yer almış, 1994 yılında çıkan DSM IV'te ise temel değişiklik, stresörün tipini tanımlama üzerine olmuştur (Anderson, 1992; Kaplan, 1994; Kinzie, 1990).

Travma Sonrası Stres Belirtileri

A. Kişi aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu biçimde travmatik bir olayla karşılaşmıştır:

1. Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma gibi bir olaya tanık olmuş ya da karşı karşıya gelmiştir.
2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik, dehşete düşme yer almaktadır.

B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanmıştır:

1. Olayın elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşümler, düşünceler veya algılar mevcuttur.
2. Olayı sıkıntı veren bir biçimde sık sık rüyada görülmektedir.
3. Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma veya hissetme hali mevcuttur.
4. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran, andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma hali bulunmaktadır.
5. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran, olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepkiler gösterebilir.

C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalmalar görülmüştür.

1. Travmaya eşlik etmiş düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları mevcuttur.
2. Travmayla ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları gösterilmiştir.
3. Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama gözlemlenmiştir.
4. Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da katılımın belirgin olarak azalması mevcuttur.
5. İnsanlardan uzaklaşma ya da insanların yabancılaştığı duyguları hissedilmektedir.
6. Duygulanımda kısıtlılık vardır(örneğin sevme duygusunu yaşayamama).
7. Bir geleceği kalmadığı duygusu taşınmaktadır (örneğin bir mesleği, evliliği çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama).

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

1. Uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük gözlenmiştir.
2. İritabilite ya da öfke patlamaları mevcuttur.
3. Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada güçlük çekilmektedir.
4. Hipervijilans (aşırı uyarılmışlık).
5. Aşırı irkilme tepkisi gösterilmektedir.

Kaynak: (APA, 1994).

Travma Sonrası Stres Bozukluğuna Eşlik Eden Psikiyatrik Bozuklukların Dağılımı (Komorbid)

TSSB semptom dağılımı açısından birçok başka psikiyatrik bozuklukla benzerlikler gösterir. O nedenle semptomlar incelenirken dikkat edilmeli ve mutlaka bir travmatik yaşantı tanımlanmalıdır. Bu semptom benzerlikleri dışında TSSB, diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte de bulunabilir. Aynı kişide TSSB bulunurken, depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk gibi fonksiyonel bozukluklarla, alkol kötüye kullanımı, kişilik bozuklukları gibi durumlar da bulunabilir. Bu bir arada bulunma haliyle ilgili yapılan birçok çalışmada farklı hastalıkların çok farklı yüzdelerle TSSB'ye eşlik ettiği bildirilmiştir.

Yapılan bazı çalışmalarda TSSB'ye eşlik eden hastalıkların oranları;

❖ %72 depresyon, %64 alkolizm, %48 antisosyal kişilik bozukluğu, %12 somatizasyon bozukluğu (Sierles vd., 1983).

❖ %65 alkol bağımlılığı, %50 sosyal fobi, %40 ilaç bağımlılığı, %35 depresyon, %35 şizofreni (Escobar vd., 1983).

❖ %76 alkolizm, %64 antisosyal kişilik bozukluğu, %84'ünde TSSB yanında en az bir diğer psikiyatrik bozukluk (Sierles vd., 1986).

❖ % 84 alkolizm, %42 ilaç kötüye kullanımı, %68 depresyon, %34 distimi, %26 antisosyal kişilik bozukluğu (Keane ve Wolfe, 1990).

- ❖ %52 alkolizm, %48 Major depresyon, %43 davranım bozukluğu, %35 ilaç kötüye kullanımı, %31 basit fobi, %27 sosyal fobi (Keane vd., 1996).
- ❖ Kadın hastalarda; % 49 depresyon, % 30 alkolizm, % 27 ilaç kötüye kullanımı, % 29 fobi, % 15 davranım bozukluğu (Kessler vd.,1995).
- ❖ %44 depresyon, %27 basit fobi, %19 sosyal fobi, %14 obsesif bozukluk(Doruk, 1998).
- ❖ %50 Depresyon, %37,5 fobik bozukluklar, %14,6 OKB (Yetkin, 1999) olarak belirlenmiştir.

Eşlik eden psikiyatrik bozuklukların yüksek oranda olmasını, araştırmacılar çeşitli hipotezlerle açıklamaya çalışmışlardır. Bunlardan biri, kendi kendini tedavi hipotezidir. Bu hipoteze göre; travmatik olay sonrasında TSSB gelişen bireyler, emosyonel (duygusal) ağrıyla baş etmek için madde kullanımına başlamaktadırlar. Bu hipotez TSSB'de madde kötüye kullanımındaki yüksekliği açıklamaktadır. Artmış uyarılmışlık ve uyku sorunu olan TSSB'li hastalar ilaç veya alkol kullanarak yakınmalarında geçici de olsa rahatlama sağlamaktadırlar.

Çalışma sonuçlarının da anlaşılacağı gibi TSSB sıklıkla diğer bir major psikiyatrik bozukluklarla da birliktelik gösterir. TSSB'de belirtilerin diğer psikiyatrik bozukluklarla ortak olduğu kabul edilmektedir. Örneğin anıların tekrarlayıcı ve zorlayıcı tarzda hatırlanması obsesif kompulsif bozukluğun özelliğidir. Korku ve kaçınma davranışları özellikle agorafobi, basit fobi ve sosyal fobi gibi bazı anksiyete bozuklukları için karakteristiktir. Artmış otonomik uyarılmışlık, yaygın anksiyete bozukluğunda görülürken, çekilme, suçluluk, kısıtlanmış gelecek duygusu major depresyonda görülebilir. Olayları tekrar yaşama ve çekinme davranışları dissosiyatif (iç uyumun bozulması) durumlarda belirgindir halde görülmektedir. Yine TSSB'li hastalarda görülen zayıf impuls (dürtüsel) kontrolüyle antisosyal ve borderline kişilik bozuklukları gibi bazı durumlarla da karşılaşılmaktadır.

TSSB'nin toplumda görülme sıklığı, toplumdaki stresörlerin sıklığı ile paraleldir. Her yaşta görülebilirse de daha çok genç erişkinlerin hastalığı olarak değerlendirilmektedir. Bunun nedeninin stres kaynaklarıyla bu yaşlarda daha çok karşılaşılmışındandır.

İnsanların neden olduğu travmaların, doğal felaketlerden daha fazla TSSB oluşturduğu bilinmekle birlikte, daha çok bekâr, boşanmış, dul, ekonomik yönden zayıf ya da sosyal yönden izole kişilerde olduğu saptanmıştır.

Traumata Sonrası Stres Bozukluğunun Ortaya Çıkma Nedenleri

TSSB'nin oluşumunda travmatik yaşantılar belirgin bir rol oynuyor olsa da birden fazla etmenler yer aldığı düşünülmektedir. Çeşitli etnik-kültürel, psikolojik, fizik, ailesel ve sosyal etmenler bozukluğun ortaya çıkışında etkindir.

Aynı travmatik deneyimi yaşamış insanların bir kısmında TSSB gelişirken, bir kısmındaysa hiçbir psikiyatrik bozukluk gelişmez. Kimde TSSB oluşup kimde oluşmadığını belirleyen faktörler ele alınırken farklı alanlarda çalışmalar yapılmış ve TSSB oluşumunun nedeni olabilecek birçok faktör bildirilmiştir. Bu faktörlerden bazıları aşağıdaki şekilde sınıflanabilir.

Genetik ve Ailesel Etkenler

Davidson vd.(1989), savaşa katılmış 108 TSSB yaşayan denek üzerinde yaptıkları çalışmada kontrol gruplarına göre belirgin fark bulamamış, farklı tanı gruplarından oluşan kontrol grubuna göreyse, TSSB olanların ailelerinde anksiyetenin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Benzer bir çalışmayı yapan Breslau vd. (1992) ise, 1007 genç yetişkin denekte, TSSB'nin yaygınlığını ve ilişkili risk faktörlerini araştırmış, aile öyküsünde madde kötüye kullanımının, anksiyete bozukluklarının, sosyopatinin ve depresyon varlığının TSSB gelişiminde risk faktörü olabileceğini bildirmiştir. Davidson vd. (1991) yaptıkları epidemiyolojik çalışmada TSSB olan hastaların ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsünün üç kat fazla olduğunu ancak alkol kötüye kullanımının buna dahil olmadığını bildirmiştir.

Çeşitli dönemlerde yapılan karşılaştırmalı bilimsel araştırmalarda; savaşa katılmış, savaş esirleri, itfaiyeciler, kötüye kullanılmış çocuklar ve tecavüze uğrayanlar gibi risk altındaki gruplar incelenmiş, travma sonrası stres bozukluğunun herediter (kalıtsal) oluşu ile ilgili olarak bu çalışmalardan farklı sonuçlar elde edilmiştir: Savaş esirleri ve savaşa katılmış kişilerle yapılan çalışmalarda, aile öyküsü verileri bir sonuca götürmemektedir.

Dikkatli(2000) aile bireylerinin geçirdiği psikiyatrik bozukluklarla TSSB gelişimi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve ailedeki bozuklukların ortaya çıkan TSSB'nin semptom dağılımı üzerinde etkisi olduğunu bildirmiştir.

Çalışmalarda aile üyelerinde artmış psikiyatrik hastalık oranı saptanmıştır. Ancak bu sonuçların gücü istatistiksel önemlilikten, zayıf korelasyona kadar çeşitlenebilmektedir, bu çeşitlilik ise uygulanan veri toplama yöntemlerinin farklılığından kaynaklanmaktadır.

Kültürel ve Psikolojik Etkenler

Travmatik bir olay karşısındaki tepkinin evrensel özellikleri olmasına rağmen, kültürel faktörler kişinin TSSB'ye yakalanma olasılığında, ifade edişinde ve tedaviye yanıt vermesinde önemli rol oynamaktadır.

Her organizmanın baş edemeyeceği kadar ağır stresler bulunmaktadır. Böyle koşullarda, benliğin bütünüyle dağıldığı, kişinin çaresiz kaldığı, ileri derecede regresif (ilkel) davranış biçimlerine başvurduğu görülmektedir. Travma, fiziksel bir bileşeni olduğu gibi yoğun korku hissi, çaresizlik, kontrol kaybı ve yok edilme tehdidi gibi psikolojik bir bileşene de sahiptir.

Psikodinamik açıdan, travmatik yaşayışın etkileri, psikanalitik kuramla 1900'lü yılların başlarında açıklanmaya çalışılmıştır. Buna göre travmanın kişiyi erken çocukluk yaşantıları sırasında yaşadığı olaylarla karşı karşıya getirdiği, çözümlenmemiş bilinçdışı korku ve çatışmaların canlandığı, anksiyete belirtilerinin bu psikolojik çatışmalardan kaynaklandığı düşünüldüğünden "Travmatik Nevroz" kavramı ortaya atılmıştır. Freud ve diğer erken dönem analitikçiler, travmatik nevrozun neden ve sonuçlarını açıklamaya çalışmıştır. İlk olarak Freud travmanın, önceden var olan çocukluk dönemindeki psiko-seksüel gelişimin durduğu noktalara (fiksasyon) dönüşe (regresyona) yol açtığını ve çocukluk nevrozlarını yeniden harekete geçirdiğini iddia etmiştir.

TSSB'nin psikoanalitik modeli, söz konusu travmanın önceden var olan, yatışmış, ancak çözümlenmemiş psikolojik bir çatışmayı yeniden harekete geçirdiği varsayımını ileri sürmektedir. Çocukluk travmasının yeniden canlanması; gerilime neden olmakta ve bastırma, inkâr, yap-boz savunma mekanizmalarının kullanılmasıyla sonuçlanmaktadır. Amaç, bu nevroitik savunmalarla gerginliğin ve çatışmanın azaltılmasıdır.

Ruhsal aygıt, bir uyararla dengesi bozulduğunda, bunu yeniden kurmaya çalışır. Bu denge sürdürülemediğinde, bir tehlike yaşar. Ruhsal enerjinin tüm ekonomisini alt üst eden ciddi travmalar, sonuçta bastırılan dürtülerle, bastırma güçleri arasındaki dengeyi bozar. Travmatik yaşantı bu güvenlikleri alt üst ederek eski çatışmaları yeniden harekete geçirir. Örneğin, kısmi regresyonla korkularını inkâr edenler, o zamana kadar ilkel narsisizm ve omnipotense (benmerkezci) sahipken travma ile sandıkları kadar güçlü olmadıklarını ve her şeyi kontrol edemeyeceklerini fark ederler ve eski çatışmaları yeniden ortaya çıkar. Eski bastırılmış enerji ne denli şiddetli ve savunma güçleri ile arasındaki denge ne kadar kararsız ise, bir olay o denli kolaylıkla travmatik karakter kazanır. Bunu "bozulma noktası" olarak tarif eden Fenichel, bu noktaya ulaşmanın kişiden kişiye değiştiğini belirtmiştir.

Travma, bireyin alışılmış uyum biçimlerinin başarısız kaldığı bir durumdur. Ego, uyumdaki başarısızlığını regresyonla (ruhsal olarak gerileme) en ilkel egemenlik ilkelerini uygulamaya kadar giderek olabildiği ölçüde kontrolünü yeniden kurmaya çalışır. Rüyalarda ve düşüncelerinde olayların tekrarı, bir rahatlatma aracıdır. İlkel ego yaşamış olduğu olayın tekrarıyla dış dünyaya egemen olur. Travmatik nevrozların rüyalarında olayı tekrar yaşamaları bu ilkel egemenlik türüne regresyonu belirtir. Travma sırasında oluşan tekrar tekrar yaşamakla yavaş yavaş kontrol yeniden kazanılabilir. Bu tekrarlar, gecikmiş bir boşalma yaratır. Böylelikle gerilimlerin giderilmesi sağlanır. Travmayla ilgili bu obsesif ruminasyon (sürekli aynı düşünceleri, tekrar tekrar düşünme, düşünceyi geviş getirme), saldırgan uyarıyı kontrol etmek için bir boşalma çabasıdır.

Analitik kuram dışında travmatik yaşantıların insanın ruhsal ve bilişsel yapısını etkileme biçimlerini ele alan başka birçok kuram bulunur. Bunlardan başlıcaları; Bilişsel ve Bilgi İşlem Kuramı, Davranışçı kuram, Nesne İlişkileri Kuramı incelenmiştir.

Bilişsel ve Bilgi İşlem Kuramına göre: Örselleyici olay olağan insan yaşantılarının dışında bir deneyim olduğu için oluşan stres ve sıkıntı süreklilik kazanmaktadır. Olayla karşılaşanların benzer tepkiler vereceği düşünüldüğünden ortaya çıkan bu ilk tepki bir hastalık belirtisi değil, doğal bir reaksiyon olarak kabul edilebilir. Oluşan belirtiler yaşanan olağandışı deneyimin bireyin yerleşik zihinsel şemalarına (değerlerine, düşünce sistemine, dünyayı algılayış biçimine) oturamaması sonucu

oluşmaktadır. Tekrarlayıcı biçimde ortaya çıkan tüm belirtiler (yineleyici anımsamalar, kabus görmeler vs.) yaşanan deneyimin bireyin zihinsel şemalarına yerleşmesini sağlamak içindir. Tekrarlama fenomenine eşlik eden duyarsızlaşma ise rahatsız edici anımsamalara ve düşüncelere karşı egonun bütünlüğünü korumaya çalışan savunma mekanizması olarak düşünülmektedir. Bu zihne yerleşme süreci, yaşanan deneyimin kişinin yerleşik şemalarına, kendini, dünyayı ve geleceği algılayış biçimine entegre edilinceye dek sürmektedir. Eğer bu süreç uzar, kişinin günlük yaşamsal işlevselliğini bozar, tolere edilebilen düzeyi aşarsa TSSB bir hastalık olarak ortaya çıkmaktadır.

Davranışçı Kurama göre: TSSB’de iki etkenli bir öğrenme sürecinden söz edilmiştir. Birinci dönemde, bir travmayla (koşulsuz uyarın) karşılaşan kişi, travmanın merkezinde olan olay, görüntü ve düşüncelerden ya da travmanın yakınında (koşullu uyarın) oluşan durumlardan üzüntü duyacağını öğrenmektedir.

Dolaylı öğrenme (instrumental learning, operant condition) ise ikinci etkeni oluşturur. Koşullu ve koşulsuz uyarılardan kaçınma, kaygıda azalmayı sağlamak için süreklilik kazanılmaktadır. Sonuçta çok fazla uyarana genelleştirilebilir ve bunlar uyarılmışlık durumlarının oluşmasına neden olmaktadır.

Davranışçı kuram, travmayı hatırlatan uyarılarda hastayı yüzleştirip kaygının azalmasını sağlayarak TSSB’de davranışçı tedavinin ilkelerini gösterir.

Nesne İlişkileri Kuramına göre: Nesne ilişkileri kuramcılarında Winnicot’a göre; anne ile çocuk arasındaki psikosomatik ilişki çocuğun psikolojisini ve anne olarak da kadını organize etmektedir. Annenin bu etkileşimde iki temel işlevi vardır; büyüme alanı olarak ortam oluşturmak ve bu ortamı korumak, bunu yaparken de çocuğun sevgi ve nefret objesi haline gelmektedir.

Gelişim sırasında oluşması muhtemel travmatik yaşantılar patolojik yapılanmalara neden olabilmektedir. Psikolojik olarak sıkıştırılan çocuğun değişim zonu yıkılır ve çocuğun vücuduna yayılım gerçekleşir. Bunun sonucu olarak travmatik enkapsülasyon (sınırlandırılma) meydana gelir. Kendilikte bölünme, bununla ilgili farkındalık ve bunun sonucu bellek deposunda ayrılmayla birlikte çoğul kendiliklerde ayrılma gelişmektedir. Sonrasında gerçekçi, somut ve bazen sözel olmayan düşünmenin olduğu bir dönem gelişir ve tekrarlayan travmayla bellekte kalıcı değişiklikler oluşmaktadır. Oluşan patoloji bu şekilde TSSB’ye kadar uzanan tablolara ve sonrasında karşılaşılacak olası travmalara yatkınlığa da neden olabilmektedir.

Psikoloji kuramları, bozukluğun ortaya çıkışında geçmişi sorgulayarak, beklenenin dışındaki yaşantı örneklerini araştırmaktadırlar. Böylece ‘şimdi’ geçmişle bütünleştirebilmekte ve durum tanımlanabilmektedir. Özellikle çocukluk yaşantılarının, geleceğin anlaşılması ve anlamlandırılması için ilk kodları oluşturduğunu söylemek mümkündür.

Bu yaklaşımların özünü oluşturan “ilk” olanla “şimdi” arasındaki bağ, TSSB araştırmalarında yeniden önem kazanmıştır. Günümüz insanı, teknolojiyle donanmış, belki de ikincil bir omnipotens (benmerkezcilik) kazanmışken, bir gün, birden, tüm kontrollerin dışında kalan yeni ve aslında eski yıllardan beri var olan bir durumla karşılaşmaktadır. Bu kontrol edemediği evren noktasında, çaresizlik, ümitsizlik yaşarken travmatize olmaktadır. TSSB gelişimi ise, bu “şimdi” olanla “ilk” olan arasındaki köprüyle ilişkili gibi görünmektedir.

Sosyal ve Biyolojik Etkenler

Sosyal desteklerin bulunması TSSB’nin gelişim, şiddet ve süresini etkileyebilmektedir. Genel olarak iyi bir sosyal destek ilişkisine sahip insanlar, hastalığı ya hiç yaşamamakta ya da daha hafif belirtilerle yaşamaktadır. Kişinin ailesi ve yakınlarından gördüğü destek dışında, toplumsal destek, devlet ve kurumlarının desteği de travmanın olumsuz etkisini azaltıcı nitelikler taşır. Deprem gibi büyük afetlerin ardından, hiç tanımadığı insanlardan yardım gördüğünü ve tüm toplumun destek için birleştiğini gören insanlar için yapılan yardımlardan daha önemlisi bu desteğin varlığını bilmeleridir.

Psikofizyolojik ve nöroendokrin sistemlerin TSSB’de önemiyle ilgili çalışmalar son yıllarda artarak devam etmektedir. Kanıtlanmamış olmasına rağmen, travmanın yapısal ve işlevsel değişiklikleri başlattığı düşünülmektedir.

TSSB’de anormal psikofizyolojik yanıtlar, travmayı hatırlatan özgün uyarılarda karşılaşıldığında görülmektedir. Çalışmalarda bireylere böyle bir travmatik uyarın verildiğinde kalp atımı, deri iletkenliği ve kan basıncı gibi otonomik reaksiyonlar gözlenmiştir (Dikkatli, 2000; True vd.,

1993; Danieli, 1985). Geçmişte oluşmuş travmatik yaşantının hatırlatılması ile oluşan artmış fizyolojik yanıtlar gösteriyor ki; travmatik anıların şiddeti ve zaman tanımazlığı, yaşantıları etkilemektedir.

Gece kâbusları, TSSB'de önemli bir yer alır ve çoğunlukla travmatik olayların tekrarı şeklindedir. Artmış uyarılmışlık bulguları uykuya başlamada ve devam ettirmede güçlük ile kendini göstermektedir. Kronik TSSB çalışmalarında insomnia yanında, artmış uyarılmışlık bulguları uyku boyunca vücut hareketleri, rüya ile ilişkili olmasına gerek kalmadan psişik ve somatik anksiyete bulguları ile uyanmalara neden olmaktadır (Epstein, 1979).

a) TSSB'de Yapısal Ve Fonksiyonel Beyin Değişiklikleri

Çeşitli bilimsel çalışmalar sonucunda, travmatik stresin insanlarda hipokampusun (hafıza merkezi olan beyin bölümü) morfolojisini (yapısını) ve fonksiyonlarını etkilediği düşünülmüştür.

Dil ve çağrışımların bellek merkezleri ve travmayla olan ilişkisini araştırarak şekilde düzenlenen bir çalışma sonucunda da TSSB semptomları ile, dil fonksiyonlarında ve çağrışımlardaki bozulma arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur (Fidan vd., 2003: 266).

b) Strese Hormonal Cevap

Yoğun stres, strese cevap oluşturan hormonlar; epinefrin, norepinefrin, vasopressin, oksitosin olarak sayılabilir. Sağlıklı bir organizmada stres, hızlı ve belirgin hormonal cevap oluştururken kronik ve devamlı stres, strese yanıtın etkinliğini inhibe (önlemek) eder. Strese karşı en çok bilinen hormonal yanıt artmış kortizol yanıtıdır.

TSSB oluş nedenlerini yukardaki başlıklar altında topladıktan sonra bu nedenler kadar önemli olduğu düşünülen iki etkene daha aşağıda değinilmiştir.

Stresörün şiddetini artıran etkenler

- 1- Hasta için öznel bir anlamının olması,
- 2- Stres kaynağı ile karşı karşıya kalma süresinin uzaması,
- 3- Ani olması (hazırlıksız olma),
- 4- Katastrofik (kısır hale getirilmek) olması,
- 5- İnsanlar tarafından oluşturulması,
- 6- Ölüm tehdidi içermesi,
- 7- Fiziksel yaralanma ile birlikte olması,
- 8- Gaddarlık ve insanlık dışı bir olayı içermesi,
- 9- Kişinin suçluluk duygusu (sağ kalma suçluluğu) taşıması,
- 10- Kişinin kendisini köşeye sıkıştırılmış hissetmesi.

Kişinin yatkınlığı olduğunu gösteren etkenler

Bunlar stres kaynağının şiddetini etkileyerek travma karşısında belirtilerin gelişmesi bakımından kişiye öznel bir yatkınlık oluşturmaktadır.

- 1- Erken çocukluk dönemindeki örseleyici yaşantılar,
- 2- Borderline, paranoid, antisosyal veya bağımlı kişilik özellikleri gösterme,
- 3- İçer dönüklük, nevroitiklik faktörleri,
- 4- Sosyal desteklerin yetersiz olması,
- 5- Psikiyatrik bir hastalık geliştirmeye ailesel- genetik bir yatkınlık taşıma,
- 6- Son zamanlarında stresli yaşam değişikliklerinin olması,
- 7- Psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunması,
- 8- Önceden alkol veya ilaç kötüye kullanım öyküsü olması,
- 9- Travma öncesinde davranış problemlerinin olması,
- 10- 10 yaşına gelmeden anne babanın ayrılması.
- 11- Çok genç ve çok yaşlı olma
- 12- Hipnoz edilebilme özelliği taşıma.

Yöntem

Çalışma, 17 Ağustos 1999 depreminin ardından değerlendirilen, deprem bölgesinde bulunmadığı ve depremi hissetmediği halde travmatize olan 10 olgu ile gerçekleştirilmiştir. Olguların tümü sağlıklı

barınma olanaklarına sahip, aile bütünlüğü sağlanmış, geçmişinde psikiyatrik bir sorunu bulunmayan 4'ü kadın, 6 erkek kişilerden oluşmaktadır. 3'ü lise mezunu diğerleri üniversite mezunu ve tamamı evlidir.

Depremden 3 ay sonra yapılan görüşmelerde DSM-IV tanı ölçütlerine göre düzenlenmiş yarı yapılandırılmış depremdede görüşme formu, CAPS-1 Ölçeği, IES, Hamilton Depresyon Ölçeği (HAMD-17) ve SCID-1 uygulanmıştır.

Bulgular

Olguların hiçbiri deprem bölgesinde oturmamakta ve depremi hiçbir şekilde hissetmemiş kişilerden oluşmaktaydı. Ancak hepsi depremin ardından yaşanan olayları, ölümleri, kurtarma çalışmalarını televizyon kanallarından sürekli izlemişler ve ardından şikâyetleri başlamış, travma yaşamaktalardı.

Olgularda en sık görülen yakınmalar;

Uyku bozukluğu (%70),

Suçluluk hissi (%80),

Bunaltı (%60)

Olayı hatırlatan görüntülerle tekrar tekrar uğraşma (%50),

Konuşmalar ve filmlerle ilgili sıkıntı duyma (%60),

İnsanlardan uzaklaşma (%40),

Düşüncelerini bir konuya odaklamakta güçlük (%40),

Çabuk sinirlenme (%50), ani sesler ve hareketler karşısında ani irkilme tepkisi (%30),

Mutsuzluk (%30) ve

Baş ağrısı, sırt ağrısı, bulantı gibi somatik yakınmalardır (%40).

Üç olguya komorbid olarak majör depresif bozukluk tanısı konulmuştur.

Olguların %30'u artık yalnız kalamadığını ifade ederken, hepsinin sosyal ve mesleki işlevselliklerinde ciddi bozulmalar dikkat çekicidir.

Bir olgunun yüksek bir binada olan işyeri nedeniyle üç aydır işe gitmediği ve bu nedenle işinden çıkarıldığı, yine iki olgunun hiç asansöre binemediği belirlenmiştir.

Medyada Afet Yönetimi

Özellikle bireyselleşmiş kültürlerde, medyanın toplulukçu kültürlerden daha etkili olduğu belirtilmektedir. Bu durum doğal afetlerin, terörün ve şiddetin, bireyselleşmiş kültürlerde, üçüncü kişiler üzerinde daha kolay etkili olabildiğini göstermektedir. Yapılan çalışmalar, bireyselleşen ve teknolojiyi yaşamında yoğun olarak kullanan bireylerden oluşan toplumların kitle iletişim araçlarından gelen mesajları içselleştirmeye daha açık olduklarını göstermektedir. Televizyonda travmatik olayları seyretmek, hiçbir yakını zarar görmemiş olsa da yetişkin bireyler kadar çocuklarda da TSSB belirtilerinin görülmesine sebep olabilmektedir (Demirli, 2011: 4).

Afet olduğunda toplumun paniğini azaltma, gelecek sorunlara karşı uyarma, halkın kendisini, ailesini, çevresini nasıl koruyacağına dair bilgilendirme gibi konularda medyanın rolü büyüktür. Ayrıca toplumun afet riskini algılaması, afet zararlarını ve kayıpları azaltma, erken uyarı gibi konularda da medyanın desteği gereklilik halini almaktadır.

Acil durumlarda ve afetlerin zararlarından korunmak için hazırlık eğitiminde medya önemli bir rol oynamakta ve bu noktada "medyanın eğitim işlevi" öne çıkmaktadır. Bu bağlamda eğitimi çift taraflı düşünmeli; afetlere hazırlık, zarar azaltma ve müdahale konularında oldukça aktif rol oynama potansiyeline sahip "medya mensuplarına" da afetler ve afet yönetimi konularında eğitim verilmelidir.

Toplumla iletişim kuracak yetkililer, medyanın imkanlarını en doğru biçimde kullanmalıdır. Medyanın işlevi, kendisine söylenenleri aynen tekrarlayan pasif bir haber iletici olmamalı, afet yöneticileri de medya mensuplarının yorumlarını dikkate alarak, sağlıklı bir organizasyonla birlikte hareket etmelidir. Medyanın; halka bilgileri aktarma, toplumu doğru bilgilendirme, bilgileri zamanında halka iletme faaliyetlerinin uzmanlar eşliğinde doğru yapılmalıdır. Bilgi verilmeyişi veya yanlış bilgilendirme toplumda güvensizlik yaratmakta, yersiz söylentilere neden olmaktadır. Medyanın bilimsel olarak doğruluğu kanıtlanmamış bilgileri halka sunması durumunda oluşan kanaatler yanlış olmakta ve

panik haline yol açabilmektedir. Bu bakımdan medya mensupları da afet yönetimi, afette haber verme ilkeleri vb. konularda eğitimden geçirilmelidir.

Görsel ve yazılı medyanın “eğitim işlevini” doğru yerine getirdiği takdirde; afetin kontrol altına alınması ve etkilerinin azaltılması çalışmalarında, bilinçlenme ve zararlarını azaltma, öncesinde hazırlıklı olma ve müdahale konularında toplumun bilinçlenmesinde yönlendirici olacaktır(Soydan ve Alpaslan, 2014: 59).

SONUÇ

Televizyon kanallarında gösterilen travmatik görüntüler nedeniyle, insanların ruh sağlığının bozulabildiği bu olgularla gözlenmiştir.

Olguların Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı aldıkları ve 3'nün sorunlarına depresif bozukluğun eşlik ettiği görülmüştür.

Yukarıda sözü edilen etiyolojik faktörler ele alınırken travmatik yaşantılarla ilgili medyanın olumsuz tutumunun da eklenmesinin uygun olacağı değerlendirilmektedir. Bu çalışma medyanın uygun olmayan görüntüler aracılığıyla travmatik sonuçlar doğurabileceğini göstermiştir.

Travma, sıklıkla büyük bir grup insanı ve onların çevresini bu da iyileşmeyi olumsuz yönde etkilemektedir.

Medyanın tutumu bu aşamada önem kazanmaktadır. Deprem, terör eylemleri, bombalı saldırılar, tecavüz, cinayet, yangın ve sel felaketleri, fırtına gibi afetlerin ardından medyanın olayı ele alış biçimi ve süresi oldukça önemlidir. Medyanın belirlediği tutuma göre yaptığı yayınlar olumlu ya da olumsuz olabilecek sonuçlar doğurabilir.

Medya, olayın özellikle ağır travmatik kısımlarının üzerinde fazla durmadan (kanlı, vahşi, şiddet içeren, ölü ve yaralıları gösteren durumlar), travmayı yaşayan insanların acı ve sıkıntıları üzerinde durduğunda;

1- Travmayı yaşamamış, başka bölgelerdeki insanların olayla ilgili bilgilenmesini sağlayacaktır.

2- Medya ve yayınlar aracılığıyla gerçekleşen toplum ilgisi travmatik olayın etkisini uzatmakla birlikte, travma mağdurlarına karşı bir empati oluşturarak toplum desteğinin de harekete geçmesine neden olacaktır.

3- Bu şekilde sağlanacak sosyal destek travma mağdurunun yaşadığı olayın etkilerinden daha hızlı kurtulmasına ve bu olay sonrası psikiyatrik bir bozuklukla karşılaştıysa bile daha çabuk iyileşmesine yardımcı olacaktır.

Ancak medya olayın tüm ayrıntılarını, hiçbir seçimde bulunmadan ve sürekli olarak (17 Ağustos depreminde olduğu gibi) yayınladığında hem travma mağdurlarının hem de travmayla ilgisi olmayan insanların da travmatize olmasına neden olabilmektedir.

Toplu can kayıplarıyla sonuçlanan felaketler başta olmak üzere tüm travmatik olayların ardından sosyal çevrenin de yok olması hastalığın gidişini kötüleştirmektedir. Kriz anlarında yardım kurumları dağılabilmekte ve kişiler kendi başlarının çaresine bakmak zorunda kalabilmektedirler. Yardım kampanyaları sonrasında, yardımın yavaş gerçekleşmesi durumlarında yaşanan “toplumun samimiyeti hakkındaki” tartışmalar hayal kırıklığına ve kişilerin kendi kabuğuna çekilmesine neden olmaktadır. Bu hallerde sosyal alanda dağılmalar ortaya çıkmaktadır.

Mağdurlar bu süreçte kendilerini oldukça yalnız hissetmekte, yalnızlık yaşantısıyla baş etme konusunda “yalnız olmadığı” duygusunu hissetmesine yardım edecek koşulları yaratmak ve sürdürmek önem taşımaktadır. Bu bağlamda medya tam da bu sosyal dağılmaların engellenmesi ve insanlara yalnız olmadıklarını hissettirme konusunda sorumluluk almak zorundadır. Deprem bölgesi olan ve İstanbul'da büyük bir deprem beklenen ülkemizde, bu felaketle karşılaşılmadan önce medya kuruluşlarının da bir acil eylem planı hazırlaması gerekliliktir.

Kriz zamanlarında çok önemli bir yer tutan medyanın sergilediği tavır, insanların ruhsal olarak iyi hissetmeleri ya da kötü hissetmeleri konusunda belirleyicidir. Sorumlu davranan medya çalışanlarının, toplum ruh sağlığı üzerinde olumlu bir etki yaratacağı ortadadır.

Bu arada bölgede çalışan yardım kuruluşlarının personeli (sağlıkçı, polis, itfaiyeciler vd.) gibi, kriz bölgesinde çalışarak travmatik yaşantılara birebir şahit olan medya mensuplarının da ruh sağlığının

korunması önem arz etmektedir. Bu konuyla ilgili yapılacak çalışmalar da savaş, deprem vd. gibi bölgelerde görev yapan medya mensuplarıyla ilgili alınabilecek ruhsal koruyucu tedbirler açısından önem taşımaktadır.

Yukarıda sıraladığımız etiyolojik faktörler ve ek olarak sunduğumuz medyanın tavrının etkileri gözden geçirildiğinde TSSB'nin oluşumunda birçok neden ortaya konmaktadır. Her faktör tek başına TSSB'yi açıklayabilecek gibi görünse de bir etkileşimden söz edilebilir. Böylelikle tümevarımcı bir yaklaşımla bu oluş hipotezlerinin birbiriyle içiçeliği ortaya çıkar. Tek bir oluş nedeniyle TSSB'ye yaklaşmak böylesine semptom zenginliği bulunan bir hastalığı kısıtlamak olur. Bütün bu nedenleri birlikte ele alıyor olmak tedavide ve önleyici tedbirlerde doğru yaklaşımları kendiliğinden getirecektir.

KAYNAKÇA

- Akdemir A., Örsel S., Dağ İ., Türkçapar H., İşcan N., Özbay H.(1996). Hamilton Derecelendirme Ölçeği Geçerliliği, Güvenirliği ve Klinikte Kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 4(4): 251-259.
- Aker A.T., Özeren M., Başoğlu M., Kaptanoğlu C., Erol A., Buran B.(1994). CAPS Skalası Geçerliliği, Güvenirliği ve Klinikte Kullanımı. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 286-293.
- American Psychiatric Association(1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*. Fourth Edition (DSM-IV), Washington DC, American Psychiatric Association.
- Blanchard E.B., Kolb L.C., Gerardi R.J.(1986). "Cardiac Response To Relevant Stimuli As An Adjunctive Tool For Diagnosing Post Traumatic Stress Disorder in Vietnam Veterans", *Behavior Therapy*, 17: 592- 606.
- Escobar J.I., Randolph E.T., Puente G., Spıwak F., Asamen J.K., Hill M., Hough R.L.(1983) "Posttraumatic Stress Disorder İn Hispanic Vietnam Veterans" Clinical Phenomenology And Sociocultural Characteristics. *J.Nerv.Ment.Dis.* 585-596.
- Breslau N, Davis G.C.(1992). "Posttraumatic Stress Disorder in an Urban population of Young Adults", *Risk Factors for Chronicity*. *Am. J. Psychiatry*, 149 (5): 671-675.
- Davidson J., Smith R., Kudler H.(1989). "Familial Psychiatric İllness İn Chronic Posttraumatic Stress Disorder", *Compr. Psychiatry*, 30: 339-345.
- Davidson J.R., Hughes D., Blazer D.G., George L.K.(1991). *Post-traumatic Stress Disorder in Community*, An Epidemiological Study. *Psychol. Med.* 21 (3): 713-721.
- Demirli, A. (2011). Terörizm, Psikososyal Etkileri ve Müdahale Modelleri. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. C.4. S. 35: 66-78.
- Dikkatli S.(2000). TSSB'de Etiyolojik Faktör Olarak Ailenin Araştırılması, Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara: GATA.
- Doruk A.(1999). TSSB'de Etiyolojik Faktörlerin Araştırılması, Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara: GATA.
- Fidan D, Dikkatli S, Ergenç İ, Aydın H, Oflaz F, Demirkan S.(2000). Understanding The Patients With PTSD İn The Light Of Language. 5. Congress Of B.M.M.C., 25-28 Ekim 2000. Abstract Book,
- Keane T.M., Wolfe J.(1990). "Comorbidity İn Posttraumatic Stress Disorder", *An Analysis Of Community And Clinical Studies*, *J.Applied Soc.Psychol.* 20: 1776-1788
- Keane T.M., Colb L., Kaloupek D.(1997). "Comorbid Psychiatric Disorders İn PTSD", *İmplication For Research*, *Annals New York Academy Of Sciences*. 821: 25-34.
- Kessler R.C., Sonneger A., Bromet E.J., Hughes M.(1995). "Posttraumatic Stress Disorder İn The National Comorbidity Survey", *Arch.Gen.Psychiatry*, 52: 1048-1060.
- Malloy PF., Fairbank JA., Keane T.M.(1983). "Validation Of A Multimethod Assessment Of Posttraumatic Stress Disorders In Vietnam Veterans", *J Consult Clin Psychol*, 51: 4-21.
- Mellman T.A., Kulick-Bell R., Ashlock L.E., Nolan B.(1995). "Sleep events in combat-related PTSD", *Am.J.Psychiatry*, 152: 110-115.
- Pitman R.K., Orr S.P., Fergue D.F., de Jong J., Claiborn J.M.(1987). "Psychophysiologic Assessment Of Posttraumatic Stress Disorder Imagery İn Vietnam Combat Veterans", *Arch.Gen.Psychiatry*, 44: 970- 975.
- Sierles F.S., Chen J., McFarland R.E., Taylor M.A.(1983). "Posttraumatic Stress Disorder And Concurrent Psychiatric İllness", *Am.J.Psychiatry*, 140: 1177-1179.

- Sierles F.S., Chen J., Messing M.L., Beysner J.K., Taylor M.A.(1986). "Concurrent Psychiatric Illness İn Non-Hispanic Outpatients Diagnosed As Having Posttraumatic Stress Disorder", *J.Nerv.Ment.Dis.*, 174: 171-173.
- Sorias S., Saygılı R., Elbi H., Nifirne Z., Mete L., Vahip S.(1989). "DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (SCID), Türkçe Versiyonu: Retest Ve Kullanıcılar Arasında Uyuşma Ve Güvenilirliğin Araştırılması", *Ege Üniv. Tıp Fak. Dergisi*, 28(5): 2349-2356.
- Soydan, E., Alpaslan, N. (2014). Medyanın Doğal Afetlerdeki İşlevi. *İstanbul Journal of Social Sciences (2014) Summer: 7* : 53-64.
- Ulusoy M., Şahin N., Erkmen H.(1998). "Turkish Version Of The Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. J Cognitive Psychotherapy", *An International Quartely Vol. 12*, No.2, Summer.
- Yetkin S.(1999). TSSB'de Uyku Değişkenleri Ve Adrenerjik Sistem, Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara: GATA.
-

