

## Deprem Sonucu Gelişen Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile Kişilik Bozuklukları Arasında İlişki

Adnan ÖZÇETİN<sup>1</sup>, Abdullah MARAŞ<sup>2</sup>, Ahmet ATAÖĞLU<sup>1</sup>, Celalettin İÇMELİ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD. Düzce, <sup>2</sup>Adıyaman Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği

### ÖZET

**Giriş ve Amaç:** Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) maruz kalınan travma ile ilişkilidir, ancak tek belirleyici travma değildir. Kişilik bozuklukları ile TSSB arasındaki ilişki tartışılmaktadır. Biz kişilik bozukluğu olanlarda TSSB'nin daha kolay geliştiğini ileri sürerek bu çalışmayı planladık.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamızı 17 Ağustos ve 12 Kasım 1999'da iki şiddetli deprem yaşayan Düzce'de yaptık. Travma birimine yönlendirilen 18 yaş üstü 109 hastadan klinisyen tarafından travma sonrası stres bozukluğu ölçeği (CAPS) ile TSSB tanısı konan 62 hasta çalışmaya alındı. Bunlara SCID-II, yaşam olaylarının etkisi ölçeği (IES) ve sosyodemografik bilgi formu uygulandı.

**Bulgular:** Hastaların 35'inde (%56,5) kişiliği bozukluğu bulundu., kalan 27 hastada (%43,5) kişilik bozukluğu yoktu. 62 hastanın 54'ü kadındı. Diğer sosyodemografik değişkenler açısından iki grup arasında istatistiksel fark yoktu, sadece sosyal güvence oranı kişilik bozukluğu olmayanlarda daha yüksekti(MWU:312500, z:-2.303, p:0.021 ). Kişilik bozukluğu olan 35 hastada toplam 52 adet kişilik bozukluğu tanısı kondu. Bunların %84,7'sini kaçınan, obsesif-kompulsif, bağımlı ve paranoid kişilik bozuklukları oluşturuyordu. Kişilik bozukluğu olan ve olmayan iki grup arasında CAPS alt ölçekleri ve IES alt ölçekleri puanları açısından istatistiksel anlamlı fark yoktu.

**Sonuç:** Bulgularımız bize kişilik bozukluğunun TSSB şiddeti üzerinde belirleyici olmadığını, ancak TSSB'nin ortaya çıkışını belirleyen önemli bir faktör olduğunu düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Travma sonrası stres bozukluğu, kişilik bozukluğu, deprem

## The Relationship between Personality Disorders and Post-Traumatic Stress Disorder Developed After Earthquake

### SUMMARY

**Introduction and Aim:** Posttraumatic stress disorder (PTSD) is related to the trauma exposed, yet not the single predictive one. The relationship between personality disorders and PTSD has not been fully determined. We planned the present study claiming that personality disorders can facilitate the development of PTSD.

**Material and Method:** We conducted the current study in Duzce where two severe earthquakes occurred on 17th August and 12th November 1999. One- hundred and nine patients above 18 years of age were referred to psychiatry trauma unit from the general psychiatry out-patient clinic. CAPS scale was administered to these patients and 62 patients diagnosed with PTSD were included in this study. We administered SCID-II, IES, and sociodemographic data form to these patients.

**Results:** We found personality disorder in 35 patients (56.5%). No personality disorder was found in the remaining 27 patients (43.5%). There was no statistical difference between two groups with regard to other sociodemographic characteristics. Only social security rate was higher in patients who had not personality disorder (MWU: 312500, z:-2.303, p: 0.021). Fifty-two elements of personality disorders were diagnosed in 35 patients with personality disorders. 84.7% of these included avoidant, obsessive compulsive, dependant, and paranoid personality disorders. No statistically significant difference was found between the groups with or without personality disorder with regard to CAPS subscales and IES subscales scores.

**Conclusion:** Our findings suggest that personality disorder has not a predictive role on PTSD but it is an important factor in the development of this disorder.

**Key Words:** Post-traumatic stress disorder, personality disorder, earthquake

## GİRİŞ

Travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) toplumda görülme sıklığı, toplumdaki stresörlerin sıklığı ile paraleldir. Her yaşta görülebilir de daha çok genç erişkinlerin hastalığıdır. 1987 yılında Helzer ve arkadaşlarının yapmış oldukları epidemiyolojik çalışmada yaşam boyu görülme sıklığı erkeklerde %0,5 kadınlarda %1-3 bulunmuştur (1). Bu çalışmada erkeklerde savaş ile ilgili yaşantılar en büyük etken olarak bulunurken, kadınlarda fiziksel saldırı ilk sırayı almıştır. Yaşam boyu prevalansın %1-3 olduğu, toplumun %5-15'inin hastalığın subklinik formlarını yaşadığı, travmatik olay yaşamış risk gruplarında yaşam boyu prevalansın %5-75 arasında değiştiği belirtilmektedir (2). Doğal afetlerle karşı karşıya kalanların %3'ünde TSSB ortaya çıkabilmektedir(3). Vietnam savaşına katılanlarda yaşam boyu TSSB prevalansı %30 bulunmuş, %25'i de hastalığın subklinik formunu yaşamıştır(1). Ölümcül yaralanmalardan sağ kalan yanık hastalarında bu oran %30'dur (2).

Çalışmalarda TSSB prevalansının, travmayla bizzat karşılaşma, travmanın şiddeti ve travmanın süresiyle arttığı gösterilmiştir (4). Norveç'de bir boya fabrikasındaki patlamadan sağ kurtulanların %80'inde, toplama kamplarından sağ kurtulanların %75'inde, 1982 Lübnan savaşında çarpışan İsrail askerlerinin %59'unda, Amerikalı Vietnam askerlerinin %19'unda, Meksika'da depremlerden sağ kurtulanların %32'sinde, Meksika göçmenlerinin %25'inde, uçak kazasına uğrayanların %22'sinde TSSB saptanmıştır (1,3). Çoğu çalışma, TSSB gelişme olasılığının stresörün önemine göre arttığını göstermektedir. Aynı travmatik olayı yaşayan herkeste TSSB ortaya çıkmamaktadır. Stres kaynağı bozukluğun ortaya çıkması için gerekli ise de, yeterli değildir. Hasta için öznel bir anlamının olması gerekmektedir. Bu bozukluğun patogenezinde çeşitli etnik, kültürel, psikolojik, fiziksel, ailesel, sosyal etkenler ve kişisel özellikler rol oynamaktadır (2).

TSSB'nun gelişme riskini, stresörün şiddetini arttıran etkenler ve kişinin yatkınlığı belirlemektedir. Şiddetli bir travmada kişisel faktörler daha az etkiliyken, düşük yoğunluklu bir travmada önem kazanabilir (5). Yoksul bir aileden gelme (6), travma sonrası sosyal desteğin yetersizliği (7), içe dönüklük, yüksek nörotisizm (8-11), geçmiş psikiyatrik bozukluk

(3), stresörün kişi için öznel bir anlamının olması (2), kişinin suçluluk duygusu, sağ kalma suçluluğu taşıması ve kendini köşeye sıkıştırılmış hissetmesi, stresörün ani olması, hazırlıksız olma (2), erken çocukluk döneminde ki örseleyici yaşantılar, 10 yaşından önce anne-baba ayrılığının olması, borderline, paranoid, antisosyal ve bağımlı kişilik özellikleri gösterme, psikiyatrik bir hastalık geliştirmeye ailesel yatkınlık taşıma (2,5), önceden alkol veya ilaç kötüye kullanım öyküsü (2,11), travma öncesi davranış problemlerinin olması (11) kişinin TSSB'ye yatkınlığı olduğunu gösteren ve bozukluğun şiddetini arttıran etkenlerdir. Travmatik olay insan tarafından yapılmış ise TSSB gelişme riski, şiddeti ve süresi daha fazla olmaktadır (12).

### Kişilik bozuklukları

Kişilik; bireyin duygusal ve davranışsal olarak rutin yaşamında görülen toplam özellikleri olarak tanımlanabilir, ve genellikle stabil olup önceden tahmin edilebilir. Kişilik, bireye özgü, kalıcı özellikleri tanımlar. Bu özellikler bireyin bilişsel değerlendirmelerine dayanarak iç ve dış dünyaya uyum içinde geliştirmiş olduğu duygu, düşünce ve davranış kalıplarını içerir. Bu kalıplar, belli durumlarda belli duygusal tepki gösterebilme yetileri, engellenme ve çatışmalar karşısında yerleşmiş başetme biçimleri ve savunma düzenekleridir. Kalımsal, yapısal ve çevresel faktörler kişilik bozukluklarının oluşumunda değişik oranlarda etkilidir (13).

Kişilik bozukluğunda sıklık ve yaygınlık oranları toplumdan topluma ve bir toplum içinde değişik kesimlere göre değişiklikler gösterir. Gelişmiş batı toplumlarında genel popülasyonun en az %5-20'inde kişilik bozukluğu olduğu söylenmektedir. Yatan psikiyatrik hastaların yarısından fazlasında, ayaktan izlenenlerin de %30-40'ında tek başına yada başka bir ruhsal hastalığa eşlik eden bir kişilik bozukluğu olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye'ye özgü epidemiyolojik çalışmalar henüz yetersiz olmakla birlikte, bunların ülkemizin kentsel yörelerinde, batıdaki kadar sık olduğunu düşündüren bulgular vardır. Erkeklerde kadınlara oranla en az 4-5 kat daha fazladır (14).

Southwick ve ark.'ı savaş gazilerinde yüksek oranda borderline, kaçınan ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu bulmuşlardır (15). Self-report kullanılan birçok çalışmada

TSSB'li savaş gazilerinde yüksek oranda borderline, kaçınan, pasif-agresif, antisosyal, şizotipal ve şizoid kişilik bozukluğu bulunmuştur (15-18). Holeva ve TARRIER'in 2001'de trafik kazası kurbanlarında yaptıkları araştırmada sosyal desteğin kalitesinin zayıf olarak algılanmasının TSSB'nin gelişimini anlamlı olarak predikte ettiğini bulmuşlardır. Yine aynı çalışmada TSSB'nin gelişimi ile nörotisizm ve psikotisizm arasında çok güçlü ilişki bulunmuşlardır (19). Resnick ve ark.'ı 1963-1975 yılları arasında Vietnam'da bulunan 118 gazi ile yaptıkları 1989 yılı çalışmasında adult antisosyal davranışın gelişimi ve/veya idamesinde travmanın önemli bir rol oynayarak kişilik özelliklerini değiştirdiği kanısına varmışlardır (11). Bramsen ve Ploeg II.Dünya savaşında travmatik yaşantılara maruz kalanların maruz kalmayanlara göre anksiyete, depresyon ve kızgınlık skorlarını yüksek bulmuş ve savaş zamanında yaşanan stresin bazı kişilik özelliklerini değiştirebileceği yorumunu yapmışlardır (20). Bolinger ve ark.'nın 107 erkek savaş gazisi ile yaptıkları prevalans çalışmasında kişilik bozukluklarının %80.6'sını kaçınan, paranoid, obsesif-kompulsif ve antisosyaller oluşturmaktadır (21). Ancak bu çalışmaların çoğu travmayla tekrar tekrar karşılaşma ve uzun zaman TSSB'nin semptomlarını yaşadıkten sonra yapıldığından kişilik özelliklerini etkileyip değiştirmiş olabilir. Biz bunun aksine kişilik bozulmasının TSSB gelişiminde rolünü incelemek istedik.

TSSB gelişiminde kişilik bozukluklarının rolü ve 3 ay ara ile bölgemizin maruz kaldığı 2 büyük (17 Ağustos Marmara 1999 ve 12 Kasım Düzce 1999) depremin en önemli doğal afet olarak bu süreçteki etkisini araştırdık ve aşağıda belirtilen hipotezleri savunduk.

1. TSSB hastalarında kişilik bozukluğu oranı normal popülasyona göre daha yüksektir.
2. Kişilik bozukluğu TSSB etyolojisinde önemli bir etkidir.

#### GEREÇ VE YÖNTEM:

Çalışmamızı 17 ağustos 1999 ve 12 kasım 1999 tarihlerinde iki kez şiddetli deprem yaşayarak doğal felakete maruz kalan Düzce'de yaptık. Bu çalışmaya Ocak 2000-Ocak 2001 ayları arasında bir yıllık süre içerisinde psikiyatri polikliniğine başvuran ve poliklinikten travma birimine yönlendirilen

travma sonrası yakınmaları olan 109 hasta alınmıştır. Hastalara çalışmaya katılma istekleri sorulmuş olup gönüllü hastalar çalışmaya kabul edilmiştir. 18 yaşından küçük olma, psikotik bozukluğu olma ve duygudurum bozukluğunun manik epizotunda olma dışlama kriterleriydi. Gönüllü hastalara başlangıçta CAPS (klinikyenden tarafından uygulanan travma sonrası stres bozukluğu ölçeği) uygulandı. CAPS ile TSSB tanısı konamayan 37 hasta da dışlandı. CAPS ile TSSB tanısı konan 62 hastaya SCID-II, İES (Impact of Event Scale) ve sosyodemografik bilgi formu uygulandı..

**1- Klinikyenden tarafından uygulanan CAPS ölçeği:** Ölçek Blake ve ark. tarafından gerek araştırma, gerekse klinik ihtiyaçlara uygun olarak hazırlanarak geliştirilmiştir(22). Testin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tamer ve ark.ları tarafından 1999 yılında yapılmıştır(23). Ölçekteki soruların 17'si DSM-III-R'deki TSSB belirtilerini değerlendirirken, diğer 8 soru ise TSSB'ye eşlik eden belirtiler başlığı altında yer almaktadır. Bunların dışında, ölçekte belirtilerin toplumsal ve mesleki işlevsellik üzerine olan etkisi, bir önceki değerlendirmeye veya 6 ay öncesine göre TSSB belirtilerinin durumu, değerlendirmenin tahmini geçerliliği ve TSSB şiddetinin bütünsel değerlendirilmesiyle ilgili sorular da yer almaktadır. Toplam ölçek puanı daha çok bozukluğun şiddetiyle ilgili bir fikir verip belirtilerin sıklık ve şiddet puanlarının toplanmasıyla elde edilir ve 0-136 arasında değişir. Niceliksel değerlendirme dışında, TSSB-Ö niteliksel bir değerlendirmeye de olanak veren şimdiki ve yaşam boyu TSSB tanısını koydurabilen bir ölçektir. Herhangi bir TSSB belirtisinin sıklığının en az 1, şiddetinin ise en az 2 olduğu durumlarda yani o belirtiyeye ait sıklık ve şiddetin toplam puanı en az 3 ise belirti "var" olarak kabul edilmektedir. En az 1 tekrar yaşantılama belirtisi, 3 kaçınma veya küntleşme belirtisi ve 2 tane de uyarılmışlık hali belirtisinin varlığıyla TSSB tanısı konabilmektedir.

**2- Yaşanan Olayların Etkisi Skalası (Impact of Event Scale, IES):** TSSB'yi değerlendirme araçları arasında ilk kullanılanlardan biridir ve birçok çalışmada da kullanılmıştır. Öz bildirim esasına dayalı bir testtir. DSM-III'e göre TSSB semptomlarından sadece intrusif ve kaçınma semptomlarını ölçmektedir. 15 maddeden oluşmaktadır. 7 madde (1,4-6,10,11,14) intrusif, 8 madde (2,3,7-9,12,13,15) ise

kaçınma semptomları ile ilgilidir. Her maddede bir olay sorulmakta ve onun ne kadar sıklıkta olduğu 0-3 arasında değerlendirilmektedir (24).

**3- SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-III-R personality disorders):** SCID-II (DSM-II-R'a göre kişilik bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme formu) yapılandırılmış bir klinik görüşme aracıdır. Yapılandırılmış klinik görüşmeler hekimin hasta ile iletişime girmesini ve DSM-III-R kişilik bozukluklarının doğru ve güvenilir olarak saptanmasına ve hekimin klinik becerilerini kullanmasına imkân sağlar (25). Çeviri çalışmaları Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde Sorias ve arkadaşları tarafından 1990 yılında yapılmıştır. SCID-II görüşmesinin kişilik bozukluklarındaki güvenilirlik çalışması ise 1996 yılında Coşkunol ve ark. tarafından yapılmıştır (26).

**4- Sosyodemografik Bilgi Formu:** Çalışmaya katılan hastalardan Sosyodemografik bilgileri almak için bir bilgi formu oluşturduk. Bu form yardımı ile sosyodemografik bilgiler yanısıra depresyon öncesi ve sonrası yaşam koşulları ve depresyona bağlı kayıplarla ilgili bilgiler elde edildi.

**İstatistiksel analiz:** Bu çalışmanın istatistiksel analizi Windows için hazırlanmış olan SPSS programının 10.0 sürümü ile yapılmıştır. Gruplar normal dağılıma uymadığından grupların karşılaştırılması Mann-Whitney-U testi uygulanarak yapılmıştır.  $P < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı değer kabul edildi.

#### **BULGULAR:**

Kişilik bozukluğu olan (n=35) ve kişilik bozukluğu olmayan (n=27) toplam 62 TSSB vakasının sosyodemografik verileri Tablo 1'de verilmiştir. Tabloda belirtildiği gibi kadın hasta sayısı 54, erkek hasta sayısı 8'di. Kadın hastalardan 23'ünde kişilik bozukluğu bulunmazken, 31'inde değişik kişilik bozuklukları tespit edildi. Toplam 8 erkek hastanın yarısında (n:4) kişilik bozukluğu vardı. 19-30 yaş grubunda 8 kişide kişilik bozukluğu bulunmazken 12 kişide kişilik bozukluğu mevcuttur. 31-42 yaş grubundan 8 kişide kişilik bozukluğu bulunmazken 14 kişide kişilik bozukluğu mevcuttu. 43+ yaş grubunda 11 kişide kişilik bozukluğu bulunmazken 9 kişide kişilik bozukluğu belirlendi.

Eğitim durumu; kişilik bozukluğu olmayanlarda okur yazar olmayanların sayısı 4, ilköğretim mezunu 16, lise mezunu 5, yüksekokul mezunu 2 idi. Kişilik bozukluğu olanlarda ise okur-yazar olmayanların sayısı 7, ilköğretim 24, lise 4'tü, ancak hiç yüksekokul mezunu yoktu. (Tablo 1).

Sağlık kaybı; kişilik bozukluğu olmayanlarda birinci derece akraba kaybına uğrayan kişi sayısı 3, ikinci derece akraba kaybına uğrayan kişi sayısı 4, göçük altında kalma-yaralanma sayısı 2, sağlık kaybı olmayanların sayısı 18 idi. Kişilik bozukluğu olanlarda birinci derece akraba kaybına uğrayanların sayısı 4, ikinci derece akraba kaybına uğrayanların sayısı 3, göçük altında kalma-yaralanma sayısı 3 ve sağlık kaybı olmayanların sayısı 25'di. Maddi kayıp; kişilik bozukluğu olmayanlarda ev kaybına uğrayan kişi sayısı 12, orta hasarlı sayısı 2, hafif hasarlı veya hasarsız kişi sayısı 13 iken, kişilik bozukluğu olanlarda ev kaybına uğrayan kişi sayısı 11, orta hasarlı sayısı 3, hafif hasarlı veya hasarsız olanların sayısı 21'di.

Kişilik bozukluğu olmayanlarda geçmiş dönemlerde psikiyatrik tedavi görenlerin oranı %40.7 (n:11), görmeyenlerin %59.3 (n:16) idi. Kişilik bozukluğu olanlarda ise geçmiş dönemlerde psikiyatrik tedavi görenlerin oranı %37.1 (n:13), görmeyenlerin %62.9 (n:22) idi. Kişilik bozukluğu olmayanlarda psikiyatrik aile öyküsü verenlerin sayısı 3, aile öyküsü vermeyenlerin sayısı 20 idi. Kişilik bozukluğu olanlarda aile öyküsü olanların sayısı 5, aile öyküsü olmayanların ise sayısı 30'du. Kişilik bozukluğu olmayanlarda geçmiş ruhsal travma öyküsü 1, ruhsal travmaya uğramayanların sayısı 26 idi. Kişilik bozukluğu olanlarda geçmiş travma öyküsü olanların sayısı 5, olmayanların sayısı 30 idi.

Tablo 2'de görüldüğü üzere kişilik bozukluğu olmayanlarda sosyal güvencesi olanların sayısı 21, hiçbir sağlık güvencesi olmayanların sayısı 6 idi. Kişilik bozukluğu olanlarda ise sosyal güvencesi olanların sayısı 19, hiçbir sağlık güvencesi olmayanların sayısı 16 idi.

Tablo 1 ve 2'de görüldüğü üzere kişilik bozukluğu olmayan ve olan gruplar arasında sadece sosyal güvence açısından anlamlı istatistiksel fark vardı. Kişilik bozukluğu olmayanlarda sosyal güvencesi olanların oranı daha yüksekti (MWU=312500,  $z=-2.303$ ,  $p=0.021$ ).

**Tablo 1:** Travma sonrası stres bozukluğu tanısı konan kişilik bozukluğu olmayan ve olan hasta gruplarının sosyodemografik özellikleri\*

		Kişilik Boz. Olmayanlar		Kişilik Boz. Olanlar		TOPLAM		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	23	(85.2)	31	(88.6)	54	(87.1)	
	Erkek	4	(14.8)	4	(11.4)	8	(12.9)	
<b>Toplam</b>		<b>27</b>	<b>(43.5)</b>	<b>35</b>	<b>(56.5)</b>	<b>62</b>	<b>(100)</b>	
Yaş Ortalamaları	19-30	8	(29.6)	12	(34.3)	20	(32.3)	
	31-42	8	(29.6)	14	(40.0)	22	(35.4)	
	43+	11	(40.8)	9	(25.7)	20	(32.3)	
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	4	(14.8)	7	(20.0)	11	(17.8)	
	İlköğretim	16	(59.3)	24	(68.6)	40	(64.5)	
	Lise	5	(18.5)	4	(11.4)	9	(14.5)	
	Yüksekokul	2	(7.4)	-	-	2	(3.2)	
Medeni Durum	Bekar	3	(11.1)	4	(11.4)	7	(11.3)	
	Evli	19	(70.4)	28	(80.0)	47	(75.8)	
	Dul	5	(18.5)	3	(8.6)	8	(12.9)	
Meslek	Memur	3	(11.1)	-	-	3	(4.8)	
	Esnaf	1	(3.7)	1	(2.8)	2	(3.2)	
	İşçi	2	(7.4)	3	(8.6)	5	(8.1)	
	İşsiz	2	(7.4)	2	(5.7)	4	(6.5)	
	Evhanımı	17	(36.0)	27	(77.2)	44	(70.9)	
	Serbest	2	(7.4)	2	(5.7)	4	(6.5)	
Yerleşim Yeri	Depremden Önce	Kırsal	6	(22.2)	9	(25.7)	15	(24.2)
		Kent	21	(77.8)	26	(74.3)	47	(75.8)
	Depremden Sonra	Kırsal	23	(85.2)	32	(91.5)	55	(88.7)
		Kent	4	(14.8)	3	(8.5)	7	(11.3)
Sosyal <sup>†</sup> Güvence	Emekli Sandığı	8	(29.7)	3	(8.6)	11	(17.8)	
	Bağ-kur	4	(14.8)	5	(14.3)	9	(14.5)	
	SSK	9	(33.3)	11	(31.4)	20	(32.2)	
	Sosyal Güvence yok	6	(22.2)	16	(45.7)	22	(35.5)	

(\*) Tüm değişkenlerde p&gt;0.05

(<sup>†</sup>) MWU=312500, z=-2.303, p=0.021

Tablo 3'te görüldüğü üzere; kişilik bozukluğu olan 35 hastanın (%56.5) A kümesi kişilik bozukluğu görülenlerin 3'ünde de (%4.8) paranoid kişilik bozukluğu tespit edilmiştir. Şizoid ve şizotipal kişilik bozukluğuna hiç rastlanmamıştır. B kümesi kişilik bozukluğu gösteren hasta sayısı 5'dir

(%8.1). 3 kişide borderline, 2 kişide ise histrionik kişilik bozukluğu saptanmıştır. Antisosyal ve narsistik kişilik bozukluğuna hiç rastlanmamıştır. C kümesi kişilik bozukluğu olan hasta sayısı 20'dir (%32.2). Yedi kişide kaçınan kişilik bozukluğu, 3 kişide obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu, 2 kişide bağımlı kişilik bozukluğu, 5 kişide kaçınan+bağımlı

**Tablo 2:** Travma sonrası stres bozukluğu tanısı konan kişilik bozukluğu olmayan ve olan hasta gruplarının depremdeki kayıpları ve psikiyatrik öykü özellikleri(\*)

		Kişilik Boz. Olmayanlar n:27 %	Kişilik Boz. Olanlar n:35 %	TOPLAM n:62 %
Sağlık Kaybı	1.Derece Akraba Kaybı	3 (11.1)	4 (11.4)	7 (11.3)
	2.Derece Akraba Kaybı	4 (14.8)	3 (8.6)	7 (11.3)
	Göçük Altında Kalma, Yaralanma	2 (7.4)	3 (8.6)	5 (8.0)
	Sağlık Kaybı Yok	18 (66.7)	25 (71.4)	43 (69.4)
Maddi Kayıp	Ev-İşyeri Kaybı	12 (44.4)	11 (31.4)	23 (37.1)
	Orta Hasarlı	2 (7.4)	3 (8.6)	5 (8.1)
	Hafif hasarlı-Hasarsız	13 (48.2)	21 (60.0)	34 (54.8)
Geçmiş Psikiyatrik Öykü	Var	11 (40.7)	13 (37.1)	24 (38.7)
	Yok	16 (59.3)	22 (62.9)	38 (61.3)
Geçmiş Travma Öyküsü	Var	1 (3.7)	5 (14.3)	6 (9.6)
	Yok	26 (96.3)	30 (85.7)	56 (90.3)
Aile Öyküsü (Psikiyatrik)	Var	3 (11.1)	5 (14.3)	8 (12.9)
	Yok	24 (88.9)	30 (85.7)	54 (87.1)
Deprem Anında Bulunduğu Yer	Kırsal	6 (22.2)	9 (25.7)	15 (24.2)
	Kent	21 (77.8)	26 (74.3)	47 (75.8)

(\*) Tüm değişkenlerde  $p>0.05$ 

kişilik bozukluğu ve 2 kişide kaçınan+obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ve 1 kişide kaçınan+bağımlı+pasif-agresif kişilik bozukluğu tespit edilmiştir. Kişilik Bozukluğu olan travma hastalarından farklı kişilik kümelerini içeren kompleks kişilik bozuklukları da görülmüştür. Dört kişide kaçınan+paranoid kişilik bozukluğu, 5 kişide paranoid+obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, 1 kişide obsesif kompulsif+histrionik kişilik bozukluğu ve 1 kişide de borderline+histrionik kişilik bozukluğu görülmüştür (Tablo 3). Kişilik bozukluğu olan TSSB'li 35 hastada toplam 52 adet kişilik bozukluğu tanısı konmuştur. Tablo 4'te kişilik bozukluklarının dağılımı görülmektedir. Hastalara en fazla 4 adet kişilik bozukluğu tanısı konmuştur (range:1-4). Kişilik bozukluğu tanılarının %84.7'sini kaçınan, obsesif kompulsif,

bağımlı ve paranoid kişilik bozuklukları oluşturmaktaydı.

Tablo 5'de görüldüğü gibi; CAPS intrusif, kaçınma, uyarılma, ek semptom ve toplam şiddet ve sıklık puanlarında kişilik bozukluğu olanlar ve olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Yine aynı şekilde kişilik bozukluğu olanlar ve olmayanların yaşam olaylarının etkisi ölçeğinden (Impact of Event Scale-IES) aldıkları avoidant, intrüzyon ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

#### TARTIŞMA

Bu çalışmada, PTSD'de kişilik bozukluklarının rolünü araştırdık kaçınan, obsesif-kompulsif, bağımlı ve paranoid kişilik bozuklukları en yüksek oranda görülmesine karşın, A kümesi kişilik bozukluklarından

şizoid ve şizotipal, B kümesinden antisosyal ve narsistik kişilik bozuklukları hiç yoktu.

**Tablo 3:** Kişilik bozukluğu tanısı alan hastaların dağılımı

	n	%	Toplam n	%
Kişilik Bozukluğu Yok	27	43.6	27	43.5
A Kümesi Kişilik Bozukluğu	3	4.8	35	56.5
B Kümesi Kişilik Bozukluğu	5	8.1		
C Kümesi Kişilik Bozukluğu	20	32.2		
Paranoid+Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu	5	8.1		
Kaçıngan+Paranoid Kişilik Bozukluğu	2	3.2		
Toplam	62	100.0		

**Tablo 4:** Kişilik bozukluklarının sayısal dağılımı (bazı hastalara birden fazla kişilik bozukluğu tanısı konmuştur).

Eksen II Tanısı	n	%
Küme A		
Paranoid	9	17.3
Küme B		
Borderline	4	7.7
Histrionik	3	5.7
Küme C		
Kaçıngan	16	30.8
Bağımlı	9	17.3
Obsesif-kompulsif	10	19.3
Pasif-agresif	1	1.9
Kişilik bozukluğu tanı frekansı		
Toplam Sayı	52	100.0
range	1-4	

Bollinger ve ark.'nın çalışmasında tümü erkek 107 savaş gazisinin %79.4'ünde en az bir kişilik bozukluğu tanısı kondu. Toplam kişilik bozukluğu tanılarının ¾'ü paranoid, avoidant ve obsesif-kompulsif gruplardan oluşuyordu (21). Yine Southwick ve ark.'ı 1993'te yaptıkları çalışmada benzer sonuçlar bulmuştu (15). Bizim çalışmamızda %56.5 olan kişilik bozukluğu oranı daha düşük olsa

da Faustman ve White'in bulduğu 1/3 oranının oldukça üzerindedir (27). Travma hastalarında yapılan çalışmalarda ortaya çıkan yüksek oranda kişilik bozukluğu, bizim çalışmamızda da ortaya çıkmıştır. Çalışmamızda 4/5'in daha fazlasını kaçınan, obsesif-kompulsif, bağımlı ve paranoid kişilik bozuklukları oluşturuyordu. Kaçınan kişilik bozukluğu bu konuda yapılan çalışmaların büyük kısmında yüksek oranda görülürken bizde de yüksek oranda görülmüştür. Bizden önceki çalışmalarda bağımlı kişilik bozukluğu çok az veya hiç rastlanmazken bizim çalışmamızda yüksek oranda bağımlı kişilik bozukluğu görüldü. Önceki çalışmalardan farklı olarak vakalarımızın %87'si kadın olduğundan bağımlı kişilik bozukluğu önemli oranda yüksekti. Borderline kişilik bozukluğu (BPD) %7.7 oranla beklenenden daha azdı. BPD'nin özellikle çocukluk çağı travmaları ile ilişkilendirildiği dikkate alınırsa doğal bir travma olan depremden kısmen az etkilenmeleri bu durumu açıklayabilir. Yapılan diğer çalışmalarda antisosyal, şizoid, şizotipal ve narsistik kişilik bozukluklarına çok az oranda rastlanırken bizim çalışmamızda bu kişilik bozuklukları hiç tespit edilmemiştir. Bu kişilik bozukluklarının görülmemesi travmanın doğal kaynaklı olmasına bağlı olabilir.

Yukarıda da belirttiğimiz gibi çalışmamıza aldığımız 62 TSSB hastasında en çok görülen kişilik bozuklukları bağımlı ve kaçınan kişilik bozuklukları idi. Neden bu kişilik bozukluklarının daha sık görüldüğünü açıklamak için bireylerin stres karşısında kullandığı başa çıkma yöntemlerinden bahsetmek gerekir. Başa çıkma; stresörlerin uyandırdığı duygusal gerilimi azaltma, yok etme ya da bu gerilime dayanma amacıyla gösterilen davranış veya duygusal tepkilerin bütünüdür (28). Başa çıkma davranışı; kişinin kaynaklarını aşan şekilde değerlendirilen spesifik içsel ve dışsal taleplerin üstesinden gelmek için sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabalar olarak da tanımlanır. Lazarus ve arkadaşları başa çıkmayı bilişsel bir tepki olarak değerlendirmişlerdir (29). Lazarus'un modeline göre başa çıkma tarzları iki ana grupta toplanabilir:

İlki problem odaklı başa çıkma, bireyin stres durumunun kontrol altına alınabileceğine karar vermesi ve eyleme geçmesidir. Problem odaklı başa çıkma, durumu değiştirmeye yönelik aktif, mantıklı, bilinçli çabaları içerir.

**Tablo 5:** Travma sonrası stres bozukluğu tanısı konan kişilik bozukluğu olmayan ve olan hasta gruplarının CAPS\* ve İES† puan ortalamaları ve istatistiksel sonuçları

		Kişilik Boz. Olmayanlar (Ortalama Puan)	Kişilik Boz. Olanlar (Ortalama Puan)	MWU (Mann-WhitneyU)	P
CAPS İntusif	Sıklık	10.37	10.40	467.500	0.943
	Şiddet	9.14	9.28	455.000	0.802
CAPS Kaçınma	Sıklık	16.81	16.68	456.000	0.814
	Şiddet	14.25	14.80	461.000	0.870
CAPS uyarılma	Sıklık	16.48	17.40	390.500	0.241
	Şiddet	14.48	15.37	384.000	0.202
CAPS Ek semptom	Sıklık	14.00	15.51	382.500	0.199
	Şiddet	12.33	13.97	364.500	0.123
CAPS Toplam Puan	Sıklık	42.88	44.48	390.500	0.243
	Şiddet	37.88	39.45	380.000	0.188
İES Avoidant		16.62	17.25	448.500	0.731
İES İntrüzyon		16.37	16.57	459.500	0.852
İES Toplam		33.00	33.85	456.000	0.814

(\*) Klinisyen tarafından uygulanan travma sonrası stres bozukluğu ölçeği

(†)Yaşanan Olayların Etkisi Skalası

İkincisi olan duygusal odaklı başa çıkma ise, durumun kontrol edilemeyeceğine ve bu nedenle kabullenilmesine karar verme sürecidir (29). Genellikle uzaklaşma, kendini kontrol etme, sosyal destek arama, kabullenme gibi yaklaşımları içermektedir. Duygusal odaklı başa çıkma, stres verici durumlarla direkt yüzyüze gelmekten kaçınma mekanizmasıyla stresli duyguları düzenlemeye ilişkin çabalardan oluşmaktadır (30). Genel olarak problem odaklı başa çıkma davranışının sonuç değişkenleri açısından daha olumlu olduğu söylenmektedir.

Yüksek özgüvene sahip bireyler stres karşısında, düşük özgüvene sahip bireylere göre başa çıkma yöntemlerini daha iyi kullanmakta ve stresin olumsuz etkilerinden daha az etkilenmektedirler. Özgüveni yüksek olan kişiler bir stres karşısında, durumu kontrol altına alabileceğini, ortamı değiştireceğine inanarak planlı, bilinçli, mantıklı bir şekilde eyleme geçerler. Özgüveni düşük bireyler stres anında durumu, ortamı değiştireceğine, kontrol altına alabileceğine inanmaz ve bir şekilde kabullenir. Stres verici durumlarla yüzyüze gelmekten kaçınma, sosyal destek arama, ortamdaki uzaklaşma gibi çok ta çözümsel olmayan davranışlar içine girerler ve stresin olumsuz etkilerini daha fazla yaşarlar. Kaçınan ve bağımlı kişilik bozuklukları olan bireylerin özgüvenleri, benlik saygıları

düşüktür. Kendi başlarına yeterli olmakla ilgili olumsuz düşünceleri ve devamlı anksiyeteleri mevcuttur. Sıradan durumların olası tehlikelerini abartmaya yatkındırlar. Bu bireyler gündelik hayatta bol miktarda destek ve öğüt alma gereksinimi hissederler. Pasif olma eğilimindedirler ve yaşamlarının çoğu önemli alanında girişimde bulunmak ve sorumluluk almak için başkalarının önayak olmasını isterler. Bağımlı kişilik bozukluğu olanların bağımlı oldukları kişi, nesne ya da güvenlik duygularını kaybetmeleri nedeniyle TSSB daha kolay gelişmiş olabilir.

Yaygın bir yıkım, karmaşa ve güvensizlik ortamı yaratan deprem kaçınan ve bağımlı kişilik bozukluğu olan bireylerde zaten mevcut olan yetersizlik duygularını, özgüven eksikliğini, çaresizliği arttıracaktır. Sosyal desteği almak için yeterli girişimi yapamayacakları ve bağımlı oldukları kişi ya da kurumlardan destek almaları zor hatta imkânsız olacağından yaşamsal tehdit algılamaları şiddetlenecektir. Ayrıca kronik bir anksiyetelerinin olması da travma karşısında uygun başa çıkma yöntemlerini bulmalarını, kullanmalarını zorlaştıracaktır. Travmanın karşı karşıya bıraktığı stresli durumdan kurtulacaklarına, başa çıkacaklarına inançları olmayacağı için olayı kabullenecekler, ortamdaki uzaklaşma, sosyal destek arama, olumsuz düşünceler taşıma, olayı bastırmaya



çalışma gibi planlı probleme dayalı yöntemlerden uzak davranışlar sergileyeceklerdir. Bu bireylerin uygun başa çıkma yöntemlerini kullanamamaları sonucu TSSB ve diğer anksiyete bozuklukları, psikosomatik hastalıklar ve depresyon daha fazla ortaya çıkacaktır.

TSSB'li hastalarda yüksek oranda kişilik bozukluğu mevcuttur (15,19,21,31,32). Ancak kişilik bozukluğu mu TSSB'ye yakınlığı arttırmakta, yoksa travmatik olay mı kişilik bozukluğuna yol açmakta sorusunun cevabı belirsizliğini korumaktadır. Bizden önce yapılan çalışmalar sıklıkla savaş esirleri ve gazileri üzerinde yapılmış olup, kişilerin uzun bir süre travmatik bir ortamda bulunmaları, insanlar tarafından oluşturulan travmaya maruz kalmaları belki de bu kişilerde özellikle paranoid ve kaçınan kişilik özelliklerinin gelişimine yol açmış olabilir. Ayrıca çalışmaların travmatik yaşantılardan çok uzun süre sonra yapılması (çalışmaların çoğu Vietnam savaş esirleri ve gazileri arasında 1980-1995 yılları arasında yapılmıştır - 15,16,17,18,21,31-) ve bu kişilerin çok uzun bir süre TSSB'yi yaşaması bu hastalarda kişilik özelliklerinin değişimine veya bozukluğuna yol açmış olabilir (11,15,19). Liao ve ark.larının yaptıkları 1999 Tayvan depremini takiben 2 ay içinde 1104 kurtarma görevlisini kapsayan bir çalışmada kişilik özellikleri ve afet öncesi yaşama uyum özelliklerinin stres gelişiminde güçlü belirleyiciler olduğunu bulmuşlardır (33). Bizim çalışmamız da, benzer şekilde depremden iki ay sonra başlamış ve 12 aylık süre içerisinde tamamlanmıştır. Hastalar çok uzun süre TSSB semptomlarını yaşamadan çalışmaya alındı. Ayrıca travmaya insanlar neden olmamış doğal bir felaket sonrası ortaya çıkmıştı. Bu açılardan bakıldığında, çalışmaya aldığımız 62 travma hastasının 35'sinde ortaya çıkan kişilik bozukluklarının travma sonrası ortaya çıkmadığı, travma öncesi mevcut olduğu ve kişilik bozukluğu olanların TSSB'ye yakınlığının artmış olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda önceki çalışmalara paralel olarak obsesif-kompulif ve paranoid kişilik bozuklukları da ikinci ve üçüncü sıklıkta görüldü. İkisi toplam kişilik bozukluğu tanısının 1/3'ünü oluşturmaktadır. Her iki kişilik bozukluğunda da yaşam ortamı ve kişilerarası ilişkilerin net, güvenli ve belirgin olması önemlidir. Paranoid kişilik bozukluğunun yaygın güvensiz ve şüpheli

karakteri, obsesif-kompulif kişilik bozukluğunun düzenlilik, mükemmeliyetçilik, mental ve kişilerarası kontrolçülük özellikleri dezavantaj oluşturur. Belirsizlik, bilinmezlik, karmaşa ve güvensiz durumlar bu kişilik bozukluklarında yoğun anksiyete ve korkuya neden olabilir. Bunun sonucu da TSSB gelişim olasılığı artar.

Kişilik bozukluğu olan ve olmayan gruplar CAPS ve IES alt ölçek ve toplam puanları karşılaştırıldı. Her iki ölçek TSSB tanısı koymaya ve şiddetini belirlemeye yardımcıdır. Kişilik bozukluğu olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Bu durum bize kişilik bozukluğunun TSSB şiddetini belirleyici bir rolü olmadığını düşündürmektedir.

Sonuç olarak; TSSB'li hastalarda yüksek oranda kişilik bozukluğu tespit ettik (%56.5). Kişilik bozukluklarından en fazla kaçınan, obsesif-kompulif, paranoid ve bağımlı kişilik bozuklukları görülmüştür. Bu kişilik bozukluklarından kaçınan ve bağımlı kişilik bozukluklarının fazla sayıda görülmesinin sebebi, bu bireylerin özgüvenlerinin, benlik saygılarının düşük olması ve stres karşısında uygun başa çıkma yöntemlerini kullanamamaları veya kullandıkları yöntemlerin çok da çözümsel olmamasına bağlıdır. Deprem sonucu oluşan genel belirsizlik, bilinmezlik, karmaşa ve güvensiz ortam obsesif-kompulsif ve paranoid kişilik bozukluğu olan kişilerde yoğun anksiyete, korku ve kolayca TSSB oluşumunu tetikler. Tüm bu değerlendirmelerin sonucu, bize kişilik bozukluğunun TSSB şiddeti üzerinde belirleyici olmadığını, ancak TSSB'nin ortaya çıkışını belirleyen önemli bir faktör olduğunu düşündürmektedir. Bundan sonra doğal afetler sonrası kısa dönemleri kapsayan daha fazla sayıda örnekle çalışılması daha güçlü verilere ulaşılmasını sağlayacaktır. Bu çalışmanın, bizden sonra ki çalışmalara rehber olmasını ümit etmekte ve bu konuda çok sayıda karşılaştırmalı çalışmaya ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

#### **Kısıtlılıklarımız:**

Vaka sayısının az olması çalışmamızda önemli bir kısıtlılıktı. Depremde yıkımın büyük ve etkisinin fazla olması vaka sayısını arttırmamızda olumsuz çevresel etki yapmıştır.

#### **Yazışma Adresi:**

Yrd.Doç.Dr.Adnan Özçetin. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD. 81620 Konuralp/Düzce e-posta: [adozçetin@gmail.com](mailto:adozçetin@gmail.com) Tel. 0380 5414701

## KAYNAKLAR

1. Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey. *N Engl J Med.* Dec 24;317:1630-1634, 1987
2. Kaplan HI, Sadock BJ (Eds). Anxiety disorders. In:Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry. Mass Publishing Co. Egypt. pp.581-628, 1998
3. Hammond KW, Scurfield RM, Risse SC. Post-Traumatic Stress Disorder. In Current Psychiatric Therapy. Philadelphia, Edited by Dunner D.L, W.B. Saunders Company, 288-295, 1993
4. Labbate L.A, Snow M.P. Posttraumatic Stress Symptoms Among Soldiers Exposed to Combat in Persian Gulf. *Hospital and Community Psychiatry,* 43:831-833, 1992
5. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry.* 55: 626-632, 1998
6. McFarlane AC: The phenomenology of posttraumatic stress disorders following a natural disaster. *J Nerv Ment Dis.* 176: 22-29, 1988
7. Cohn J, Danielsen L, Holzer KI, Koch L, Severin B, Thogersen S, Aalund O. A study of Chilean refugee children in Denmark. *Lancet.* 24; 2:437-438, 1985
8. Davitson JRT, Fairbank J: Position Paper on epidemiology of PTSD. Paper Prepared for the DSM-IV Workgroup on Posttraumatic Stress Disorder, 1989.
9. Breslau N, Davis GC. Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity. *Am J Psychiatry.* 149: 671-675, 1992
10. Engdahl BE, Speed N, Eberly RE. Schwartz J. Comorbidity of psychiatric disorders and personality profiles of American World War II prisoners of war. *J Nerv Ment Dis.* 179: 181-187, 1991
11. Resnick HS, Foy DW, Donahoe CP, Miller EN. Antisocial behavior and post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. *J Clin Psychol.* 45: 860-866, 1989
12. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition (DSM-IV), Washington DC. American Psychiatric Association 1994
13. Personality disorders. Kaplan HI, Sadock BJ (Eds). In:Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry. Mass Publishing Co. Egypt. pp.775-796, 1998
14. Gökalp PG. Kişilik bozukluklarının epidemiyolojisi. Doğan O, Çelikkol A (Eds.). In:Psikiyatrik epidemiyoloji. Ege Psikiyatri Yayınları. İzmir 2002
15. Southwick SM, Yehuda R, Giller EL Jr. Personality disorders in treatment-seeking combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry.* 150:1020-1023, 1993
16. Sherwood RJ, Funari DJ, Piekarski AM. Adapted character styles of Vietnam veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *Psychol Rep.* 66: 623-631, 1990
17. Weyermann AG, Norris FH, Hyer LA. Examining co morbidity and posttraumatic stress disorder in a Vietnam veteran population using the MMPI-2. *J Trauma Stress.* 9:353-360, 1996
18. Hyer L, Davis H, Woods G, Albrecht JW, Boudewyns P. Relationship between the Millon Clinical Multiaxial Inventory and the Millon-II: value of scales for Aggressive and Self-defeating personalities in Posttraumatic Stress Disorder. *Psychol Rep.* 71: 867-879, 1992
19. Holeva V, Tarrier N. Personality and peritraumatic dissociation in the prediction of PTSD in victims of road traffic accidents. *J Psychosom Res.* 51: 687-692, 2001
20. Bramsen I, van der Ploeg HM. Fifty years later: the long-term psychological adjustment of ageing World War II survivors. *Acta Psychiatr Scand.* 100: 350-358, 1999
21. Bollinger AR, Riggs DS, Blake DD, Ruzek JI. Prevalence of personality disorders among combat veterans with posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress.* 13:255-270, 2000
22. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, et.al. The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress.* 8: 75-90, 1995
23. Aker AT, Özeren M, Başoğlu M, Kaptanoğlu C, Erol A, Buran B. Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (TSSB-Ö)-

- Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. 10: 286-293, 1999
24. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med.* 41:209-218, 1979
25. Dreessen L, Arntz A. Short-interval test-retest interrater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II) in outpatients. *J Personal Disord.* 12:138-148, 1998
26. Coşkunol H, Bağdiken İ, Sorias S ve ark. SCID-II (Türkçe versiyonu) görüşmesinin kişilik bozukluklarındaki güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9: 26-29, 1994
27. Faustman WO, White PA. Diagnostic and psychopharmacological treatment characteristics of 536 inpatients with posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis.* 177: 154-159, 1989
28. Fleming R, Baum A, Singer JE. Toward an integrative approach to the study of stress. *J Pers Soc Psychol.* 46:939-949, 1984
29. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol.* 50: 992-1003, 1986
30. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol.* 56: 267-283, 1989
31. Richman H, Frueh BC. Personality disorder symptomatology among Vietnam veterans with combat-related PTSD. *Anxiety*, 2:286-295, 1996
32. Yen S, Shea MT. Recent developments in research of trauma and personality disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 3: 52-58, 2001
33. Liao SC, Lee MB, Lee YJ, Weng T, Shih FY, Ma MH. Association of psychological distress with psychological factors in rescue workers within two months after a major earthquake. *J Formos Med Assoc.* 101: 169-176, 2002