



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU'NA YENİ  
BİR YAKLAŞIM: KARMAŞIK TRAVMA SONRASI  
STRES BOZUKLUĞU**

**DÖNEM PROJESİ**

**ORHAN DEMİR**

**İSTANBUL, 2023**



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU'NA YENİ  
BİR YAKLAŞIM: KARMAŞIK TRAVMA SONRASI  
STRES BOZUKLUĞU**

**DÖNEM PROJESİ**

**ORHAN DEMİR  
(210134019)**

**Danışman  
(Prof. Dr. Haşim Ercan Özmen)**

**İSTANBUL, 2023**

## **ETİK BİLDİRİM**

Bu bitirme projesinin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, bitirme projesinin herhangi bir kısmının bağlı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Orhan DEMİR

## TEŐEKKÜR

Eğitim hayatım boyunca benden sonsuz sevgi ve desteğini esirgemeyen babama ve okuma yazma bilmemesine rağmen hayata olan bakış açısı ile vefatından sonra bile yolumu aydınlatmaya devam eden cennet mekan merhume anneme, beni her zaman eğitime teővik eden ve eğitim hayatım boyunca tım fedakarlığıyla maddi manevi desteğini esirgemeyen abilerime, pes etmek ve her őeyi yarıda bırakmak üzereyken beni cesaretlendiren ve umut aőılayan ablama, sevgiyle ve anlayıőla beni destekleyen ve her tırlı fedakarlığı yapan eőime ve bir gülümsemesiyle bizi yeniden hayata bağlayan, evimizin neőesi bir buçuk yaőındaki kızıma en derin teőekkürlerimi sunarım. Ayrıca, bana rehberlik ederek bilgi ve deneyimlerini paylaőan danışman hocam Prof. Dr. Haşim Ercan Özman'e de özel teőekkürlerimi iletmek isterim. Sizlerin destekleri olmasaydı, bu bitirme projesi baőarıya ulaőamazdı. Her birinize minnettaram ve őükranlarımı sunuyorum.

Orhan DEMİR

**TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU'NA YENİ BİR  
YAKLAŞIM: KARMAŞIK TRAVMA SONRASI STRES  
BOZUKLUĞU**  
**Orhan Demir**

**ÖZET**

İngiltere Travma Konseyi, karmaőik travmanın, çocukluk veya ergenlik döneminde kişilerarası tehditleri içeren birden fazla olayla ilgili travmatik deneyimler olarak tanımlar. Bu olaylar; istismar, ihmal, kişilerarası şiddet, toplumsal şiddet, ırkçılık, ayrımcılık ve savaş gibi unsurları içerebilir. Karmaőik Travma Sonrası Stres Bozukluğu (KTSSB), genellikle uzun süreli veya tekrarlayan travmatik olaylara tepki olarak ortaya çıkar. Bireylerin kaçma şansını çok az veya hiç hissetmediği bir dizi travmatik olay içerir.

KTSSB'nin belirtileri, Borderline Kişilik Bozukluğu, Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu ve somatik belirtilerle bazı benzerlikler taşır (Hyland vd., 2019; Powers vd., 2019). KTSSB ile tekrarlayan olumsuz çocukluk deneyimleri ve özellikle kötü muamele görülen bakım ortamlarında hayatta kalan bireyler arasında güçlü ilişkiler bulunmaktadır (Herman, 1992a). Bu durum, Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun (TSSB) belirtilerinden farklı belirtiler gösterir.

Karmaőik travma, uzun yıllardır araştırılmış olmasına rağmen 2018 yılına kadar TSSB'den farklı bir tanı olarak kabul görmemiőtir. 2018 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayımlanan Uluslararası Hastalık Sınıflandırması'nın 11. Baskısı (ICD-11), "Stres ile İliőekli Bozukluklar" kategorisi altında KTSSB adı verilen yeni bir tanı tanımlamıőtır. Bu tanı, TSSB'nin üç temel ölçütü olan yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyanıklık gibi belirtilerin yanı sıra duygu düzenlemesinde sorunlar, ilişkilerde zorluklar ve olumsuz benlik kavramı gibi benlik düzenlemesiyle ilgili üç yeni belirtiyi içermektedir. Bu çalışmada, travma ile iliőekli bozukluklar DSM-5 tanı ölçütleri çerçevesinde incelenmiştir. Ardından, KTSSB ve KTSSB'nin diğer

bozukluklardan ayrımları ele alınmıştır. Son olarak, KTSSB'nin tedavisinde kullanılan yöntemlerle ilgili araştırmalar aktarılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Kompleks, Travma, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu, DSM-5, ICD-11

# **A NEW APPROACH TO POST-TRAUMA STRESS DISORDER: COMPLEX POST-TRAUMATIC STRESS**

**Orhan Demir**

## **ABSTRACT**

The UK Trauma Council defines complex trauma as “traumatic experiences involving multiple events with interpersonal threats during childhood or adolescence. These events may include abuse, neglect, interpersonal violence, community violence, racism, discrimination, and war. Complex Post-Traumatic Stress Disorder (C-PTSD) is a stress-related mental disorder that typically arises in response to prolonged or repetitive exposure to traumatic events in which individuals perceive little or no chance to escape”. The symptoms of C-PTSD share some similarities with observed symptoms in Borderline Personality Disorder, Dissociative Identity Disorder, and somatic symptoms (Hyland vd., 2019; Powers vd., 2019). Strong relationships exist between C-PTSD and repetitive adverse childhood experiences, especially among survivors of harmful foster care (Herman, 1992a). This condition exhibits symptoms distinct from those of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD).

Despite years of research, complex trauma had not been officially recognized as a separate diagnosis until 2018. In that year, the 11th edition of the International Classification of Diseases (ICD-11) published by the World Health Organization introduced a new diagnosis called Complex Post-Traumatic Stress Disorder (C-PTSD) under the category of "Disorders specifically associated with stress." This new diagnosis includes three additional symptoms related to self-organization: emotional dysregulation, difficulties in interpersonal relationships, and negative self-concept, alongside the three diagnostic criteria of PTSD: re-experiencing, avoidance, and hyperarousal. In this study trauma-related disorders (ASD and PTSD) are regarded within the framework of DSM-5, while Complex Post-Traumatic Stress Disorder (C-PTSD) is discussed based on the diagnostic criteria of ICD-11.

Subsequently, the distinctions between C-PTSD and other disorders are addressed. Finally, research proposals regarding the treatment approaches for C-PTSD is presented.

**Anahtar kelimeler:** Complex, Trauma, Post Traumatic Stress Disorder, Complex Post Traumatic Stress Disorder, DSM-5, ICD-11

## ÖNSÖZ

KTSSB, TSSB'ye ek olarak çeşitli psikolojik belirtiler ve bulgularla kendini gösteren, bireylerin yaşamlarını kısıtlayan ve işlevselliğini etkileyen oldukça zorlayıcı bir psikolojik rahatsızlıktır. Hem KTSSB tanısı hem de tedavi yöntemleri klinisyenler için yeni olgulardır. KTSSB'nin etkili bir şekilde tanı ve tedavisi için ölçüm araçları ve tedavi yöntemlerine ilişkin çalışma ve araştırmalar henüz az sayıdadır.

Bu araştırmanın temel amacı, travma kavramını ve travmanın neden olduğu psikolojik rahatsızlıkları ele almak ve 2018 yılında ICD-11 tarafından tanımlanan KTSSB'yi incelemek ve TSSB'den farkını vurgulamaktır. Bu nedenle, KTSSB tedavisiyle ilgili ulusal ve uluslararası çalışmaların gözden geçirilmesi ve derlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Çalışmanın sonunda güncel literatür ışığında gelecekte bu alanda yapılacak araştırmalara yönelik önerilere yer verilecektir.

Temmuz, 2023

Orhan Demir

## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	v
ABSTRACT .....	vii
ÖNSÖZ.....	ix
KISALTMALAR .....	xii
GİRİŞ .....	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	4
1. ARAŞTIRMANIN TASARIMI .....	4
1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ .....	4
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI .....	4
1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ .....	5
1.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI .....	5
1.5. ARAŞTIRMANIN TANIMLARI .....	5
İKİNCİ BÖLÜM .....	6
2. YÖNTEM VE GEREÇ .....	6
2.1. GELENEKSEL DERLEME.....	6
2.2. ARAŞTIRMA SORULARI .....	7
2.3. DAHİL ETME VE HARİÇ TUTMA ÖLÇÜTLERİ .....	7
2.3.1. Araştırmanın Dahil Etme Ölçütleri .....	7
2.3.2. Araştırmanın Hariç Tutma Kriterleri .....	7
2.4. TARAMA YILLARI.....	8
2.5. TARAMA STRATEJİSİ ve VERİ TABANLARI .....	8
2.6. VERİLERİN ÇIKARILMASI.....	8
2.7. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLEN ÇALIŞMALARIN ÖZELLİKLERİ.....	8
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM .....	9
3. AKUT STRES BOZUKLUĞU .....	9
3.1. DSM-5 TANI KRİTERLERİNE GÖRE AKUT STRES BOZUKLUĞU .....	10
4. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU .....	12
4.1. DSM-5 TANI KRİTERLERİNE GÖRE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU .....	14
4.1.1. Altı Yaşın Üzerindeki Kişiler (Çocuklar, Gençler ve Erişkinler) için Tanı Ölçütleri .....	14
4.1.2. Altı Yaş ve Altı Yaşın Altındaki Çocuklar için Tanı Ölçütleri.....	17
4.2. EPİDEMİYOLOJİ.....	19
4.3. ETİYOLOJİ.....	20
4.4. BİYOLOJİK FAKTÖRLER.....	21

4.5. DEMOGRAFİK FAKTÖRLER.....	22
4.6. KOMORBİDİTE .....	23
4.7. SEYİR .....	25
4.8. TEDAVİ .....	26
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM .....</b>	<b>30</b>
<b>5. KARMAŞIK TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU .....</b>	<b>30</b>
5.1. ICD-11 TANI KRİTERLERİNE GÖRE KARMAŞIK TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU .....	31
5.1.1. Temel (Gerekli) Özellikler: .....	32
5.1.2. Ek Klinik Özellikler:.....	34
5.1.3. Normallik Sınırı (Eşik): .....	34
5.1.4. Seyir:.....	34
5.1.5. Klinik Görünüm:.....	34
5.1.6. Kültürle İlgili Özellikler: .....	36
5.1.7. Cinsiyetle İlgili Özellikler:.....	36
5.1.8. Diğer Bozukluklar ve Durumlarla Sınırlar (Ayrıcı Tanı): .....	36
5.2. KARMAŞIK TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU (KTSSB) VE DİĞER BOZUKLUKLAR.....	37
5.3. TEDAVİ .....	39
5.4. TRAVMA ve DİSSOSİYASYON .....	41
5.4.1. Dissosiyatif Bozukluklar .....	42
5.5. BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU .....	43
<b>SONUÇ.....</b>	<b>46</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>49</b>

## KISALTMALAR

APA	Amerikan Psikoloji Derneği
ASB	Akut Stres Bozukluğu
BDGT	Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
BKB	Borderline Kişilik Bozukluğu
DESNOS	Aşırı Stres Bozuklukları
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
EMDR	Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme
EPCACE	Katastrofik Deneyim Sonrası Sürekli Kişilik Değişimi
ICD	Hastalıkların ve Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflama Sistemi
KTSSB	Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu
SHÇEK	Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğu
SSRI	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
VA/DoD	Amerikan Gaziler Sağlık İdaresi ve Savunma Bakanlığı
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
vd.	ve diğerleri

## GİRİŞ

Amerikan Psikiyatri Derneğine göre travma, “bireyin zihinsel veya duygusal sağlığını olumsuz yönde etkileyen bir olay veya deneyimdir. Bu olaylar, kişinin ya da başkalarının hayatını tehdit eden, ciddi yaralanmalara veya ölüme neden olan, ya da yoğun bir korku, çaresizlik veya dehşet hissi uyandıran durumları içerebilir”. Travmatik deneyimler genellikle kişinin normal günlük yaşantısını etkiler ve olağandışı veya aşırı derecede stresli olarak algılanır.

Travma, kişinin veya kişilerin süregelen yaşam düzenlerini bozacak şekilde şiddetli stres, korku ve çaresizlik duyguları yaratmaktadır. Yaşanan bu tehdit içerikli olay kişide aşırı uyarılmışlık, yaşadığı olayı hatırlatan durumlardan kaçınma, olayı tekrar tekrar yaşama veya dissosiyasyon gibi tepkilere yol açmaktadır (APA, 2013).

Travmaların türleri ve nedenleri çok çeşitli bir yelpazede yer alır. Bunlar; doğal afetler, savaş, tecavüz, fiziksel ve duygusal istismar, ihmal, terör saldırıları, trafik kazaları, iş kazaları, çeşitli hastalıklar, cerrahi operasyonlar, doğum, eşten ayrılma ve işini kaybetme gibi çok sayıda olay insanları travmatize edebilir.

Her olay travma yaratmaz. Her birey travmaya karşı farklı tepkiler gösterebilir ve aynı olaya farklı şekillerde yanıt verebilir. Bazı insanlar, travmatik bir olaya maruz kaldıklarında daha dirençli olabilirken, diğerleri daha fazla etkilenebilir. Travma, olayın kendisiyle değil, bireyin algısı ve deneyimiyle ilgilidir. Aynı olay, bir kişi için travmatik olabilirken, diğer bir kişi için normal bir tepki olarak kabul edilebilir. Travmatik bir olaya maruz kalan bir kişi kısa süreli stres ve şok yaşar. Bu tepki genellikle olaydan sonra azalır ve birey yaşamına döner . Ancak, bazı durumlarda, travmatik olaylar kişinin normal işlevselliğini bozabilir ve travma bozukluklarına yol açabilir (Babcock vd., 2008).

DSM-5’te travma ve tetikleyici etkenle ilişkili bozukluklar tanımlanmıştır. Bu bozukluklar arasında Akut Stres Bozukluğu (ASB) ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) yer almaktadır. ASB, travmatik bir olay sonrasında ilk dört hafta içinde ortaya çıkan semptomlarla karakterizedir. TSSB ise, travmatik olay sonrası bir aydan daha uzun süre devam eden semptomlarla tanımlanır (APA, 2013).

Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu ICD-11’de yer almamaktadır. Karmaşık travma, çocukluk döneminde uzun süreli veya tekrarlayan fiziksel, duygusal veya cinsel istismar, çocuk asker olma, işkence, iç savaş mağduru olmak gibi olaylar nedeniyle ortaya çıkar (Herman, 1992). TSSB ve Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu (KTSSB) arasındaki en önemli ayrım, kişinin deneyimlediği travmatik olayın niteliğidir. Araştırmalar, TSSB'nin yetişkinlik döneminde tek bir travmatik olayla ilişkili olabileceğini (Cloitre vd., 2013) veya aynı travmatik olaya birden fazla kez maruz kalmanın TSSB ile ilişkili olabileceğini göstermektedir (Glück vd., 2016). Bazı deneysel çalışmalar (Van der Kolk, Ford ve Spinazzola, 2019), KTSSB'nin uzun vadeli kişilerarası ilişkilere bağlı olduğunu ve özellikle çocukluk döneminde birden fazla travmatik olayın yaşandığı durumlarla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Tahminlere göre, tüm insanların yaklaşık %80-100’ü hayatları boyunca en az bir travmatik olay yaşamıştır (Breslau vd., 1997). Cinsel saldırılar kadınlarda daha yaygınken, kazalar erkeklerde daha sık görülen travma nedenleridir (Breslau vd., 1991). TSSB gelişme riski kadınlarda %10.4-19, erkeklerde ise % 5-10 arasında bulunmaktadır. Travmanın niteliği de TSSB gelişme riski üzerinde etkili olmaktadır. Bir çalışmada yaşam boyu TSSB görülme oranı % 1.35 olarak belirlenmiştir, ancak fiziksel saldırı mağdurlarında bu oran %3.5’e, savaş gazilerinde ise %6.3’e yükselmektedir (McFarlane, 1991). Kadınlarda tecavüz sonrası TSSB gelişimi %48.4 iken, erkeklerde beklenmedik ölüm veya ciddi yaralanma sonrası %10.4 oranında görülmektedir (Kessler vd., 1995).

Ülkemizde, doğal afetler, göç ve mültecilik, sosyal ve ekonomik faktörler, terörizm ve güvenlik sorunları, çarpık kentleşme ve endüstrileşme ile aşırı nüfus artışı, trafik kazaları, iş kazaları ve şiddet olaylarının artması travmaya maruz kalan insan sayısının hızla artmasına neden olmuştur. Travma, 0-40 yaş arası insanlar için ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer alırken, 45 yaş ve üzeri insanlar için dördüncü sıradadır. Ayrıca, genç insanların sakatlanması veya iş göremez hale gelmesi, ciddi psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlara yol açmaktadır. Her yıl genel nüfusun yaklaşık %25’i farklı derecelerde yaralanmaktadır. Bu yaralanmaların yaklaşık %50’si ciddi bir şekilde tedavi gerektirecek düzeydedir. Hastaneye başvuran yaralılardan ise yaklaşık %12’si yatırılarak tedavi edilmektedir. Yatırılan hastaların

%15'i ciddi travmalı hastalardan oluşmakta olup, bu travmaların %3'ü ölümlerle sonuçlanırken, %8'i kalıcı sakatlıklara yol açmaktadır (Taviloğlu vd., 2008). Ayrıca 2010 yılında UNICEF ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü (SHÇEK) tarafından gerçekleştirilen bir epidemiyolojik araştırma sonuçlarına göre, Türkiye'deki 7 ila 18 yaş arasındaki çocukların %56'sı fiziksel istismara maruz kalmıştır. Bu çocukların %49'u, duygusal istismara arkadaşları, öğretmenleri, babaları ve anneleri tarafından maruz kalmıştır. Ayrıca, bu istismara uğrayan çocukların %10'u cinsel istismara maruz kalmış ve %25'i duygusal olarak ihmal edilmiştir (UNICEF Türkiye ve SHÇEK, 2010). Aynı şekilde, ülkemizde geniş bir örnekleme gerçekleştirilen başka bir araştırma, 12 ila 17 yaş arasındaki ergenlerde %48 fiziksel istismar, %8 cinsel istismar, %60 duygusal istismar, %17 ihmal ve %55 aile içi şiddet tanıklığı oranlarına ulaşmıştır (Yılmaz ve Irmak, 2008). Türkiye'de yapılan araştırmalar, TSSB sıklığının ise %1.5-5 arasında olduğunu göstermektedir (Sarıtaş-Atalar, Gençöz, & Özdemir, 2018).

Bu çalışmada, travma ile ilişkili bozukluklar (ASB ve TSSB) DSM-5, KTSSB ise ICD-11 tanı ölçütleri çerçevesinde incelenmiştir. Ardından, KTSSB ve KTSSB'nin diğer bozukluklardan ayrımları ele alınmıştır. Son olarak, KTSSB'nin tedavisinde kullanılan yöntemlerle ilgili araştırmalar aktarılmıştır.

# BİRİNCİ BÖLÜM

## 1. ARAŞTIRMANIN TASARIMI

### 1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ

TSSB, kişinin şiddetli bir travmatik olaya maruz kaldıktan sonra yaşadığı stres, anksiyete ve duygusal sorunları ifade eden bir psikiyatrik bozukluktur (APA, 2013). KTSSB ise, birden çok ve tekrarlayan travmatik olayların neden olduğu daha karmaşık ve derinlemesine psikolojik etkileri ifade eder. Bu tür bir travmaya maruz kalan kişilerde, sadece tek bir travmatik olayın etkileri değil, aynı zamanda farklı travma türlerinin birleşik etkileri de görülmektedir (Herman 1992).

Literatürde travma konusunda yer alan çoğu araştırma, bireylerin tek bir travmatik olayla başa çıkma süreçlerine odaklanırken, karmaşık travmatik deneyimlere sahip bireylerin benzersiz ihtiyaçları göz ardı edilmektedir. TSSB tedavisi ve yönetimi konusunda mevcut yaklaşımların, karmaşık travmatik deneyimlere sahip bireyler için yeterli olup olmadığı konusunda belirsizlikler bulunmaktadır. Bu durum, karmaşık travmatik deneyimlere sahip bireylerin etkili bir şekilde desteklenmesi için yeni ve daha kapsamlı yaklaşımların gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu çalışmada literatürler taranmış ve KTSSB konusunda yapılan çalışmalar bir araya getirilerek geleneksel derleme oluşturulmuştur.

### 1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu geleneksel derleme çalışmasının amacı, mevcut bilgi ve literatürü kapsamlı bir şekilde gözden geçirerek, KTSSB'nin ne olduğu, belirtileri, etkileri, risk faktörleri ve mevcut tedavi yaklaşımları gibi konularda bir derleme sunmaktır. Ayrıca, KTSSB ile ilgili daha fazla farkındalık oluşturmayı ve toplumda bu konuda daha duyarlı bir bakış açısı geliştirmeyi hedeflemektedir.

### 1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

KTSSB'nin konu edildiği çalışmaların geleneksel olarak taranması ve analiz edilmesinin literatüre katkı sağlayacağı düşünülmekte ve konuya dair yüksek kanıt sunulması hedeflenmektedir. Bu hedef doğrultusunda; KTSSB'nin ne olduğu, belirtileri, etkileri, risk faktörleri ve mevcut tedavi yaklaşımları gibi konular incelenecektir. Bu geleneksel derleme çalışması sonucunda elde edilen bulguların, mevcut literatüre ve gelecek bilimsel araştırmalara ışık tutması beklenmektedir.

### 1.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

1. Çalışmaya dahil edilen araştırmalar TSSB ve KTSSB ile ilgili yapılan çalışmalarla sınırlıdır.

2. 2011-2023 yılları arası Google Akademik, YÖK Açık Bilim, PubMed, YÖK Tez Merkezi veri tabanları aracılığı ile tam metin haline ulaşılabilen çalışmalarla sınırlı tutulmuştur. Yayın dili Türkçe ve İngilizce olan çalışmalarla sınırlıdır.

3. Çalışmaya dahil edilen araştırmaların bulguları ile sınırlıdır.

Çalışmanın, belirtilen sınırlılıklara rağmen KTSSB'nin ne olduğu, belirtileri, etkileri, risk faktörleri ve mevcut tedavi yaklaşımları gibi konularda literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

### 1.5. ARAŞTIRMANIN TANIMLARI

Araştırmada kullanılan temel kavramların teorik tanımlarına aşağıda yer verilmiştir.

“Travma”, “Travma Sonrası Stres Bozukluğu”, “Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu”

**Travma:** Bireyin yaşadığı olayların günlük yaşamını ciddi şekilde etkilediği ve psikolojik olarak travmatik bir etki yarattığı durumları ifade eder. Bu tür olaylar, kişinin fiziksel ve/veya duygusal güvenliğini tehdit eden, aşırı stres ve korku hissetmesine neden olan, şiddet içeren veya yaşamı tehlikeye atan olaylardır (APA, 2013).

**Travma Sonrası Stres Bozukluğu:** Travmatik olayın sonrasında bireylerde ortaya çıkan belirtilerle karakterizedir. Bu belirtiler, olayın hatıralarını tekrarlayıcı şekilde yaşamak, kabuslar görmek, travmatik olayla ilgili kaçınma davranışları sergilemek,

olayla ilişkilendirilen uyaranlardan kaçınmak, aşırı uyarılma ve hiperaktivasyon durumları gibi çeşitli psikolojik ve davranışsal tepkileri içerir. Semptomların belirli bir süre boyunca (en az bir ay) devam etmesi ve kişinin yaşamında önemli sıkıntıya neden olması gerekir (Alpay & Çelik, 2022).

**Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu:** Kişinin hayatında birden fazla ve genellikle tekrarlayan travmatik olayların neden olduğu daha karmaşık ve derinlemesine psikolojik etkileri ifade eden bir psikiyatrik bozukluktur. Çocukluk döneminde fiziksel, duygusal veya cinsel istismar, aile içi şiddet, ihmal, savaş veya doğal afetler gibi karmaşık travmatik deneyimlerle bağlantılıdır (Herman 1992).

## İKİNCİ BÖLÜM

### 2. YÖNTEM VE GEREÇ

#### 2.1. GELENEKSEL DERLEME

Geleneksel derlemeler, genellikle tercih edilen konunun kapsamlı bir şekilde araştırılması, değerlendirilmesi ve incelenmesini içerir. Bu tür derlemelerde resmi bir kural seti bulunmasa da, derleme yazısının belirli bir yöntem ve yapıda ilerlemesi ve düzenli bir şekilde yazılması önemlidir.

Derleme yazıları genellikle giriş, yöntem, tartışma ve sonuçlar şeklinde yapılandırılır. Giriş bölümünde, derlemenin amacı açıklanır ve okuyucuların derlemenin önemini anlamaları için gerekli bilgiler sunulur. Ayrıca, seçilen konuyla ilgili en son gelişmeler de aktarılır. Yöntem bölümünde ise, derlemenin yeterliliğini kanıtlayacak şekilde ayrıntılı bilgiler verilir. Bu kapsamda, taranan veri tabanları, kullanılan anahtar sözcükler ve literatür taraması için kullanılan yıl aralıkları detaylı bir şekilde açıklanır. Ayrıca, literatür taramasında kullanılan dahil etme ve hariç tutma kriterleri belirtilir.

Tartışma bölümünde, taranan literatürün sonuçları genel bir yorumla özetlenir. Daha nesnel bir yaklaşımla, mevcut kanıtların yorumlanmaya çalışılır ve

eğer yeterli kanıt yoksa, bunun belirtilmesi önemlidir. Bu bölümde, elde edilen tüm sonuçların gelecekteki araştırmalara katkısı da açıklanmalıdır.

Sonuç olarak, geleneksel derlemeler, belirli bir konu hakkındaki güncel bilgilerin incelenmesi ve olası etkilerinin tartışılması amacıyla yapılan çalışmalardır (Erol, 2022).

## 2.2. ARAŞTIRMA SORULARI

Bu çalışmanın temel amacı, KTSSB'nin ne olduğu, belirtileri, etkileri, risk faktörleri ve mevcut tedavi yaklaşımları gibi konularda bir derleme sunmaktır. Aşağıda yer verilen sorular çalışma sonunda cevaplandırılmaya çalışılmıştır:

1. KTSSB nedir ve nasıl tanımlanır?
2. KTSSB'nin belirtileri ve semptomları nelerdir? TSSB ile benzerlikleri ve farklılıkları nelerdir?
3. KTSSB'ye neden olan karmaşık travmatik olaylar ve bu olayların etkileri nelerdir?
4. KTSSB'nin risk faktörleri ve etkilenme süreçleri nelerdir?
5. Mevcut tedavi yöntemleri KTSSB'nin yönetiminde ne kadar etkilidir?
6. Gelecekteki araştırmalar için hangi açıklıklar ve ihtiyaçlar bulunmaktadır? KTSSB konusunda ileride yapılacak çalışmalara nasıl katkı sağlanabilir?

## 2.3. DAHİL ETME VE HARIÇ TUTMA ÖLÇÜTLERİ

Dahil etme ve hariç tutma ölçütleri, belirlenen konuya uygun olarak belirlenmiştir. Veri tabanı TSSB ve KTSSB konusundaki çalışmalar için elektronik ortamda taranmıştır.

### 2.3.1. Araştırmanın Dahil Etme Ölçütleri

TSSB ve KTSSB ile ilişkilendirilen 2011-2017 tarihleri arasında Türkçe ve İngilizce dillerinde akademik dergilerde yayınlanmış, hakemli ve bilimsel nitelikte çalışmalar dahil etme ölçütü olarak belirlenmiştir.

### 2.3.2. Araştırmanın Hariç Tutma Kriterleri

1. 2011 yılından önce yapılmış çalışmalar,

2. TSSB ve KTSSB'ye odaklanmayan çalışmalar hariç tutma ölçütü olarak belirlenmiştir.

#### 2.4. TARAMA YILLARI

Bu çalışma, 2011-2023 yılları arasında yapılan çalışmaları içermektedir. Araştırma soruları ve anahtar kelimeler 2011-2023 yılları arasında gerçekleştirilmiştir. Literatür tarama 10 Mayıs 2023 tarihinde sonlandırılmıştır.

#### 2.5. TARAMA STRATEJİSİ ve VERİ TABANLARI

“Travma”, “Travma Sonrası Stres Bozukluğu”, “Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu”, “Çocukluk dönemi travmaları” olarak belirlenen anahtar kelimeler, “Google Scholar”, “PubMed”, “YÖK Tez Merkezi”, ve “Tübitak Ulakbim” gibi elektronik veri tabanlarında taranmıştır.

Belirlenen anahtar kelimeler, başlıklar ve özetler ile çalışmaların ilgili olduğu konular tespit edilmiş ve bu şekilde uygun verilere erişim sağlanmıştır. Bununla birlikte, belirlenen anahtar kelimelerle uyumlu veri bulunmayan veya ilgili konuya dair yeterli bilgi içermeyen çalışmaların da tespiti için çalışmaya dahil edilen araştırmaların kaynakçaları dikkatlice incelenmiştir.

#### 2.6. VERİLERİN ÇIKARILMASI

Seçilen kaynaklar dikkatlice incelenmiş ve derleme çalışması için önemli veriler çıkarılmıştır. Bu veriler, KTSSB ile ilgili teoriler, sonuçlar, bulgular, tedavi yaklaşımları ve diğer önemli bilgileri içermektedir.

#### 2.7. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLEN ÇALIŞMALARIN ÖZELLİKLERİ

Bu geleneksel derlemede toplamda 36 kaynak kullanılmıştır. Dahil edilen çalışmaların 24’ü Türkçe kaynaklardan, 12’si İngilizce kaynaklardan oluşmaktadır. Çalışmada 5 tez çalışması bulunurken 19 Türkçe makale, 2 İngilizce el kitabı ve 10 İngilizce makale kullanılmıştır.

İncelenen çalışmalar 2011-2023 tarihleri arasında yayımlanmıştır. İncelenen çalışmaların 19’u TSSB, 17’si KTSSB ile ilgili bilgiler içermektedir. 2011 yılında yayımlanan 3, 2013’te yayımlanan 1, 2015’te yayımlanan 1, 2016’da yayımlanan 3, 2017’de yayımlanan 4, 2018’de yayımlanan 4, 2019’da yayımlanan 6, 2020’de

yayımlanan 8, 2021’de yayımlanan 4, 2022’de yayımlanan 1 ve 2023’te yayımlanan 1 çalışma yer almaktadır.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### 3. AKUT STRES BOZUKLUĞU

Akut Stres Bozukluğu (ASB), travmatik bir olay sonrasında ortaya çıkan belirtilerle karakterize bir psikiyatrik bozukluktur. Bu belirtiler arasında tekrarlayan hatıralar, kabuslar, duygusal hissizlik ve artmış uyarılma hali yer almaktadır (Başoğlu, Livanou, & Crnobaric, 2007).

ASB'nin etiyojisi hakkında yapılan araştırmalar, genellikle travmatik bir olayın bireyin psikolojik ve nörolojik yapısında bazı değişikliklere neden olduğunu öne sürmektedir. Bireyin çevresel faktörleri ve travmanın niteliği de etiyojide önemli bir rol oynayabilir (Başoğlu vd., 2007).

Epidemiyolojik verilere göre, ASB travmatik bir olay yaşamış bireylerin yaklaşık %6'sında görülmektedir (Kırpınar, 2017). ASB daha sık cinsel saldırı, fiziksel saldırı, savaş, doğal afetler ve trafik kazaları gibi travmatik olaylar sonrasında görülmektedir (Yüksel & Özdemir, 2012).

ASB ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), bir travmatik olayın sonucunda ortaya çıkan psikolojik bozukluklardır. Ancak, aralarında bazı farklılıklar vardır. ASB, travmatik bir olay sonrasında ilk dört hafta içinde ortaya çıkan semptomlarla karakterizedir. TSSB ise, travmatik olay sonrası bir aydan daha uzun süre devam eden semptomlarla tanımlanır (APA, 2013).

Ayırıcı tanı yapmak için, semptomların süresi, şiddeti ve etkilenen kişilerin yaşam kalitesi göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle TSSB, birçok başka psikiyatrik bozuklukla benzer semptomlar gösterdiği için ayırıcı tanıda dikkatli olunmalıdır (Başoğlu, Livanou, & Crnobaric, 2007).

Bununla birlikte, TSSB'de sıklıkla görülen semptomlar arasında ASB'den farklı olarak kendini yalnız hissetme, geleceğe yönelik umutsuzluk, depresif belirtiler ve intihar düşünceleri de bulunmaktadır (Yüksel & Özdemir, 2012).

### 3.1. DSM-5 TANI KRİTERLERİNE GÖRE AKUT STRES BOZUKLUĞU

A. Aşağıda belirtilen yollardan biri veya birkaçıyla gerçek veya korkutucu bir şekilde ölümle, ciddi yaralanmayla karşılaşma veya cinsel saldırıya uğrama:

1. Doğrudan travmatik olay(lar) yaşama.an örseleyici olay(lar) yaşama.
2. Başkalarının başına gelen olay(ları) doğrudan şahit olma.
3. Bir aile yakınının veya yakın bir arkadaşının başına travmatik olay(lar) geldiğini öğrenme.

Not: Aile bireyinin veya arkadaşının gerçek ölümü veya ölüm riski şiddet veya kaza sonucu olmalıdır.

4. Travmatik olay(lar)ın detaylarıyla tekrar tekrar karşılaşma veya aşırı düzeyde maruz kalma (örneğin, insan kalıntılarını toplama gibi; çocuk istismarının ayrıntılarıyla sürekli olarak karşılaşan polis memurları) Not: Bu tür bir maruziyet işle ilgili olmadığı sürece, elektronik medya, televizyon, sinema veya görseller yoluyla gerçekleşmişse bu tanı ölçütü uygulanmaz.

B. Travmatik olay(lar)dan sonra ortaya çıkan veya kötüleşen, istem dışı gelen belirtiler, olumsuz duygudurum, çözülme, kaçınma ve uyarılmayı içeren aşağıdaki beş kümeden en az dokuz (veya daha fazla) belirtinin varlığı:

#### **İstem Dışı Gelen Belirtiler**

1. Travmatik olay(lar)ın tekrarlayan, istem dışı ve sıkıntı veren anıları.

Not: Çocuklarda, travmatik olay(lar)ın konularını veya bu olay(lar)ın belirli yönlerini yansıtan tekrarlayan oyunlar ortaya çıkabilir.

2. Travmatik olay(lar)la ilişkili tekrarlayan, sıkıntı veren düşler. Not:

Çocuklar, belirsiz ve korkutucu düşler görebilirler.

3. Kişinin travmatik olay(lar)ın yeniden yaşandığı hissine kapıldığı veya

davrandığı çözülme (dissosiyasyon) tepkileri (örneğin, geçmişe dönüşler). (Bu tür tepkiler belirli aralıklarla ortaya çıkabilir; en aşırı durumu, o anki çevresinin tamamen farkında olmama durumudur.) Not: Çocuklar oyun sırasında travmayı yeniden canlandırabilirler.

4. Travmatik olay(ları) sembolize eden veya çağrıştıran iç veya dış uyarıcılara yoğun veya uzun süreli psikolojik sıkıntı yaşama veya belirgin fizyolojik tepkiler gösterme.

### **Olumsuz Duygudurum**

5. Sürekli olarak olumlu duyguları deneyimleyememe (örneğin, mutluluğu, tatmini veya sevgi duygularını deneyimleyememe).

### **Çözülme (Dissosiyasyon) Belirtileri**

6. Kişinin kendisi veya çevresindeki insanlarla ilgili değişmiş bir gerçeklik algısı (örneğin, kendini başkasının bedeninden görmek, şaşkınlık içinde olmak, zamanın yavaşlaması).

7. Travmatik olay(lar)ın önemli bir kısmını hatırlayamama (özellikle dissosiyatif amneziye bağlıdır ve baş yaralanması, alkol veya madde kullanımına bağlı değildir).

### **Kaçınma Belirtileri**

8. Travmatik olay(lar)la ilgili veya onlarla ilişkili sıkıntı veren anılardan, düşüncelerden veya duygulardan uzak durma çabaları.

9. Travmatik olay(lar)la ilgili veya onlarla ilişkili sıkıntı veren anıları, düşünceleri veya duyguları tetikleyen dış ipuçlarından (insanlar, mekanlar, konuşmalar, etkinlikler, nesnelere, durumlar) uzak durma çabaları.

### **Uyarılma Belirtileri**

10. Uyku bozukluğu (uykuya dalma veya uyku süresini sürdürmede güçlük veya huzursuz uyku).

11. İnsanlara veya nesnelere karşı sözlü veya fiziksel saldırganlıkla dışa vurulan öfkeli davranışlar ve patlamalar (herhangi bir kışkırtma olmadan veya çok küçük bir kışkırtma sonucunda).

12. Sürekli olarak tetikte olma.

13. Odaklanma güçlüğü.

14. Aşırı irkilme tepkisi gösterme.

C. Bu bozukluğun (B tanı ölçütündeki belirtilerin) süresi, travmadan sonra üç gün ile bir ay arasında değişir.

Not: Belirtiler hemen travmadan sonra başlar, ancak tanı ölçütlerini karşılamak için en az üç gün ve en fazla bir ay sürmelidir.

D. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya sosyal, mesleki veya önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

E. Bu bozukluk, bir madde (örneğin, ilaç, alkol) veya başka bir sağlık durumunun (örneğin, hafif bir beyin travmasıyla ilişkili) fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve kısa süreli psikotik bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

#### **Uyum Bozuklukları**

A. Tanımlanabilir tetikleyici etken(ler)e tepki olarak, bu etkenlerin ortaya çıkmasından sonraki üç ay içinde duygusal veya davranışsal belirtilerin gelişmesi.

B. Bu belirtiler veya davranışlar, aşağıdakilerden en az biriyle belirgin bir şekilde ilişkilidir:

1. Tetikleyici etkenin şiddetine veya yoğunluğuna orantısız olarak belirgin bir sıkıntı.

2. Sosyal, mesleki veya önemli diğer işlevsellik alanlarında belirgin bir düşüş.

C. Tetikleyici etkene bağlı bu bozukluk, başka bir ruh sağlığı sorununun tanı ölçütlerini karşılamaz ve daha önceden var olan bir ruh sağlığı sorununun sadece bir alevlenmesi değildir.

D. Belirtiler normal yas tepkilerini yansıtmaz.

E. Tetikleyici etken veya sonuçları ortadan kalktıktan sonra, belirtiler altı aydan daha uzun bir süre devam etmez.

#### **4. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU**

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), psikiyatrik literatürde oldukça yeni bir tanıdır (Emül, Erdoğan, Öztürk, & Özer, 2017). TSSB'nin tarihi, Vietnam Savaşı'ndan sonra "savaş sendromu" olarak adlandırılan bir grup semptomun tanımlanmasıyla başlamaktadır (APA, 2013). Daha sonra, TSSB terimi, DSM-III sürümü ile birlikte yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (Bozkurt, Topçu, Aksüt, & Sarıtaş-Atalar, 2014).

DSM-III'ten önce, TSSB gibi bir tanı kategorisi mevcut değildi. Ancak, tarih boyunca insanlar, savaş, kaza, tecavüz, fiziksel şiddet ve doğal afetler gibi travmatik olayların ardından ortaya çıkan belirtiler hakkında raporlar vermişlerdir (Friedman, 2013). İlk olarak, Amerikan İç Savaşı sırasında "nostalji" olarak adlandırılan, savaş

sonrası ruhsal bozuklukların rapor edildiği bilinmektedir. Daha sonra, I. ve II. Dünya Savaşları sırasında askerler arasında "savaş yorgunluğu" olarak adlandırılan semptomlar da benzer şekilde rapor edilmiştir (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005).

1940'larda, TSSB gibi semptomlar hakkında daha ayrıntılı raporlar yayımlanmıştır. Örneğin, Carl J. Jung'un "Psikolojik Savaşın Sonuçları" (The Psychology of the Transference) adlı makalesi, savaş travması sonrası ortaya çıkan semptomlar hakkında ayrıntılı bir açıklama sunmuştur (Jung, 1945). 1952'de yayımlanan DSM-I'de, "travmalara bağlı duygusal şok" gibi bir tanı kategorisi mevcuttu, ancak bu tanı, sonraki sürümlerde kaldırılmıştır (APA, 1952).

DSM-III sürümünde TSSB, travmatik bir olayın sonrasında meydana gelen bir dizi semptomun tanımlandığı bir durum olarak yer almıştır (Türk Psikiyatri Derneği, 2015). DSM-III'de yer alan tanı ölçütleri, sonraki DSM sürümlerinde de benzer şekilde yer almıştır. Ancak, DSM-IV sürümünde TSSB tanımı, semptomlarının süresi ve yoğunluğuna dair belirli ölçütler de eklenmiştir (Emül, Erdoğan, Öztürk, & Özer, 2017).

DSM-5'e göre, TSSB belirtileri daha kapsamlı bir şekilde ele alınmış ve yeni belirtiler tanı ölçütlerine eklenmiştir. Aynı zamanda, belirtilerin süresi, yoğunluğu ve çeşitliliği gibi faktörler de dikkate alınmıştır (Türk Psikiyatri Derneği, 2015). Önceki sürümde belirti kümesi üç grupta sınıflandırılırken (yeniden yaşantılama, kaçınma veya tepki göstermede azalma ve aşırı uyarılma), DSM-5'te bu belirtiler dört grup altında ele alınmıştır (yeniden yaşantılama, kaçınma, aşırı uyarılma ve biliş/duygulanımda değişim) (Alpay & Çelik, 2022). Bu güncelleme, TSSB'nin semptomlarını daha ayrıntılı ve geniş bir açıdan inceleme imkanı sağlamaktadır. TSSB'nin tanı ölçütlerine yeni semptomlar eklenerek, özellikle askeri olaylar, acil müdahaleler ve kişilerarası şiddete maruz kalan kişilerde sıkça görülen durumların da tanımlanması hedeflenmiştir. Bu eklemeler, TSSB'nin sadece geleneksel korku tepkisine odaklanmak yerine diğer duygusal tepkileri de kapsamasını sağlamaktadır. DSM-5 çalışma grubunun TSSB'yi dört ölçütle tanımlaması ve en az 8 belirtiden oluşan toplam 19 semptom gerektirmesiyle, TSSB tanısının kapsamı genişlemiştir (Galatzer-Levy & Bryant, 2013). Her iki sürümde de TSSB tanısı için semptomların en az bir aydır var olması ve en az bir işlevsellik alanında bozulma olması gerektiği

vurgulanmaktadır. Ancak, DSM-5'in TSSB ile ilgili genişlemesine rağmen, tanı ölçütlerinin diğer bozukluklardan ayırt edicilik açısından yeterli olup olmadığı hala tartışmalıdır (Brewin vd., 2017). DSM-5'te, TSSB tanı ölçütleri DSM-5-TR (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı, Metin Revizyonu)'dekiyle aynıdır, sadece bir değişiklik yapılmıştır. Bu değişiklik, A.2 ölçütünde yer alan "travmatik olaya tanıklık, elektronik ortamda, televizyonda, filmlerde veya resimlerde tanık olunan olayları içermez" notunun, 6 yaş ve altındaki çocuklar için kaldırılmasıdır (Alpay & Çelik, 2022).

TSSB tanısının tarihçesi, zaman içinde farklı sürümlerdeki tanı ölçütlerinin ve semptomların değişmesiyle şekillenmiştir. Ancak, TSSB'nin temel özellikleri, travmatik bir olayın sonrasında meydana gelen semptomların uzun süreli olması ve işlevselliği etkilemesidir (Bozkurt, Topçu, Aksüt, & Sarıtaş-Atalar, 2014).

#### 4.1. DSM-5 TANI KRİTERLERİNE GÖRE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

##### 4.1.1. Altı Yaşın Üzerindeki Kişiler (Çocuklar, Gençler ve Erişkinler) için Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdaki seçeneklerden biri veya birkaçıyla gerçek veya korkutucu bir şekilde ölüm, ağır yaralanma veya cinsel saldırıya maruz kalmak:

1. Doğrudan travmatik bir olayı veya olayları yaşamak.
2. Başkasının yaşadığı olaya veya olaylara tanıklık etmek.

3. Yakın çevresinde bulunan bir kişinin veya kişilerin travmatik bir olayın veya olayların başından geçtiğini öğrenmek. Yakın çevresindeki bir kişinin gerçek ölümü veya ölüm olasılığı gibi durumlar şiddet veya kaza sonucunda olmalıdır.

4. Travmatik olayların hoş olmayan ayrıntılarıyla tekrar tekrar karşılaşmak veya aşırı derecede maruz kalmak.

Not: Bu tür bir maruziyet işle ilgili olmadıkça, elektronik yayın ortamları, görsel materyaller, sinema veya televizyon yoluyla olmuşsa tanı ölçütü A4 uygulanmaz.

B. Travmatik olaylardan sonra başlayan ve travmaya neden olan olaylara ilişkin istemsiz gelen ve aşağıdaki belirtilerden bir veya daha fazlasının varlığı:

1. Travmatik olayların tekrar eden, istemsiz olarak gelen sıkıntı veren anıları.

Not: Altı yaşından büyük çocuklarda travmatik olayların kapsadığı konular veya bu olayların çeşitli yönlerinin dışı vurulduğu tekrarlayan oyunlar ortaya çıkabilir.

2. Tekrar eden ve içeriği veya duygusu travmatik olayla ilişkili sıkıntı veren rüyalar.

Not: Çocuklar belirsiz korkutucu rüyalar görebilir.

3. Bireyin travmatik olayların tekrar oluyormuş gibi hissettiği veya davrandığı dissosiyasyon tepkileri.

4. Travmatik olayları temsil eden veya anımsatan iç veya dış uyaranlarla karşılaşıldığında yoğun veya uzun süreli ruhsal sıkıntı yaşama.

5. Travmatik olayları temsil eden veya anımsatan iç veya dış uyaranlara karşı belirgin fizyolojik tepkiler gösterme.

C. Aşağıda belirtilenlerden birinin ya da her ikisinin birlikte görülmesiyle belirli, travmatik olaydan sonra ortaya çıkan ve travmatik olaylardan kaçınma ile ilişkili uyaranlardan sürekli olarak kaçınma:

1. Travmatik olay veya olaylarla ilgili veya yakından ilişkili sıkıntı verici anılardan, duygulardan veya düşüncelerden kaçınma veya bunlardan uzak durmaya çalışma.

2. Travmatik olay veya olaylarla ilgili veya yakından ilişkili sıkıntı verici anıları, duyguları veya düşünceleri tetikleyen dış uyarıcılardan (mekanlar, insanlar, etkinlikler, konuşmalar, nesnelere, durumlar) kaçınma veya bunlardan uzak durma çabaları.

D. Travmatik olay veya olayların ortaya çıkmasından sonra başlayan veya kötüleşen, travmatik olay veya olaylara ilişkin düşüncelerde ve duygudurumda olumsuz değişikliklerin olduğu belirtilerden en az ikisinin veya daha fazlasının varlığı:

1. Travmatik olay veya olayların önemli bir kısmını hatırlayamama (özellikle unutkanlık amneziye bağlıdır ve kafa yaralanmaları, alkol veya madde kullanımına bağlı değildir).

2. Bireyin kendisi, başkaları veya dünya ile ilgili olarak sürekli ve abartılı şekilde olumsuz inançlar veya beklentiler (örneğin "ben kötüyüm", "hiç

kimseye güvenilmez", "dünya tamamen tehlikeli bir yerdir", "sinir sistemim tamamen bozuldu").

3. Travmatik olay veya olayların nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak, bireyin kendisini veya başkalarını suçlamasına neden olan sürekli çarpık düşünceler.

4. Sürekli olumsuz duygusal durum (örneğin korku, dehşet, öfke, suçluluk veya utanç).

5. Önemli etkinliklere karşı ilgi azalması.

6. Başkalarına yabancılaşma veya başkalarından kopma hissi.

7. Sürekli olarak olumlu duyguları (örneğin mutluluk, tatmin veya sevgi gibi duyguları) deneyememe.

E. Belirli bir travmatik olay veya olayların ortaya çıkmasıyla başlayan veya kötüleşen, travmatik olay veya olaylarla ilişkili uyarılma ve tepki gösterme şeklinde belirgin değişikliklerin olduğu en az ikisi veya daha fazlasının varlığı:

1. İnsanlara veya nesnelere karşı sözlü veya sözsüz saldırganlık şeklinde dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (herhangi bir kışkırtma olmadan veya çok az bir kışkırtma durumunda).

2. Kendine zarar verme veya hiçbir şeyden sakınmama eğilimi.

3. Sürekli tetikte olma hali.

4. Aşırı irkilme tepkisi gösterme.

5. Odaklanmada güçlük yaşama.

6. Uyku bozuklukları (uykuya dalma veya uyku sürdürmede güçlük, dinlendirici olmayan bir uyku uyuma).

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

G. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin şekilde sıkıntıya veya önemli alanlardaki işlevsellikte (örneğin işle ilgili alanlarda) düşüşe neden olur.

H. Bu bozukluk ilaç veya alkol gibi bir maddenin veya başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

**Disosiyatif belirtiler gösteren:** Disosiyatif belirtiler gösteren birey, belirtileri travma sonrası stres bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamakla birlikte tetikleyici etkene tepki olarak aşağıdakilerden birinin belirtilerini sürekli veya tekrarlayan şekilde yaşamaktadır:

3. **Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon):** Bireyin zihinsel süreçlerinden veya bedeninden kopma duygusu yaşadığı, sanki dışarıdan bir gözlemci gibi baktığı, sürekli veya tekrarlayan deneyimler (örneğin, bir rüyadaymış gibi hissetme, kendisinin veya vücudunun gerçek olmadığı veya zamanın yavaş aktığı duygusu).

4. **Gerçekdışılık (derealizasyon):** Çevredeki insanların veya nesnelerin gerçek olmadığına dair sürekli veya tekrarlayan deneyimler (örneğin, çevredeki dünyanın gerçekdışı, hayali, uzak veya bozuk şekilde algılanması).

Not: Disosiyatif belirtiler, madde kötüye kullanımı veya başka bir sağlık durumuyla ilişkili olmamalıdır.

Varsa belirtiniz:

**Gecikmeli dışavurum gösteren:** Hadiseden sonra en az altı ay geçmeden tanı ölçütleri karşılanmıyorsa (bazı belirtiler kısa süre içinde başlasa bile).

#### 4.1.2. Altı Yaş ve Altı Yaşın Altındaki Çocuklar için Tanı Ölçütleri

A. Altı yaş ve altındaki çocuklarda, gerçek veya korkutucu bir şekilde ölüm, ağır yaralanma veya cinsel saldırıya maruz kalmak için aşağıdaki yollardan biri veya birden fazlasıyla karşılaşma:

1. Doğrudan travmatik olay veya olaylar yaşama.
2. Özellikle birincil bakım verenler dahil olmak üzere, başkalarının maruz kaldığı olayları doğrudan gözlemleme.

Not: Doğrudan gözlem, elektronik medya, televizyon, sinema veya görsel araçlarla tanıklık etmeyi içermez.

3. Ebeveynlerinden veya bakım veren kişilerinden birinin travmatik olaylarla karşılaştığını öğrenme.

B. Travmatik olaylardan sonra başlayan veya artan, istem dışı gelen aşağıdaki belirtilerden biri veya daha fazlasının varlığı:

1. Travmatik olayların tekrarlayan, istem dışı sıkıntı veren anıları.

Not: Bu anılar kendiliğinden ortaya çıkabilir ve rahatsızlık verici olmasa bile çocuk oyunlarında canlandırılmış gibi görünebilir.

2. Travmatik olaylarla ilişkili tekrarlayan korkutucu rüyaların içeriği veya duygusal tepkisi..

Not: Rüyaların korkutucu içeriği, travmatik olaylarla ilişkilendirilemeyebilir.

3. Çocuğun travmatik olayların yeniden yaşanıyor gibi hissettiği veya davrandığı dissosiyatif tepkiler. Bu tepkiler belirli aralıklarla ortaya çıkabilir. En yoğun haliyle, çocuk çevresindeki olaylardan habersiz olabilir. Çocuklar oyun sırasında travmatik olayları canlandırabilirler.

4. Travmatik olayları temsil eden veya çağrıştıran iç veya dış uyaranlarla karşılaştığında yoğun veya uzun süren duygusal sıkıntı yaşama.

5. Travmatik olayları hatırlatan uyarıcılara karşı belirgin fizyolojik tepkiler gösterme.

C. Travmatik olaylarla ilgili sürekli bir kaçınma ve travmatik olaylarla ilişkili olumsuz biliş ve duygusal değişikliklerin olduğunu gösteren, olaydan sonra başlayan veya kötüleşen aşağıdaki belirtilerden biri veya daha fazlası var olmalıdır.

#### **Sürekli Kaçınma**

1. Travmatik olayları hatırlatan etkinliklerden, yerlerden veya nesnelere kaçınma veya bunlardan uzak durma çabaları.

2. Travmatik olayları hatırlatan insanlardan, konuşmalardan veya sosyal durumlardan kaçınma veya uzak durma çabaları.

#### **Olumsuz Bilişsel Değişiklikler**

3. Olumsuz duygusal durumların belirgin şekilde artması. Örneğin, korku, utanç, suçluluk, üzüntü, şaşkınlık.

4. Önemli etkinliklere ilginin azalması veya katılımında belirgin bir azalma. Bu, oyunda kısıtlılık göstermeyi de içerir.

5. İçeride kapanma, toplumsal geri çekilme.

6. Olumlu duyguların sürekli olarak daha az gösterilmesi.

D. Travmatik olayların ortaya çıkmasıyla başlayan veya kötüleşen ve travmatik olaylarla ilişkili uyarılma ve tepki gösterme şeklinde değişiklikler arasında aşağıdaki belirtilerden ikisi veya daha fazlasının olması gereklidir:

1. İnsanlara veya nesnelere karşı sözlü veya sözsüz saldırganlıkla dışarı vurulan öfkeli davranışlar ve öfke patlamaları. Kışkırtıcı bir etken olmaksızın veya çok az bir kışkırtıcıya karşı aşırı huysuzluk da dahil edilir.

2. Sürekli olarak tetikte olma.

3. Aşırı irkilme tepkisi gösterme.

4. Odaklanmada güçlük yaşama.

5. Uyku bozukluğu (uykuya dalmama veya uykuyu sürdürmede zorluk, dinlendirici olmayan bir uyku uyuma).

E. Bu bozukluk bir aydan daha uzun süre devam etmelidir.

F. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya ebeveynlerle, kardeşlerle, akranlarla veya diğer bakım verenlerle ilişkilerde veya okuldaki davranışlarda bozulmaya neden olur.

G. Bu bozukluk, ilaç veya alkol gibi bir madde kullanımının veya başka bir fizyolojik durumun etkisiyle açıklanamaz.

**Disosiyatif belirtiler gösteren:** Birey, travma sonrası stres bozukluğu tanı ölçütlerini karşılarsa da, tetikleyici etkiye tepki olarak aşağıdaki belirtilerden birinin veya birkaçının sürekli veya tekrarlayan şekilde deneyimlendiği durumda disosiyatif belirtiler göstermektedir:

**1. Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon):** Bireyin zihinsel süreçlerinden veya bedeninden ayrıldığı hissi, dışarıdan bir gözlemci gibi hissetme, sürekli veya tekrarlayan deneyimler (örneğin, bir rüyada olduğu hissi, kendisinin veya bedeninin gerçek olmadığı veya zamanın yavaş aktığı hissi).

**2. Gerçekdışılık (derealizasyon):** Çevredeki insanların veya nesnelerin gerçek olmadığına dair sürekli veya tekrarlayan deneyimler (örneğin, çevrenin gerçek dışı, hayali, uzak veya bozuk algılanması).

Not: Bu alt türün kullanılabilmesi için disosiyatif belirtilerin madde kötüye kullanımına veya başka bir fizyolojik duruma bağlı olmadığını tespit edilmesi gerekir.

Varsa belirtiniz:

**Gecikmeli dışavurum gösteren:** Hadiseden sonra en az altı ay geçmeden tanı ölçütleri karşılanmıyorsa (bazı belirtiler kısa süre içinde başlasa bile).

#### 4.2. EPİDEMİYOLOJİ

TSSB epidemiyolojisi, travmanın türüne ve yaygınlığına göre değişebilir. Örneğin, doğal afetler, savaş, toplumsal şiddet ve cinsel saldırı gibi daha yaygın ve toplumda daha fazla etkilenebilen travma türleri, TSSB riskini arttırmaktadır (Kessler ve ark., 2017).

Dünya genelinde yapılan araştırmalar, TSSB sıklığıının %1-3 arasında olduğunu göstermektedir (Kilic, Ozguven, & Sayar, 2020). Bu oranlar, ülkeler arasında değişebilir ve çeşitli faktörlere bağlı olarak değişebilir. Örneğin, savaş ve doğal afetlerin daha yaygın olduğu ülkelerde TSSB oranları daha yüksek olabilir (Kilic vd., 2020).

Türkiye'de yapılan araştırmalar, TSSB sıklığıının %1.5-5 arasında olduğunu göstermektedir (Saritaş-Atalar, Gençöz, & Özdemir, 2018). Türkiye'de savaş, toplumsal şiddet, doğal afetler ve terör saldırıları gibi travmaların sıklığı, TSSB oranlarının artmasına neden olabilir (Kilic vd., 2020).

Ayrıca, bazı çalışmalar, travma sonrası stres bozukluğu için cinsiyet farklılıkları olduğunu da göstermektedir. Örneğin, kadınlar daha yüksek TSSB riskine sahip olabilirler (Saritaş-Atalar vd., 2018).

Sonuç olarak, TSSB epidemiyolojisi, travma türüne ve yaygınlığıına göre değişebilir. Dünya genelinde ve Türkiye'de yapılan araştırmalar, TSSB sıklığıının %1-5 arasında olduğunu göstermektedir ve kadınların TSSB riskinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak, Türkiye'de TSSB'nin gerçek sıklığıının tam olarak bilinmediği ve resmi kayıtların gerçek durumu yansıtmadığı da belirtilmektedir (Kiliç, 2020). Bunun nedenleri arasında, TSSB hastalarının bir kısmının tedavi olmamayı tercih etmesi, sağlık hizmetlerine erişimdeki zorluklar ve sosyal tabular gibi faktörler yer almaktadır.

#### 4.3. ETİYOLOJİ

TSSB, bir kişinin maruz kaldığı travmatik olayın ardından ortaya çıkan semptomlarla karakterize bir psikiyatrik bozukluktur. TSSB'nin etiyolojisi, birden fazla faktörün birleşimiyle karmaşıktır. TSSB'nin gelişiminde, travmanın doğası, kişinin travma karşısındaki tepkileri, kişinin mevcut ve geçmişteki yaşam deneyimleri, sosyal destek sistemleri ve biyolojik faktörlerin etkisi olduğu düşünölmektedir (Mccann, 2007).

TSSB'nin etiyolojisi konusunda bir diğer önemli faktör, travma sonrası tekrarlayan hatıraların sıklığı ve yoğunluğudur. Bu tekrarlayan hatıralar, kişinin günlük yaşamını olumsuz yönde etkileyebilir ve TSSB semptomlarının ortaya çıkmasına neden olabilir (Saritaş-Atalar, Gençöz & Özdemir, 2019).

Ayrıca, Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun gelişiminde, travma sonrası Depresyon, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, alkol ve madde kullanımı gibi eşlik eden psikiyatrik bozuklukların varlığı da önemli bir rol oynar (Güriz & Ak, 2020).

TSSB'nin etiyojisi oldukça karmaşık ve birden fazla faktörün etkisi altındadır. Bu faktörler arasında travmanın doğası, kişinin tepkileri, yaşam deneyimleri, sosyal destek sistemleri ve biyolojik faktörler gibi unsurlar yer alır (Bilgin, Kılıç & Kılınc, 2019). Ayrıca, travma sonrası tekrarlayan hatıraların sıklığı ve yoğunluğu, eşlik eden diğer psikiyatrik bozuklukların varlığı da TSSB'nin gelişiminde etkili olabilir (Sarıtaş-Atalar, Gençöz & Özdemir, 2019; Güriz & Ak, 2020).

#### 4.4. BİYOLOJİK FAKTÖRLER

TSSB'ye bağlı olarak ortaya çıkan birçok moleküler biyolojik ve nörokimyasal sistemin, travmatik olayların öncesinde ve sonrasında değişiklik gösterdiği belirlenmiştir. Travmanın biyolojik yapı üzerinde kısa ve uzun vadede yapısal değişikliklere neden olduğu düşünülmektedir. Bu biyolojik ve nörolojik sistemler, sempatik sinir sistemi, nöroendokrin sistem ve hipotalamik-hipofiz-adrenal aks ile ilişkili olup, TSSB olgularında bu sistemlerde hasarlar ve düzensizlikler gözlemlenmiştir (Yehuda, 2011). Travmatik olaylar, hipotalamusta kortikotropin salgılayıcı hormon, hipofizde adrenokortikotropik hormon ve adrenal bezde kortizol salgılanmasına neden olarak stresin ortaya çıkmasına neden olur. Bu biyolojik mekanizmalar, hormonların salgılanması ve düzenlenmesinde değişikliklere neden olur ve sonuç olarak bireylerin biyolojik varlıkları değişir. Bu durum, strese neden olan olayın etkilerini biyolojik düzeyde gösterir. Uzun vadede TSSB gibi psikolojik bozukluklara yol açabilir (Özgen ve Aydın, 1999). Travmatik olaya maruz kalan bireylerde kortizol seviyesi akut dönemde yükselir, ancak zamanla bu değer düşer. Kronik stresin glikokortikoid seviyesinde azalmaya neden olduğu düşünülse de, bu konuda çelişkili çalışmalar mevcuttur. Hayvanlar üzerinde yapılan araştırmalar, akut stresle karşılaşmanın glikokortikoid seviyelerini artırdığını, ancak kronik stresin glikokortikoidlerde azalmaya neden olduğunu ortaya koymaktadır. Kronik TSSB olan hastaların idrar kortizol düzeyleri, diğer psikiyatrik grupta olan hastalarla karşılaştırıldığında azaldığı görülmüştür (Geyran 2000; Bierer vd., 2006). TSSB'li

bireylerde düşük kortizol düzeylerinin yanı sıra, TSSB semptomlarının şiddeti ile kortizol düzeyi arasında bir ilişki olabileceği öne sürülmektedir (Najarian vd., 1996). Bu bulgular, TSSB'nin biyolojik etkileri hakkında daha fazla bilgi edinmemizi sağlamaktadır. Kortizol düzeylerindeki değişimlerin TSSB semptomlarını nasıl etkilediği hala tam olarak anlaşılammış olsa da, kortizol düzeylerindeki düşüşün TSSB semptomlarını artırabileceği düşünülmektedir. Stresin neden olduğu nörobiyolojik değişiklikler arasında, medial prefrontal kortekste dopaminerjik aktivitenin artması önemli bir rol oynamaktadır. Bu aktivasyon ve metabolizma, diğer dopaminerjik bölgelerdeki değişikliklere kıyasla daha belirgin bir şekilde gözlenmektedir. Özellikle TSSB hastalarında görülen bellek bozukluklarının, dopaminerjik aktivite ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu bulgular, TSSB'nin beyindeki dopamin sistemi üzerindeki etkilerini anlamak için önemlidir. Dopaminerjik aktivitedeki artışın, bellek fonksiyonlarındaki bozukluklara neden olabileceği ve TSSB hastalarında bu durumun daha yaygın olduğu düşünülmektedir (Southwick, Steven, vd., 1995). Bu nedenle, hem dopamin sisteminin hem de kortizol seviyelerinin TSSB tedavisindeki rolüne odaklanan daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

Travmatik olaylara maruz kalan ve TSSB geliştiren bireylerin hipokampuslerinde küçülme olabileceği düşünülmesine rağmen, 2001 yılında yapılan bir çalışmada TSSB ile hipokampal küçülme arasında bağlantı kurulamamıştır (Bonne vd., 2001). Bununla birlikte, başka bir çalışmada TSSB'li bireylerin prefrontal korteks hacimlerinin azaldığı ve buna bağlı olarak bazı yürütücü işlevlerde bozulmalar yaşandığı belirlenmiştir (Rauch vd., 2003).

#### 4.5. DEMOGRAFİK FAKTÖRLER

TSSB gelişiminin cinsiyetlere göre farklılıklar gösterdiğine dair pek çok araştırma bulunmaktadır. Kadınlarda TSSB riskinin daha yüksek olduğu ve kadınların cinsel saldırı ve çocuk istismarı gibi olaylara daha sık maruz kalma olasılıklarının erkeklere göre daha yüksek olduğu düşünülmektedir (Norris vd., 2003). Öte yandan, erkeklerin cinsel olmayan saldırı, kaza, savaş, ölüm ve yaralanma olaylarına daha sık maruz kalma olasılıkları kadınlara göre daha yüksek olarak değerlendirilmektedir. Yapılan araştırmalar, kadınların aynı travmatik olaylara maruz

kaldıklarında TSSB geliştirme konusunda daha yatkın olduğunu göstermektedir (Coşkun, 2022). Ancak, cinsiyetin TSSB için bir yatkınlık belirleyicisi olmadığına dair iddialar da vardır. Türkiye'de yapılan bir araştırmada, çocuklarda cinsiyetler arasında TSSB ile ilişkili bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir (Bulut, 2009).

TSSB ile ilgili yapılan araştırmalar, yatkınlığın yaş grupları ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bazı çalışmalarda daha genç yaş grubunda yer almanın TSSB risk faktörü olduğu sonucuna varılmıştır (Brewin vd., 2000). Ancak, kanser hastaları üzerinde yapılan bir araştırmada, küçük yaşta travmatik olaylarla karşılaşmanın, travma sonrası büyüme ile ilişkili olabileceği ve TSSB geliştirmeme açısından daha olumlu bir etkiye sahip olabileceği vurgulanmıştır (Widows vd., 2005).

Sosyal destek ağının ve aile üyelerinin varlığı, medeni durumun ve arkadaşların desteğinin, psikolojik rahatsızlıkları azaltıcı bir etkiye sahip olabileceği, hatta psikiyatrik bozuklukların oluşumunu engelleyici bir faktör olarak bilinmektedir (Benjet vd., 2016; Koenen vd., 2017). Bir çalışmada, TSSB ile ilişkili olduğu düşünülen dokuz demografik ve psikososyal faktör incelenmiş ve özellikle TSSB ile ilişkili olduğu bulunan dört faktör öne çıkmıştır. Bu faktörlerden biri medeni durumdur ve bu durumun TSSB üzerinde etkili olduğunu destekleyen bulgular bulunmaktadır. Diğer üç faktör ise eğitim düzeyi, çeşitli stres etkenleri ve savaş deneyimidir (Booth-Kewley vd., 2010). Azınlıkta yer almak TSSB için bir risk faktörüdür. Londra'da gerçekleştirilen bir çalışmada, bombalama terör olayından sonra Londra'da yaşayan bireylerin stres düzeyleri incelenmiş ve azınlık sosyal gruplarında yer almanın yüksek stresle ilişkili olduğu bulunmuştur (Rubin vd., 2005). Ayrıca, düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireyler için TSSB riskinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir (Norris vd., 2003).

#### 4.6. KOMORBİDİTE

TSSB tanısı konan kişilerin büyük bir kısmında, TSSB'ye ek olarak Depresyon, Madde Bağımlılığı, Alkolizm, Panik Bozukluk gibi en az bir psikolojik rahatsızlığın olduğu belirtilmektedir (Brady vd., 2000). Özellikle Depresyon'un TSSB ile yüksek oranda birliktelik gösterdiği vurgulanmaktadır. TSSB ile birlikte görülen diğer psikolojik rahatsızlıklar, genel olarak TSSB'ye %27.9 ile %51.9

oranında eşlik etmektedir (Kessler vd., 1995). Yapılan bir araştırmada, TSSB tanısı konmuş bireylerin yaşamlarının herhangi bir döneminde depresif atak geçirme riski %69 olarak değerlendirilmiştir (Roszell vd., 1991). Benzer şekilde başka bir kaynakta ise bu oran %68 olarak belirtilmektedir (Keane ve Wolfe, 1990). Vietnam dönemi gazileri üzerinde yapılan bir çalışmada, TSSB ve major depresyon komorbiditesinin ortak genetik etmenlerle birlikte %62.5 olarak bulunduğu gözlemlenmiştir (Koenen vd., 2008).

TSSB'ye eşlik eden diğer psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkmasında, travmatik olayın türü, olayın üzerinden geçen süre ve daha önce deneyimlenen travmatik olayların varlığı gibi faktörler önemli rol oynar. Bununla birlikte, TSSB'nin uyku üzerindeki etkisi, diğer psikolojik rahatsızlıklara kıyasla önemli düzeyde dikkat çeker. Literatürde, TSSB ve uykuya ilişkili sorunların %70 ila %91 arasında bir oranda komorbidite gösterdiği ve travmatik olaylarla ilişkili kabusların ise %19 ila %71 arasında sık görülen bulgular olduğu belirtilmektedir (Akçay vd., 2013). Ayrıca, TSSB'nin Yaygın Anksiyete Bozukluğu ile %12 oranında, Sosyal Fobi ile ise %8 oranında komorbidite gösterdiği kaydedilmiştir.

TSSB'ye eşlik eden psikolojik rahatsızlıkların cinsiyetler arasında farklılık gösterdiği gözlenmektedir. Alkol Kötüye Kullanımı ve Alkol Bağımlılığı erkeklerde TSSB ile birlikte en sık görülen psikolojik rahatsızlıklardır, kadınlarda ise Major Depresyon ön plana çıkmaktadır. Erkeklerde en sık gözlenen rahatsızlık olan alkol Kötüye Kullanımı ve Alkol Bağımlılığından sonra davranış bozuklukları ve Madde Kötüye Kullanımı ve Madde Bağımlılığı gelirken, kadınlarda Major Depresyon'un ardından fobiler ve Alkol Kötüye Kullanımı ve Alkol Bağımlılığı görülmektedir (Kessler vd., 1995).

Ayrıca, TSSB'ye eşlik eden psikolojik rahatsızlıkların türünün travmatik olaya bağlı olarak farklılık gösterebileceği düşünülmektedir. Savaş ve sel felaketi gibi olayları karşılaştıran bir çalışmada, sel baskınından etkilenen bireylerde, gazilerde olduğu gibi TSSB'ye Major Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları'nın yoğun bir şekilde eşlik ettiği gözlenmiştir. Ancak savaş gazilerinde afet mağdurlarından farklı olarak, Madde Bağımlılığı ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu tanılarının öne çıktığı belirtilmektedir (Green vd., 1992).

DSM sınıflandırma sisteminde farklı eksenlerde yer alsalar da TSSB ve kişilik bozukluklarının komorbiditesi de araştırma konusu olmuştur. Özellikle TSSB ile Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) arasındaki komorbiditeyi inceleyen bir çalışmada, BKB tanısı alan bireylerin %30.2'sinin aynı zamanda TSSB tanısı aldığı, TSSB tanısı konulan bireylerin ise %24.2'sinin aynı zamanda BKB tanısı aldığı bulunmuştur. TSSB ve BKB arasında yüksek oranda birlikte görülme olduğu, ancak tamamen örtüşmediği, TSSB ve BKB komorbiditesi olan bireylerin yaşam kalitesinin oldukça düştüğü ve diğer psikolojik rahatsızlıklara kıyasla intihar girişimi olasılığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu komorbiditeye sahip olan bireylerde çocukluk çağındaki travmatik olayların önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (Pagura vd., 2010).

#### 4.7. SEYİR

TSSB'nin seyrini etkileyen faktörler üç kategoride gruplandırılmıştır. İlk kategori, bireyin demografik özellikleri, psikiyatrik rahatsızlık öyküsü, aile üyelerinin psikiyatrik rahatsızlık öyküsü, işsizlik, boşanma, travmatik olay öncesi felaketlere, işkenceye veya şiddete maruz kalma gibi etkenleri içermektedir. İkinci kategori, maruz kalınan travmatik olayın şiddeti, bireyin hayatını tehdit düzeyi, zihinsel hazırlık ve kontrol düzeyi gibi olay sırasındaki etkenlere odaklanmaktadır. Üçüncü kategori ise temel gereksinimlerin karşılanma şekli, kaybedilen fiziksel ve psikolojik kaynaklar, başa çıkma stratejileri, toplumsal destek düzeyi ve sonrasında yeni bir travmatik olayın varlığı gibi etkenleri içermektedir (Bilgiç, 2011). Travmatik olayın ardından TSSB'nin gelişmesi kimi durumlarda bir ay gibi kısa bir sürede ortaya çıkabilirken, bazen 30 yıl gibi uzun bir süreye yayılabilir. Travmaya maruz kalan bireylerde, olayın 6. ayında %74'ünün, 12. ayında ise %60'ının TSSB tanı ölçütlerini karşılayacağı düşünülmektedir (Binay, 2016). TSSB tanısı konulan bireylerin ortalama iyileşme süresi yaklaşık 24.9 ay olarak değerlendirilirken, 60. ayın sonunda bu bireylerin üçte birinde TSSB belirtilerinin devam ettiği gözlenmektedir. Ayrıca, tedavi alan bireylerde TSSB'nin iyileşme süresinin 36 ay, tedavi almayanlarda ise 60 ay olduğu belirlenmiştir (Kessler vd., 1995). 1988 yılında Ermenistan'daki deprem sonrasında yapılan bir çalışmada, TSSB'nin uzun dönem seyri incelenmiş ve farklı travmatik olayların prognozu, TSSB, Anksiyete

Bozuklukları ve Depresif Bozukluklar açısından değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, depremin üç yıl sonrasında TSSB belirtilerinin şiddetinde azalma olmamış, ancak genel olarak depresif belirtilerin azaldığı görülmüştür. Ayrıca, depreme maruz kalan bireylerle şiddet içeren bir olaya maruz kalan bireyler arasında TSSB prognozu açısından önemli farklılıklar bulunmamıştır. Bu çalışmada, travmatik olayın ardından gelişen TSSB belirtilerinin kronikleşmemesi için erken dönemde klinik değerlendirme ve terapötik ruh sağlığı müdahalesinin önemine vurgu yapılmıştır (Goenjian vd., 2000). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada, Vietnam gazilerinde gözlemlenen TSSB'nin kronikleşme durumu, farklı travmatik olay tipleri sonrasında gelişen TSSB için genelleme yapıp yapılamayacağı araştırılmıştır. Araştırmaya göre, 1972'de bir barajın yıkılmasıyla meydana gelen sel felaketinden etkilenen bireylerin, 14 yıl sonra TSSB ve diğer psikolojik rahatsızlıklara sahip olduğu tespit edilmiştir (Green vd., 1992). TSSB'nin prognozunu etkileyen faktörler arasında cinsiyet farklılıkları da bulunmaktadır. Kadınlarda TSSB'nin kronikleşme riskinin erkeklere göre dört kat daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Ayrıca, boşanmış bireylerde TSSB'nin kronikleşme riski evli bireylerden daha yüksek olarak değerlendirilmektedir. Yaş TSSB'nin prognozunu etkileyen bir diğer faktör olarak ele alınmaktadır. Orta yaş grubundaki bireylerin, diğer yaş gruplarına göre psikolojik rahatsızlıklar açısından daha riskli olduğu düşünülmekte ve orta yaş grubunda yer almanın TSSB'nin prognozu açısından olumsuz bir gidişat riski taşıdığı düşünülmektedir (Green vd., 1996). Eğitim düzeyinin de TSSB'nin prognozu üzerinde belirleyici olduğu düşünülmektedir. Eğitim düzeyinin yükselmesi, TSSB'ye yatkınlığı azaltırken, kötü prognoz riskini de azaltmaktadır (Breslau vd., 1991).

#### 4.8. TEDAVİ

TSSB tedavisinde birçok yöntem kullanılmaktadır. Bunlar arasında psikoterapi, farmakoterapi ve alternatif tedavi yöntemleri yer almaktadır. TSSB'nin tedavi yöntemleri hakkında yapılan araştırmalar, hem ilaçlı tedavinin hem de psikoterapinin etkili olduğunu göstermektedir (Tural ve Önder, 2003). Özellikle, ilaçların ve psikoterapinin bir arada kullanıldığı kombine tedavilerin TSSB'nin iyileştirilmesi açısından daha fazla fayda sağladığı düşünülmektedir (Foa, 1997). Bir

meta-analiz çalışmasında, TSSB için yapılan 61 tedavi sonucu değerlendirilmiş ve psikoterapiye devam etme oranının ilaç tedavilerine göre daha düşük olduğu ortaya konmuştur. TSSB belirtilerinin azaltılması açısından, psikoterapinin ilaç tedavisine göre daha etkili olduğu ancak her iki tedavinin de kontrol gruplarına kıyasla oldukça etkili olduğu değerlendirilmiştir (van Etten ve Taylor, 1998).

TSSB'nin ilaç tedavisi, özellikle belirti ve bulguların şiddetli düzeyde olduğu durumlarda önerilmektedir. Literatürde, tek başına ilaç tedavisinin yetersiz olabileceği görüşüne ek olarak, ilaçların TSSB belirti ve bulgularının şiddetini hafifletme açısından önemli olduğu düşünülmektedir. İlaç kullanımının, TSSB'nin sempatik aşırı uyarılma ve tekrarlayan anıları hatırlama belirtilerini hafiflettiği, ancak kaçınma belirtilerine karşı etkisiz olduğu belirtilmektedir (Friedman, 1988).

TSSB tanısı almış bireyler için ilaç tedavisinin etkili olması, öncelikle ilaç kullanımına uyum sağlamakla ilişkilidir. Çoğu durumda, TSSB tanısı almış bireyler ilaç kullanımına karşı isteksiz olabilir, bu nedenle psikoeğitim ve ilacın tedavideki rolü hakkında doğru bilgilendirme önemlidir. Kendine zarar verme eğiliminde olan bireyler ve psikotik semptomlar yaşayan bireyler için farmakolojik tedavinin hastanede yatılı servislerde uygulanması daha uygun görülebilirken, TSSB'ye eşlik eden Alkolizm veya Madde Bağımlılığı gibi durumlarda önce TSSB'den bağımsız müdahaleler önerilmektedir (Bilgiç, 2011).

TSSB'nin tedavisinde kullanılan çeşitli ilaç türleri bulunmaktadır, ancak en yaygın olarak tercih edilenler arasında Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI'lar), Trisiklik Antidepresanlar ve Monoamin Oksidaz İnhibitörleri yer almaktadır (Davidson ve Connor, 1999). SSRI'lar, TSSB'ye eşlik eden anksiyete bozuklukları ve depresif bozuklukların tedavisinde de sıklıkla kullanılmaktadır. Bu ilaçlar genellikle TSSB'nin temel belirtileri olan aşırı uyarılma, kaçınma, ilgi azalması ve travmatik olayların zihinsel olarak tekrar yaşanması gibi belirtilerin tedavisinde etkili ve ilk tercih edilen farmakolojik tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir (Tanır, 2016).

Ayrıca, son yıllarda yapılan ve devam eden araştırmalar, psikedelik maddelerin TSSB'nin tedavisinde alternatif bir seçenek olarak umut verici olabileceğini vurgulamaktadır (Henner, Keshavan ve Hill, 2022).

TSSB'nin tedavisinde, psikoterapinin ve psikoterapötik müdahalelerin önemli bir rol oynadığı kabul edilmektedir (Tural ve Önder, 2003). En yaygın kullanılan ve etkili olduğuna inanılan psikoterapi yaklaşımı olarak Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) sıklıkla değerlendirilirken, EMDR, grup terapileri ve psikodinamik terapilerin de TSSB tedavisinde kullanılabileceği düşünülmektedir. Psikoterapi yaklaşımlarının yanı sıra, gevşeme egzersizleri gibi tekniklerin aktif olarak psikoterapi sürecinde kullanılması TSSB tedavisinde önemli bir rol oynamaktadır (Bilgiç, 2011).

Uzatılmış Maruz Bırakma (Prolonged Exposure) tedavisi, APA ve Amerikan Gaziler Sağlık İdaresi ve Savunma Bakanlığı (VA/DoD) kılavuzları tarafından önerilen bir tedavi yöntemidir (Watkins vd., 2018). Uzatılmış Maruz Bırakma, Foa ve Kozak'ın (1986) duygusal işleme teorisine dayanır ve travmatik olayların duygusal olarak işlenmediğini öne sürer. Bu tedavi, korku yapılarını değiştirmeyi hedefler ve genellikle 8 ila 15 seansta tamamlanır (Foa vd., 2007). Psiko-eğitim, nefes alma eğitimi ve gerçek hayatta maruz kalma ile hayali maruz kalma gibi bileşenleri içerir. Uzatılmış Maruz Bırakma, korku yapılarını aktive ederek ve yeni bilgileri dahil ederek etkili olur. Birçok araştırma, Uzatılmış Maruz Bırakma'nın etkinliğini desteklemektedir (Bryant vd., 2003; Schnurr vd., 2007) ve maruz bırakma terapisi travma odaklı olmayan terapilere göre daha etkili olduğunu göstermektedir (Bradley vd., 2005; Powers vd., 2010; Watts vd., 2013; Cusack vd., 2016).

Bilişsel İşleme Terapisi (Cognitive Processing Therapy), APA ve VA/DoD kılavuzları tarafından TSSB tedavisi için önerilen bir terapi yöntemidir (Watkins vd., 2018). Bilişsel İşleme Terapisi, sosyal bilişsel teoriye dayanır ve travmatik bir olayın ardından ortaya çıkan çarpıtılmış bilişleri ele alır. Bu terapi, asimilasyon (önceki inançları doğrulamak için bilgilerin değiştirilmesi), akomodasyon (inançlarda değişiklik yapma) ve aşırı akomodasyon (gelecekteki travmayı önlemek için inançlarda değişiklik yapma) gibi bilişsel süreçlere odaklanır. Travma kaynaklı inançları tespit ederek inançları değiştirmeyi hedefler (Resick ve Schnicke, 1992). Haftalık 12 oturumdan oluşur. Bilişsel terapi ve maruziyet bileşenlerini içerir (Chard vd., 2012). Bilişsel İşleme Terapisi'nin etkili bir TSSB tedavisi olduğuna dair araştırmalar bulunmaktadır. Çeşitli travma türleri ve popülasyonlarında, özellikle tecavüz mağdurları, gaziler ve TSSB'li yetişkin erkeklerde etkili olduğu gösterilmiştir (Chard vd., 2011). Bilişsel İşleme Terapisi, TSSB semptomlarını

azaltmada etkili olduğu ve tedavinin sonuçlarının uzun vadeli korunduğu bulunmuştur (Jonas vd., 2013).

TSSB tedavisinde APA ve VA/DoD tarafından önerilen terapiler arasında Bilişsel Davranışçı Terapi (Cognitive Behavioral Therapy) önemli bir yer tutar. VA/DoD, sadece travma odaklı BDT'yi önerirken, APA hem travma odaklı hem de travma odaklı olmayan BDT'yi desteklemektedir (Watkins vd., 2018). Travma odaklı BDT, Uzatılmış Maruz Bırakma ve BDT gibi diğer BDT teorilerinden faydalanır ve olumsuz değerlendirmelerin değiştirilmesi, hafızanın düzeltilmesi ve sorunlu davranışların ortadan kaldırılması gibi hedefleri vardır. Bu tedavi, maruz bırakma ve bilişsel yeniden yapılandırma gibi teknikleri içerir (Ehlers vd., 2005). Araştırmalar, travma odaklı BDT'nin TSSB tedavisinde etkili olduğunu göstermektedir (Power vd., 2002). Farklı bileşenlerin (örneğin, maruz bırakma, bilişsel yeniden yapılandırma) karşılaştırılması çelişkili sonuçlar vermektedir. Bazı çalışmalar, maruz bırakma ve bilişsel yeniden yapılandırmanın tek başına veya birlikte etkili olduğunu gösterirken, diğerleri daha iyi sonuçlar elde eden bileşen kombinasyonlarını bulmuştur (Bryant vd., 2008). BDT ile tedavi edilen hastaların %82'sinde TSSB semptomlarının kaybolduğu ve BDT'nin diğer tedavilere göre daha etkili olduğu görülmüştür (Jonas vd., 2013).

Grup terapileri, birden fazla bireyi aynı anda iyileştirme avantajına sahip olmaları nedeniyle TSSB tedavisinde önemli bir rol oynar. Özellikle sosyal izolasyon tutumlarının olumlu değişimlerine katkıda bulunmasıyla bilinirler. Grup terapileri, travmatik olaya maruz kalan bireylerin güven, empati ve bütünlük içinde diğer bireylerle terapötik bir ortamda paylaşım yapabileceği bir ortam sağlar (Binay, 2016). BDT ile birleştirilen bir yaklaşım olan Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi (BDGT), TSSB tedavisinde genellikle kullanılan bir yöntemdir. BDGT genellikle 60 ile 90 dakika arasında sürer ve genellikle haftada bir kez uygulanır. Yapılan çalışmalarda, çeşitli psikososyal müdahaleler ve terapi yaklaşımlarıyla karşılaştırılan BDGT'nin, TSSB belirtilerini azaltmada ve eşlik eden anksiyete ve depresyon gibi rahatsızlıkları önlemede etkili bir tedavi yaklaşımı olduğu değerlendirilmiştir (Tokgünaydın ve Sütçü, 2016).

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### 5. KARMAŞIK TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu (KTSSB), ICD-11'de yeni bir tanı olarak yer almasına rağmen, karmaşık travma kavramı yeni değildir. Terr (1991) ve Herman (1992a) tarafından 1990'larda önerilen bu kavram, bireyin tek bir travmatik olayla değil, tekrarlayan, uzun süreli ve kişilerarası travmatik olaylarla yaşadığı farklı bir klinik durumu tanımlamaktadır. Herman (1992a), kronik stresin duygusal düzenleme, öz düzenleme, öz algı ve kişilerarası işlev üzerindeki uzun süreli olumsuz etkisine vurgu yapmış ve bu durumu "karmaşık travma" olarak adlandırmıştır. Çocuklukta cinsel ve fiziksel istismar, aile içi şiddet, ticari cinsel sömürü, köle ticareti, çocuk askerlik, işkence, soykırım ve diğer organize şiddet türlerine maruz kalan bireylerin, farklı semptomlar sergileyerek TSSB'den ayrıldığını belirtmiştir (Herman 1992a). Bu fikri destekleyen çalışmalar, özellikle çocuklukta kötü muamele gören bireylerde işlevsellik alanında eksikliklere dikkat çekmiştir (Pollak vd., 2000; Maughan ve Cicchetti 2002; Southam, Gerow ve Kendall 2002).

Kişilerarası travmalar, bireyler arasındaki ilişkilerde ortaya çıkan travmatik deneyimlerdir. Bu tür travmalar (cinsel taciz, şiddet, ihmal), bireyler üzerinde diğer travma türlerine (depresyon, sel, patlama) kıyasla daha derin ve kalıcı etkilere sahip olabilmektedir (Cogle vd., 2013). Bunun nedeni, kişilerarası travmaların güven ve bağlanma ilişkilerini bozması, kimlik ve özsaygı üzerinde olumsuz etkilere sahip olması, ilişkilerde tekrarlama eğilimi yaratması, empati ve sosyal ilişkilerde zorluklara yol açması, psikolojik ve duygusal sonuçlar doğurmasıdır. Bu faktörler bir araya geldiğinde, kişilerarası travmaların etkileri derin ve uzun süreli olabilir, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir ve iyileşme sürecini zorlaştırabilir.

Charuvastra ve Cloitre (2008), kişilerarası travmaların kişilerarası ilişkiler, benlik duygusu ve duygusal düzenleme kapasitesi üzerinde güçlü bir etkisi olduğunu belirtmiştir. Cloitre vd. (2005) ise çocukluk istismarı öyküsü olan kadınlarda duygusal düzenleme ve kişilerarası sorunların, TSSB semptomlarının şiddetiyle bağımsız olarak işlevsellik bozukluğunun güçlü bir belirleyicisi olduğunu

bildirmiştir. Daha önceki yıllarda, Aşırı Stres Bozuklukları (DESNOS) ve Katastrofik Deneyim Sonrası Sürekli Kişilik Değişimi (EPCACE) gibi benzer teşhisler tanımlanmıştır (WHO 1992; Wilson vd. 2001; Classen vd., 2006). Bu teşhisler, ciddi, tekrarlayan ve/veya travmatik bir olayı deneyimleyen bireylerin semptomlarını açıklamayı amaçlamıştır (Herman 1992a; Brewin vd., 2017; WHO 2018).

Dvir vd. (2014) ve Lonergan (2014) gibi önceki araştırmalar, tekrarlayan kişilerarası travmaların özellikle çocukluk döneminde duygusal ve bilişsel gelişimi engellediğini ve öz-düzenleme becerilerini etkileyebileceğini göstermiştir. DESNOS, başlangıçta DSM-IV saha çalışmalarının bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. İlk olarak altı semptom kümesinden oluşan bağımsız bir DSM tanısı olarak düşünülmüştür: somatizasyon, duygusal düzenlemenin değişimi, dikkat veya bilinç, öz algı, diğer insanlarla ilişkiler ve anlam sistemleri (Ford vd., 2005). DESNOS semptomları, TSSB'nin temel semptomlarını içerirken, karmaşık ve kronik travma sonrası reaksiyonları da yansıtan ek semptomları içermektedir.

ICD-11'de, bu kavramlar birleştirilerek Karmaşık TSSB tanısı altında daha kapsamlı bir yaklaşım sunulmuştur. Karmaşık TSSB, çeşitli travma türlerine maruz kalan bireylerde ortaya çıkabilecek semptomların bir kombinasyonunu içermektedir (Brewin vd. 2017; WHO 2018). Bu tanı, travmatik olaylara maruz kalmanın uzun süreli etkilerini ve kişilik yapıları üzerindeki değişiklikleri yakalamayı amaçlamaktadır.

### 5.1. ICD-11 TANI KRİTERLERİNE GÖRE KARMAŞIK TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

KTSSB, son derece tehlikeli veya dehşet verici bir olay veya olay dizisi sonrasında ortaya çıkabilen bir bozukluk olarak tanımlanır. Bu bozukluk, kişinin şiddetli bir travma yaşaması sonucunda ortaya çıkar ve travmanın etkileri uzun süreli ve yoğun bir şekilde devam edebilir. En yaygın olarak, kaçışın zor veya imkansız olduğu uzun süreli veya tekrarlayan olaylardan kaynaklanır (örneğin, işkence, kölelik, soykırım kampanyaları, uzun süren aile içi şiddet, tekrarlayan çocukluk cinsel veya fiziksel istismar). TSSB için tüm tanısal gereksinimler karşılanır. Bunun yanı sıra, KTSSB, şiddetli ve kalıcı olarak;

1. Duygu düzenleme sorunları;
2. Travmatik olaya bağlı olarak kendini küçültülmüş, mağlup veya değersiz olarak algılama, utanç, suçluluk veya başarısızlık duygularıyla birlikte kendine dair inançlara sahip olma;
3. İlişkileri sürdürme ve başkalarına yakınlık hissetme konusunda zorluklarla karakterizedir.

Bu semptomlar, bireyin kişisel, ailesel, sosyal, eğitimsel, mesleki veya diğer önemli yaşam alanlarında belirgin bir şekilde bozulmaya yol açar.

#### **5.1.1. Temel (Gerekli) Özellikler:**

- Çok tehditkar veya dehşet verici bir doğaya sahip olay veya olaylarla karşılaşma, genellikle kaçışın zor veya imkansız olduğu uzun süreli veya tekrarlayan olaylar. Bu olaylar, işkence, toplama kampları, kölelik, soykırım kampanyaları ve diğer organize şiddet biçimleri, uzun süreli aile içi şiddet ve tekrarlayan çocukluk çağı cinsel veya fiziksel istismar gibi durumları içermekle birlikte bunlarla sınırlı değildir.

- Travmatik olayı takiben, en az birkaç hafta süren Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun üç temel unsuru olan gelişim:

- Travmatik olayın ardından, olay(lar)ın sadece hatırlanmadığı, aynı zamanda tekrar yaşanmış gibi deneyimlendiği travmatik olayın yeniden yaşanması. Bu genellikle canlı, zorlayıcı anılar veya görüntüler şeklinde ortaya çıkar; hafif (geçici bir şekilde olayın şu anda tekrar gerçekleştiği hissi) ile şiddetli (şu anki çevreye dair farkındalığın tamamen kaybolduğu) arasında değişebilen flashback'ler veya travmatik olay(lar)la ilişkili tekrarlayan rüyalar veya kabuslar şeklinde olabilir. Yeniden yaşama genellikle korku veya dehşet gibi yoğun duygularla ve güçlü fiziksel hislerle birlikte ortaya çıkar. Şu anda yeniden yaşama, travmatik olayın hatırlatıcılarına karşı tepki olarak, aynı yoğun duygulara kapılmış veya içine dalmış hissetme durumunu da içerebilir, belirgin bir bilişsel yönü olmadan gerçekleşebilir. Olay(lar) üzerine düşünme veya kuruntu yapma ve o zamanlarda deneyimlenen duyguları hatırlama, yeniden yaşama gerekliliğini karşılamak için yeterli değildir.

- Travmatik olay(lar)ın tekrar yaşanmasına neden olabilecek hatırlatıcılardan kasıtlı olarak kaçınma. Bu, ya olay(lar)la ilgili düşünce ve hatıralara

yönelik aktif içsel kaçınma veya olay(ları) anımsatan insanlardan, konuşmalardan, aktivitelerden veya durumlardan dışsal kaçınma şeklinde olabilir. Aşırı durumlarda, kişi hatırlatıcılardan kaçınmak için çevresini değiştirebilir (örneğin, ev değiştirmek veya iş değiştirmek).

○ Sürekli artmış mevcut tehdit algısı, örneğin aşırı tetikte olma veya beklenmedik sesler gibi uyaranlara karşı artmış irkilme tepkisi gibi belirtilerle kendini gösterir. Aşırı tetikte olan bireyler sürekli olarak tehlikeden korunmaya çalışır ve kendilerini veya çevrelerindeki kişileri belirli durumlarda veya daha genel olarak anında tehdit altında hissederler. Güvenliği sağlamak amacıyla yeni davranışlar benimseyebilirler (kapıya sırtlarını dönmeme, araçların arka aynasını tekrar tekrar kontrol etme). KTSSB’de, TSSB’den farklı olarak, irkilme tepkisi bazı durumlarda artmış yerine azalmış olabilir.

• Duygu düzenlemesinde ciddi ve yaygın sorunlar görülür. Örnekler arasında küçük stres faktörlerine aşırı duygusal tepkiler, şiddetli patlamalar, tehlikeli veya kendine zarar verici davranışlar, stres altında dissosiyatif belirtiler ve duygusal uyumsuzluk yer alır. Özellikle zevk veya olumlu duyguları deneyimleme yeteneğinin olmaması dikkat çekicidir.

• Stres kaynağıyla ilişkili olarak kendini küçültülmüş, mağlup edilmiş veya değersiz olarak algılama konusunda sürekli inançlar ve derin, yaygın bir utanma, suçluluk veya başarısızlık hissi vardır. Örneğin, birey, olumsuz durumdan kaçamamış veya ona boyun eğmiş olmaktan veya diğerlerinin acı çekmesini önleyememiş olmaktan dolayı suçluluk duyabilir.

• İlişkileri sürdürme ve başkalarına yakınlık hissetme konusunda sürekli zorluklar vardır. Kişi, genel olarak ilişkilerden kaçınır, alay eder veya onlara ilgi göstermez. Alternatif olarak, zaman zaman yoğun ilişkiler olabilir, ancak kişi bu ilişkileri sürdürmede zorluk yaşar.

• Bu rahatsızlık, bireyin kişisel, ailevi, sosyal, eğitimsel, mesleki veya diğer önemli yaşam alanlarında belirgin bir işlev bozukluğuna yol açar. Eğer işlevsellik sürdürülebiliyorsa, bunun ancak büyük bir çaba harcanarak mümkün olduğu gözlenir. Bu durumda, birey ekstra çaba sarf etmek zorunda kalır.

### **5.1.2. Ek Klinik Özellikler:**

- İntihar düşünceleri ve davranışları, madde bağımlılığı, depresif belirtiler, psikotik belirtiler ve somatik şikayetler görülebilir.

### **5.1.3. Normallik Sınırı (Eşik):**

- Zorlu ve uzun süreli veya tekrarlayan bir stresörle maruz kalma geçmişi, kendisi başlı başına KTSSB'nin varlığını göstermez. Birçok insan böyle streslere maruz kalmasına rağmen herhangi bir bozukluk geliştirmemektedir. Bunun yerine, bozukluğun tüm tanısal gereksinimlerini karşılaması gerekmektedir.

### **5.1.4. Seyir:**

- KTSSB belirtilerinin başlangıcı yaşam boyunca ortaya çıkabilir ve genellikle uzun süreli, tekrarlayan travmatik olaylara ve/veya sürekli maruz kalma durumlarına bağlıdır ve bu olaylar genellikle aylar veya yıllar boyunca devam etmiştir.
- KTSSB belirtileri, TSSB'ye kıyasla genellikle daha şiddetli ve sürekli bir şekilde ortaya çıkar.
- Özellikle erken dönemde tekrarlayan travmalara maruz kalma, TSSB yerine KTSSB geliştirme riskini artırır.

### **5.1.5. Klinik Görünüm:**

- KTSSB her yaşta ortaya çıkabilir, ancak travmatik bir olaya verilen tepkiler yani karakteristik sendromun temel unsurları, yaş ve gelişim aşamasına bağlı olarak farklı şekillerde ortaya çıkabilir. KTSSB ve TSSB aynı temel unsurları paylaştıklarından, TSSB için Klinik Görünüm bölümünde verilen bilgiler aynı zamanda KTSSB olan çocuklar ve ergenler için de geçerlidir.
- Çocuklar ve ergenler, kronik çocuk istismarı, uyuşturucu ticaretinde yer alma veya çocuk askeri olarak kullanılma gibi şiddetli, uzun süren travmalara maruz kaldıklarında, yetişkinlere göre KTSSB geliştirme açısından daha savunmasızdır. Travmaya maruz kalan birçok çocuk ve ergen, birden fazla travmaya maruz kalmıştır, bu da KTSSB geliştirme riskini artırır.

- KTSSB olan çocuklar ve ergenler, akademik ve mesleki işlevleri olumsuz etkileyebilen bilişsel zorluklar (dikkat sorunları, planlama, düzenleme gibi) gösterme olasılığı akranlarından daha yüksektir.

- Çocuklarda, yaygın duygu düzenleme problemleri ve ilişkileri sürdürmede sürekli güçlükler, gerileme, sorumsuz davranışlar veya kendine veya başkalarına yönelik saldırgan davranışlar şeklinde ortaya çıkabilir ve akranlarla ilişki kurma gücüğü yaşanabilir. Ayrıca, duygu düzenleme sorunları, dış dünyaya duyarsızlaşma, duygusal deneyimi ve ifadesini bastırma, aynı zamanda olumlu duyguları da içerebilecek duyguları tetikleyebilecek durumlar veya deneyimlerden kaçınma şeklinde ortaya çıkabilir.

- Ergenlik döneminde, madde kullanımı, riskli davranışlar (güvensiz cinsel ilişki, güvensiz sürüş), saldırgan davranışlar, duygu düzenleme sorunları ve kişiler arası ilişkilerde zorluklar olarak özellikle belirgin olabilir.

- Ebeveynler veya bakıcılar travmanın kaynağı olduğunda (örneğin cinsel istismar durumunda), çocuklar ve ergenler genellikle bu kişilere karşı öngörülemeyen davranışlar sergileyen düzensiz bir bağlanma stili geliştirirler (ihtiyaç duyma, reddetme ve saldırganlık arasında gidip gelen). 5 yaşın altındaki çocuklarda, istismara bağlı bağlanma bozukluğu veya kontrolsüz sosyal etkileşim bozukluğu da KTSSB ile birlikte ortaya çıkabilir.

- KTSSB olan çocuklar ve ergenler genellikle Depresif Bozukluklar, Yeme ve Beslenme Bozuklukları, Uyku-Uyanıklık Bozuklukları, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma-Karşıt Gelme Bozukluğu, Davranım-Toplumsal Bozukluk ve Ayrılık Kaygısı Bozukluğu ile uyumlu semptomlar bildirirler. Semptomların travmatik deneyimlerle ilişkisi, ayırıcı tanı koymak için yararlı olabilir. Aynı zamanda, aşırı stresli veya travmatik deneyimlerden sonra diğer zihinsel bozukluklar da gelişebilir. Ek eşlik eden tanılar, semptomların KTSSB tarafından tamamen açıklanamadığı ve her bozukluk için tüm tanısal gerekliliklerin karşılandığı durumlarda yapılmalıdır.

- Yaşlı yetişkinlerde, KTSSB, düşüncelerden, duygulardan, anılardan ve kişilerden kaçınmanın yanı sıra anksiyeteye ilişkili fizyolojik belirtiler (artmış irkilme tepkisi, otonomik aşırı reaktivite gibi) tarafından baskın hale gelebilir.

Etkilenen bireyler, travmatik deneyimlerin hayatları üzerindeki etkisiyle ilgili yoğun pişmanlık yaşayabilirler.

#### **5.1.6. Kültürle İlgili Özellikler:**

- KTSSB belirtilerinin ifadesinde kültürel farklılık bulunmaktadır. Örneğin, somatik veya dissosiyatif belirtiler, bu belirtilerin psikolojik, fizyolojik ve ruhsal kökenine ve yüksek düzeyde uyarılmanın kültürel yorumlarına bağlı olarak bazı gruplarda daha belirgin olabilir.

- KTSSB'ye yol açan travmatik olayların ciddi, uzun süreli veya tekrarlayan niteliği göz önüne alındığında, toplu acı çekme ve sosyal bağların, ağların ve toplulukların yok edilmesi, bozukluğun odak noktası veya önemli ilişkili özellikler olarak ortaya çıkabilir.

- Göçmen topluluklarında, özellikle mülteciler veya sığınmacılar arasında, KTSSB, kültürle bütünleşmeyle ilgili stres faktörleri ve ev sahibi ülkedeki sosyal çevre tarafından daha da kötüleştirilebilir.

#### **5.1.7. Cinsiyetle İlgili Özellikler:**

- Kadınlar, erkeklere göre KTSSB geliştirme riski daha yüksektir.
- KTSSB olan kadınlar, erkeklere kıyasla daha yüksek düzeyde psikolojik sıkıntı ve işlevsellik bozukluğu sergileme eğilimindedir.

#### **5.1.8. Diğer Bozukluklar ve Durumlarla Sınırlar (Ayrırcı Tanı):**

- Kişilik Bozukluğu ile Sınırlar: Kişilik Bozukluğu, bireyin kendini, diğerleri ve dünyayı nasıl deneyimlediği ve düşündüğü konusunda yaygın bir bozukluktur. Bu bozukluk, bilişsel, duygusal deneyim, duygusal ifade ve davranışın uyumsuz desenlerinde kendini gösterir. Bu uyumsuz desenler nispeten esnek değildir ve kişinin psikososyal işlevselliğinde ciddi sorunlara neden olur. Bu sorunlar özellikle kişilerarası ilişkilerde belirgin olup kişisel ve sosyal durumlarda ortaya çıkar (yani belirli ilişkilere veya durumlara sınırlı değildir), zaman içinde nispeten stabil ve uzun sürelidir. KTSSB'de sürekli semptomlarla ilgili olarak duygu düzenlemesinde bozukluk, kendilik algısında çarpıtma ve ilişkileri sürdürmede zorluk gibi özelliklerin olması nedeniyle, KTSSB olan birçok kişi, Kişilik Bozukluğu tanı

ölçütlerini de karşılayabilir. Bu tür durumlarda ek olarak Kişilik Bozukluğu tanısı koyma faydası, belirli klinik duruma bağlıdır.

- Diğer Ruh Sağlığı, Davranışsal veya Nörogelişimsel Bozukluklarla Sınırlar: KTSSB'nin tanı ölçütleri, TSSB'nin tüm esas özelliklerini içerdiği için, "Normal Sınırlar" ve "Diğer Bozukluklar ve Durumlarla Sınırlar" bölümünde verilen yönergeler aynı şekilde KTSSB için de geçerlidir.

## 5.2. KARMAŞIK TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU (KTSSB) VE DİĞER BOZUKLUKLAR

KTSSB, Herman (1992a) tarafından tanımlanan bir bozukluktur ve TSSB'den farklı olarak kalıcı somatizasyon, depresyon ve dissosiyatif belirtilerle ilişkilendirilmiştir (Taylor vd., 2006). TSSB'de yeniden yaşantılama, kaçınma, duygusal uyuşma ve artmış uyarılmışlık belirtileri dikkate alınırken, KTSSB'de disosiyasyon, duygusal düzensizlik, somatik düzensizlik ve travmanın etkilediği şemalar göz önünde bulundurulur (Scoboria ve ark., 2008).

TSSB ve KTSSB arasındaki en önemli ayırım, kişinin deneyimlediği travmatik olayın niteliğidir. Araştırmalar, TSSB'nin yetişkinlik döneminde tek bir travmatik olayla ilişkili olabileceğini (Cloitre vd., 2013) veya aynı travmatik olaya birden fazla kez maruz kalmanın TSSB ile ilişkili olabileceğini göstermektedir (Glück vd., 2016). Bazı deneysel çalışmalar (Knefel ve Lueger-Schuster, 2013; Knefel vd., 2015; Frewen vd., 2019; Van der Kolk, Ford ve Spinazzola, 2019), KTSSB'nin uzun vadeli kişilerarası ilişkilere bağlı olduğunu ve özellikle çocukluk döneminde birden fazla travmatik olayın yaşandığı durumlarla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca, anksiyete semptomları TSSB'de artarken (Knefel ve Lueger-Schuster, 2013), KTSSB'de daha belirgin bir şekilde depresif semptomların ortaya çıktığı görülmektedir (Hyland vd., 2017a, 2017b). İşlevsellik düzeyindeki bozulma, bu iki tanıyı ayırt etmede önemli bir faktördür. Cloitre vd. (2013), KTSSB tanısı alan katılımcıların, TSSB tanısı alanlara kıyasla daha ciddi işlevsellik bozuklukları sergilediğini belirtmiştir. Ayrıca, KTSSB tanısı alan bireylerin TSSB tanısı alanlara göre daha yüksek düzeyde dissosiyatif semptomlar sergilediği gözlemlenmiştir (van Dijke vd., 2015; Hyland vd., 2019; Powers vd., 2019). Bununla birlikte, yaşamın erken dönemlerinde travmatik bir olaya maruz kalmanın KTSSB

semptomlarının TSSB'ye kıyasla daha fazla gelişme riski taşıdığı bir risk faktörü olduğu da belirtilmektedir (Van der Kolk vd., 2005). Bu nedenle, KTSSB ve TSSB arasındaki temel farklar, travmatik olayın niteliği, uzun vadeli ilişkiler, semptom profili, işlevsellik düzeyi ve maruz kalma yaşının etkilerini yansıtmaktadır. KTSSB, çocukluk döneminde birden fazla travmatik olayın etkisiyle ortaya çıkabilir ve depresif semptomlarla daha belirgin bir ilişki gösterebilirken, TSSB genellikle tek bir travmatik olaya veya tekrarlayan bir olaya bağlı olarak ortaya çıkar ve anksiyete semptomlarına daha fazla odaklanabilir.

Toplum örneklemi ve öz bildirim araçlarıyla yapılan araştırmalar, ICD-11 TSSB ve KTSSB arasında farklı yaygınlık oranları olduğunu göstermektedir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştirilen bir çalışmada (Cloitre vd., 2019), TSSB'nin yaygınlık oranının %3,4 olduğu, KTSSB'nin ise %3,8 olduğu bildirilmiştir. İsrail'de yapılan bir araştırmada (Ben-Ezra vd., 2018), TSSB'nin yaygınlık oranının (%9), KTSSB'nin yaygınlık oranından (%2,6) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Alman örneğinde yapılan başka bir çalışmada ise TSSB'nin yaygınlık oranının (%1,5) ve KTSSB'nin yaygınlık oranının (%0,5) İsrail ve Amerika Birleşik Devletleri'nden daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu veriler, ICD-11 tanı ölçütlerine göre TSSB ve KTSSB'nin popülasyon örneğinde sık rastlanan bozukluklar olduğunu göstermektedir (Cloitre vd., 2019). Öte yandan, Bursa Adliyesi 2. Aile Mahkemesi'nde aile içi şiddet mağduru olan ve boşanma sürecinde bulunan 94 kadın üzerinde yapılan bir araştırmada, 94 kadının 5'inin KTSSB, 3'ünün ise TSSB tanısı aldığı belirtilmiştir (Parmaksızoğlu, 2011).

ICD-11'de tanımlanan KTSSB ile ilgili önemli bir tartışma, DSM-5 Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) tanısıyla benzerlik göstermesidir (Lewis ve Grenyer, 2009; Kulkarni, 2017). DSM-5'te BKB, dokuz tanı ölçütünü içermektedir. Bu ölçütler arasında duygusal istikrarsızlık, dürtüsellik, intihar veya kendine zarar verme davranışları veya tehditleri, uygunsuz veya yoğun öfke veya öfkeyi kontrol etme zorluğu, kararsız kişilerarası ilişkiler, terk edilme çabaları, kimlik bozukluğu, kronik duygusal boşluk ve geçici stresle ilişkili paranoid düşünceler veya şiddetli dissosiyatif belirtiler yer almaktadır (APA, 2013). KTSSB semptomları ile BKB semptomları arasında bir ilişki olduğu ve bu durumun kişilerarası ilişkiler üzerinde olumsuz etkilere yol açabileceği gözlemlenmektedir (Macintosh vd., 2015).

Ayrıca, Resick vd. (2012) tarafından yapılan bir çalışma, intihar ve terk edilme korkusu dışında, BKB semptomlarının KTSSB semptomlarıyla büyük ölçüde örtüşüğünü ileri sürmüştür. Bununla birlikte, travmaya maruz kalma ile BKB arasında kesin bir neden-sonuç ilişkisi henüz kurulmamış olmasına rağmen (Ball ve Links, 2009), BKB tanısı konulan bireylerin yaklaşık %97'sinin çocukluklarında travmatik olaylar yaşadığı bildirilmektedir (Temes vd., 2017). Nörolojik çalışmaların bulguları (Cattane vd., 2017), çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili beyin değişikliklerinin, özellikle hipotalamik-hipofiz-böbrek üstü bezi eksenini gibi, BKB için risk faktörleri olduğunu göstermektedir. Dissosiyasyon da, KTSSB (Hyland vd., 2019) ve BKB (Scalabrini vd., 2017) gibi ortak semptomlardan biridir. Bu bulgular, bazı yazarların BKB'yi travmayla ilişkili bir bozukluk olarak sınıflandırma önerisini ortaya koymuştur (Lewis ve Grenyer, 2009).

KTSSB ve BKB arasında belirgin farklılıklar olduğu belirtilmektedir (Cyr vd., 2022). Örneğin, BKB özellikleri erken yetişkinlikten itibaren çeşitli bağlamlarda gözlenirken, KTSSB semptomları bir veya daha fazla travmatik olayın ardından ortaya çıkar (APA, 2013; WHO, 2018). Duygusal reaktivite, BKB ve KTSSB arasındaki benzerliklerden biridir (Brewin vd., 2017). Ancak, KTSSB'de bulunan duygu, intihar ve kendine zarar verme davranışları, duygusal reaktivite kapsamında ele alınmasına rağmen, BKB'nin daha merkezi semptomlarıdır (Cloitre vd., 2014).

Ayrıca, BKB'de kimlik ve ilişkilerdeki değişiklikler kendini ve diğerlerini aşırı pozitif (idealizasyon) ve negatif (devalüasyon) kutuplar arasında değişen bir görünümle karakterize ederken, KTSSB hastaları sürekli olarak diğer insanlara güvensizlik duymaktadır. Onların sürekli negatif bir benlik kavramı vardır (Cloitre vd., 2011). Ford ve Courtois (2013) tarafından özetlendiği gibi, "zarar görmeye karşı aşırı uyanıklık" KTSSB'nin merkezindeyken, "terkedilmiş olarak algılanmaya yönelik aşırı duyarlılık" BKB'nin merkezinde yer alır.

### 5.3. TEDAVİ

TSSB tedavisiyle ilgili araştırmalar, travma odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) gibi terapilerin etkinliğini desteklemektedir (Mendes vd., 2008; de Jongh vd., 2019; Lewis vd., 2020). Bu terapilerin, cinsel istismar mağdurları, mülteciler, savaş gazileri

ve motorlu araç kazası mağdurları da dahil olmak üzere çeşitli TSSB mağdurları için etkili olduğu bildirilmiştir (Foa vd., 2009). Ancak, mevcut kanıtlar çoğunlukla tek bir tür travmayı tedavi etmek için kullanılan müdahalelere odaklanmıştır (Bisson vd., 2013).

TSSB tedavisiyle ilgili tartışmalar, Karmaşık Travma Çalışma Grubu adı altında kurulan Travmatik Stresin Uluslararası Araştırılması Derneği (ISTSS) tarafından yürütülmektedir. Bu çalışma grubu, KTSSB'nin tedavisi için klinik kılavuzlar geliştirmeyi amaçlamaktadır (Weiss, 2012). Grup, 2012 yılında "Yetişkinlerde KTSSB İçin Uzman Tedavi El Kitabı"nı yayınlamıştır (Cloitre vd., 2012). Bu el kitabı, Herman'ın (1992a) karmaşık travma üzerine yaptığı erken çalışmalara dayanarak hazırlanmıştır (Cloitre vd., 2012). Herman, KTSSB vakaları için üç aşamalı bir tedavi planı önermektedir: dengeleme, travma belleği işleme ve yeniden bütünleştirme. Bu tedavi planının her aşamasının süresi belirlenmemiştir ve danışanın ihtiyaçlarına göre değişebilir (Courtois, 2010).

Dengeleme aşaması, danışanın güvenliğine odaklanarak duygusal farkındalık ve ifade yeteneklerini güçlendirmeyi hedefler. Aynı zamanda, danışana travma ve KTSSB hakkında bilgi veren psikoeğitim de içermektedir (Cloitre vd., 2011). İkinci aşama, öncelikli olarak travmatik anılardaki yoğun duygusal sıkıntıyı azaltmayı ve daha sonra anıların anlamını yeniden değerlendirmeyi ve tutarlı bir şekilde olumlu bir kimlikle bütünleştirmeyi içerir. Üçüncü aşama ise danışanın kendisine ilgi göstererek travma bağlamında gelişen duygulardan kurtulmayı ve ilişkilerde "güç ve kontrol duygularına" odaklanmayı amaçlar (Cloitre vd., 2012).

Bu aşama temelli yaklaşımın KTSSB semptomlarının tedavisinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Cloitre vd., 2010; Dorrepaal vd., 2010). Bu tedavi yönteminin aynı zamanda kalıcı ve yaygın duygu düzenleme sorunları, ilişki sorunları, dikkat ve bilinç değişiklikleri gibi alanlarda da etkili olduğu bildirilmiştir. KTSSB için aşama temelli bir yaklaşımın önerilmesi, travma bozukluklarına odaklanan diğer uzman kuruluşlar tarafından da desteklenmektedir.

Van der Kolk vd. (2005) tarafından yapılan bir çalışma, karmaşık travma geçmişi olan hastaların TSSB semptomlarını hafifletmek için duygusal ve kişilerarası işlevsellikte işlev bozuklukları hakkında daha fazla şikayette bulunduğunu ve tedavi aradığını göstermiştir. Bu nedenle, KTSSB'nin tedavisindeki ana hedeflerin duygusal

düzenleme stratejilerinin geliştirilmesi ve kişilerarası sorunlara odaklanmak olduğu savunulmuştur (Cook vd., 2004; Stein ve Allen, 2007; DePrince vd., 2011; Brown vd., 2012; D'Andrea ve Pole, 2012; Blalock vd., 2013; Cloitre vd., 2013; Jepsen vd., 2013; Tummala-Narra, 2014).

#### 5.4. TRAVMA ve DISSOSİYASYON

Dissosiyasyon, normalde bütünlük içinde olan bilinç, bellek, kimlik, duygu, algı, beden temsili, motor kontrol ve davranışın ayrışması veya süreksizlik olarak tanımlanır (Putnam, 1991; Öztürk, 2017). Bu durumda, bireyin zihinsel süreçleri arasında bağlantı kurma ve bilgileri entegre etme süreci zorlaşır. Dissosiyatif süreçler, günlük yaşamda basit dalgınlık, unutkanlık ve hayal kurma hallerinden Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu gibi çeşitli fenomenleri içerir (APA, 2013; Altıntaş, 2017).

Dissosiyasyon, bir uyum tepkisi olarak başlangıçta travmaya verilen tepki ile başlar ve bireyin travmatik deneyimlerle baş etmesine yardımcı olur. Ancak, erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmalarının etkisiyle dissosiyasyon, bireyin yaşantısını bölerek sürekliliği bozar. Bu süreçte, bireyin algısı ve anıları bölünerek kaydedilir, böylece travma anında oluşabilecek etkilere karşı bir koruma mekanizması sağlanırken, aynı zamanda travmatik deneyimlerin yeniden ele alınması ve işlenmesi engellenir (Spiegel, 1997; Öztürk, 2017).

Dissosiyasyon, her bireyde bulunan ve minimal travmalara karşı inkar mekanizmasıyla uyum sağlayan bir savunma sistemidir. Ancak, bazı insanlarda dissosiyatif bozukluk olarak adlandırılan psikiyatrik bir tablo ortaya çıkar. Bu durumda, dissosiyatif yaşantılar bireyin düşünce, duygu ve davranışlarında fark edilebilir değişikliklere yol açar. Dissosiyatif bozukluklar, belirli bir yelpazede yer alır ve dissosiyatif kimlik bozukluğu gibi daha ciddi formları içerir (Putnam, 1991; APA, 2013; Altıntaş, 2017).

Dissosiyasyonun tam olarak nasıl ortaya çıktığı ve neden bazı insanların bunu deneyimlediği tam olarak anlaşılamamıştır. Bu konuda yapılan araştırmalar devam etmektedir. Dissosiyasyonla ilgili tedavi, terapi ve destek yöntemleri mevcuttur ve bireye özgü olarak belirlenmelidir (Öztürk, 2017).

#### 5.4.1. Dissosiyatif Bozukluklar

Dissosiyasyon, genellikle bilinç, bellek, kimlik, duygu, algı, beden temsili, motor kontrol ve davranış arasında ayrışma veya süreksizlik olarak tanımlanır (Putnam, 1991; Öztürk, 2017). Bu durumda, bireyin zihinsel süreçleri arasında bağlantı kurma ve bilgileri entegre etme süreci zorlaşır. Dissosiyatif süreçler, günlük yaşamda basit dalgınlık, unutkanlık ve hayal kurma hallerinden dissosiyatif kimlik bozukluğuna kadar çeşitli fenomenleri içerir (APA, 2013; Altıntaş, 2017).

Dissosiyatif bozukluklar, çocukluk çağı travmalarının etkisiyle ortaya çıkar ve intihar girişimleri, kendine zarar verme davranışları, bilinç kesintileri, amneziler, konsantrasyon güçlükleri, duygu durum dalgalanmaları, tekrar kurban olma, öfke patlamaları, kimlikte belirsizlik hisleri, çifte (dissosiyatif) depresyon ve karmaşık yakın ilişki dinamikleriyle karakterize edilir (Öztürk, 2017; Akcan & Öztürk, 2018).

Dissosiyatif bozuklukların etiolojisinde erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmaları ve yanlış çocuk yetiştirme stillerinin önemli bir rol oynadığı bilinir (DeMause, 1982, 1998; Öztürk, 2017). Her birey çocukluk döneminde stresli olaylarla karşılaşabilir, ancak bu deneyimler normal koşullarda travmatik bir süreç oluşturmaz. Travmanın objektif ve subjektif boyutları olduğu ve travmatik deneyimlerin başlama yaşı, şiddeti, süresi ve sıklığının da önemli olduğu belirtilmektedir. Psikometrik değerlendirmeler ve klinik görüşmelerle, erken yaşta başlayan tekrarlayıcı çocukluk çağı travmalarının bir bireyin çocukluk, ergenlik veya yetişkinlik dönemlerinde birçok psikiyatrik tanıya yol açabileceği kanıtlanmıştır (Ross, 2007; Öztürk, 2017).

Dissosiyatif bozuklukların temel belirtileri arasında amnezi, depersonalizasyon, derealizasyon, kimlik karışıklığı ve kimlik değişimi yer alır (Şar & Öztürk, 2007). Dissosiyatif bozuklukları olan kişiler, değişken, kararsız ve karmaşık ilişkiler, kendine zarar verme eylemleri, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı, cinsel işlev bozuklukları, egodistonik eşcinsel deneyimler, baş ağrısı ve migren, konversiyon, bayılma nöbetleri, öfke patlamaları ve intihar girişimleri gibi temel psikiyatrik sorunlarla psikoterapiye başvurabilirler (Öztürk, 2009; 2017).

Dissosiyatif bozukluklar, intihar girişimleri, kendine zarar verme davranışları, bilinç kesintileri, amneziler, konsantrasyon güçlükleri, duygu durum dalgalanmaları,

öfke patlamaları, çifte (dissosiyatif) depresyon ve karmaşık yakın ilişkiler gibi temel psikiyatrik belirtilerle karakterize edilen bir tanı grubudur (Öztürk, 2003; 2017). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA, 2013) DSM-5'te dissosiyatif bozuklukları, bilincin, belleğin, kimliğin veya çevresel algının entegre işlevlerinin kopması olarak tanımlar. Dissosiyasyon aniden veya aşamalı olarak başlayabilir, geçici veya kronik olabilir (APA, 2013; Altıntaş, 2017).

DSM-5'e göre, dissosiyatif bozukluklar 5 ana başlık altında incelenir. Bu başlıklar şunlardır: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu, Dissosiyatif Amnezi, Depersonalizasyon-Derealizasyon Bozukluğu, Tanımlanmamış Diğer Dissosiyatif Bozukluk ve Tanımlanmamış Dissosiyatif Bozukluk (APA, 2013).

### 5.5. BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU

BKB, genç erişkinlik döneminde başlayan ve aşırı dürtüsellik, duygusal dengesizlik, ilişkilerde istikrarsızlık, benlik algısında eksiklik ve terk edilmeye karşı aşırı hassasiyet gibi belirtilerle karakterize edilen bir sendromdur (APA, 2013). Bu bozukluğun toplumda görülme sıklığı %1,2 ile %6 arasında değişmektedir (Grant vd., 2008). Ülkemizdeki araştırmaların sınırlı olmasına rağmen, ebeveyn tutumlarının göz önünde bulundurulmasıyla bu oranın daha yüksek olabileceği düşünülmektedir.

DSM-5'e göre, BKB tanısı için erken ergenlik döneminden itibaren birçok alanda görülen aşağıdaki 9 ölçütten en az 5'inin veya daha fazlasının bulunması gerekmektedir (APA, 2013):

1. Terk edilmekten kaçınmak için çılgınca çaba gösterme.
2. Değer verme ve değersizleştirme arasında gidip gelen, tutarsız ve gergin ilişkiler.
3. Kimlik karmaşası.
4. En az iki dürtüsel davranışta bulunma (paraya harcama, cinsellik, madde kötüye kullanımı, riskli araç kullanma vb.).
5. Tekrarlayan intihar girişimleri, davranışları veya tehditleri.
6. Duygusal dalgalanmalar.
7. Sürekli bir boşluk hissi.
8. Kontrol edilemeyen öfke veya öfke yönetiminde zorluklar.

9. Stresle ilişkili geçici kuşkucu düşünceler veya şiddetli dağılma belirtileri.

BKB olan bireylerde, başkalarına karşı tutumlar ve duygular hızlı ve anlaşılabilir bir şekilde keskin bir biçimde değişebilir (Kring vd., 2017). BKB'deki negatif ruh hali değişikliklerinin Majör Depresif Bozukluk'tan daha ani, daha büyük ve daha beklenmedik olduğu gösterilmiştir (Trull vd., 2008). Yoğun öfke nöbetleri, kişiler arası ilişkilerde önemli bir sorun oluşturur. BKB olan kişiler, başkalarının küçük duygu belirtilerini bile büyük bir hassasiyetle algırlar (Lynch vd., 2006).

BKB hastaları genellikle aşırı dürtüsellikleri nedeniyle kumar oynama, tehlikeli cinsel ilişkiler yaşama, aşırı yeme, madde kullanımı gibi uç noktalarda davranışlar sergileyebilirler. Kendi benlikleri hakkında net ve tutarlı bir farkındalık geliştiremedikleri için değerler, bağlılık ve kariyer seçimi gibi temel konularda büyük zorluklarla karşılaşabilirler. Yoğun terk edilme korkusu nedeniyle yalnız kalmaktan kaçınırlar. Eğer terk edilirse öfke nöbetleri geçirebilir, kendilerine veya başkalarına zarar verebilir veya depresyon yaşayabilirler (APA, 2013).

İntihar, BKB hastalarıyla yakından ilişkilidir. Linehan ve Heard (1999) tarafından yapılan bir çalışmada, BKB tanısı konan hastaların %7,5'inin 20 yılı aşkın bir süre sonra intihar ettiği bulunmuştur. Ayrıca, Yen vd., (2003) tarafından yapılan bir başka çalışmada, BKB tanısı almış 621 hastanın %15,5'inin daha önceki yıllarda en az bir intihar girişiminde bulunduğu ortaya konmuştur.

BKB olan hastalar, intihar niyeti olmaksızın kendilerine zarar verebilecek çeşitli eylemler de sergileyebilirler. Örneğin, kollarını veya bacaklarını jiletleyebilirler veya sigarayla bedenlerini yakabilirler. Bu davranışlar zararlı olmasına rağmen ölüme yol açmayacak şekilde kendilerini cezalandırma amacı taşır. BKB hastalarının en az üçte ikisi, hayatlarının bir döneminde bilinçli olarak kendilerine zarar verme eğiliminde olabilirler (Stone, 1993; Oldham, 2006; Cristea, Centili ve Cotet, 2017).

BKB özelliklerinde dürtüsellik önemli bir rol oynar ve riskli, planlanmamış, aniden gelişen ve istenmeyen sonuçlara yol açabilen davranışları beraberinde getirir (Yazıcı & Yazıcı, 2010). Dürtüsellik, duygusal değişkenliği hızla artırarak şiddet davranışlarının temelini oluşturabilir (Edwards, Scott, Yarvis, Paizis ve Panizzon, 2003). Sansone ve arkadaşlarının mahkumlar üzerinde yaptığı bir çalışmada, bu kişilerin %25-%50'sinin BKB'ye sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Suçlar arasında ahlak

dışı uygunsuz davranışlar, basit veya nitelikli saldırılar, madde kullanımıyla ilgili ihlaller ve halka açık yerlerde sarhoşluk bulunmaktadır (Sansone, Lam ve Wiederman, 2012). Başka bir çalışmada ise, BKB'ye sahip bireylerin %58'inin "bazen" veya "sık sık" fiziksel kavgalara karıştığı, %25'inin ise başkalarına karşı silah kullandığı belirlenmiştir (Soloff, Meltzer ve Becker, 2003).

BKB tanısı konan hastaların üçte birinden fazlası, 10-15 yıl sonra tanı ölçütlerini karşılamaz hale gelebilir (Zanarini, Frankenburg, Hennen ve Silk, 2006). Birçoğu 40 yaş civarında artık tanı ölçütlerini karşılamaz hale gelir (Paris, 2002). Öfke ve dürtüsellikle karşılaştırıldığında, kendine zarar verme ve intihar davranışı daha hızlı bir şekilde azalma eğilimi gösterebilir (Zanarini ve ark., 2006).

BKB hastaları sıklıkla depresyon, anksiyete ve madde kullanımı gibi eşlik eden durumlarla mücadele etmek zorunda kalırlar. Duygudurum bozuklukları, hastaların %96'sında yaşam boyu görülerek en yaygın eşlik eden durumlar arasında yer alır. Depresyon oranı %71 ile %83 arasında değişmektedir. Anksiyete bozuklukları, %88 oranında depresyonu takip eder. Panik bozukluk %34 ile %48 oranında, travma sonrası stres bozukluğu ise %47 ile %56 oranında görülür. Alkol ve madde bağımlılığı %50 ile %65 arasında değişirken, yeme bozuklukları %7 ile %26 arasında rapor edilmiştir (Zanarini, Frankenburg, Dubo, Sickel, Trikha, Levin ve Reynolds, 1998).

KTSSB ile BKB tanısı benzerlik göstermektedir. KTSSB semptomları ile BKB semptomları arasında bir ilişki olduğu ve bu durumun kişilerarası ilişkiler üzerinde olumsuz etkilere yol açabileceği gözlemlenmektedir (Macintosh vd., 2015). KTSSB ile BKB arasındaki ayırıcı tanı için, KTSSB genellikle tekrarlayan çocukluk çağı travmalarının sonucunda ortaya çıkar ve semptomları arasında hatıralar, kaçınma davranışları ve hipervijilans bulunurken, BKB daha çok duygusal dengesizlik, kendine zarar verme eğilimi ve ilişkilerde istikrarsızlık semptomlarıyla ilişkilendirilir (Cloitre vd., 2014).

## SONUÇ

TSSB ve KTSSB tanı ölçütleri, ICD-11'e yeni bir çalışmanın sonucu olarak eklenmiştir. Bu ölçütler, stres ve travma ile ilişkili bozuklukları tanılamak için tasarlanmıştır. Amaç, her iki tanının klinik kullanılabilirliğini ve uygulanabilirliğini artırmak, belirti sayısını azaltmak ve iki bozukluk arasındaki farkları daha net bir şekilde ortaya koymaktır. Bunu başarmak için ICD-11'de ölçütler basitleştirilmiş ve daha anlaşılır hale getirilmiştir. (Brewin vd., 2017). KTSSB'nin klinik uygulamada çalışan uzmanlar tarafından kolaylıkla tanımlanabileceği ve uzun süredir tartışılan bir gereksinimi karşıladığı ifade edilmektedir. Bu tanının tanımlanması, klinik uygulamanın yanı sıra deneysel araştırmalar için de önemlidir. KTSSB'nin tanımlanmasıyla, ilerideki çalışmalarda bu bozukluğun daha ayrıntılı araştırılması mümkün olabilecektir. Çocukluk çağı ihmalleri ve istismarlarından kaynaklanan TSSB'lerin KTSSB bakış açısıyla da değerlendirilmesi gereklidir.

Ancak, KTSSB üzerine yapılan klinik çalışmalar sınırlıdır ve bu durumun ana nedenlerinden biri, bu tanının değerlendirilmesi için ölçüm araçlarının eksikliğidir. ICD-11'de KTSSB'nin tanımlanmasından sonra, Cloitre vd. (2018) KTSSB'yi değerlendirmek için Uluslararası Travma Soru Formu (International Trauma Questionnaire) adlı bir ölçek geliştirmiştir. Bu ölçeğin Türkçe çevirisi yapılmıştır. Hyland vd., (2017a), Vallières vd., (2018), Redican vd., (2021) gibi bir dizi çalışma, bu ölçme aracının geçerli ve güvenilir olduğunu kanıtlamıştır. Ölçeğin Türkiye uyarlaması henüz yapılmamıştır. Türkiye uyarlamasının yapılması, KTSSB'nin Türk popülasyonunda değerlendirilmesi için önemlidir. Uyarlama çalışmasının yapılması, Türkiye'deki KTSSB vakalarının doğru bir şekilde teşhis ve tedavi edilmesine yardımcı olacaktır. Bu nedenle, gelecekte yapılacak çalışmalarda ölçeğin Türkiye uyarlamasının gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

KTSSB'nin önemli bir tanı olduğu düşünülmektedir, çünkü TSSB'nin tedavisinde etkili olan yöntemler KTSSB için etkisiz olabilir. Brenner vd. (2019) tarafından vurgulanan, bu yeni bozukluğun karmaşıklığını ele alan yeni müdahalelerin geliştirilmesi ve değerlendirilmesi ihtiyacı, öne çıkmaktadır. KTSSB'nin tedavisinde etkili olduğu öne sürülen çeşitli müdahale yöntemleri önerilmiştir, ancak bu yöntemlerin etkinliği sınırlı sayıda araştırmayla

desteklenmektedir. Bu nedenle, bu tedavi yöntemlerinin etkinliğini kanıtlamak için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

Çeşitli çalışmalar, KTSSB'nin yetişkinler üzerindeki etkilerini inceleyerek, özellikle çocuklukta yaşanan olumsuz deneyimler ve çoklu travmalarla ilişkilendirerek, KTSSB'nin çeşitli travmatik deneyimlerden kaynaklandığını göstermiştir. Ancak çocuklar ve ergenler üzerinde yapılan çalışmalar sınırlıdır. Bu nedenle, bu bozukluğun çocuklukta nasıl başladığını, gelişimindeki koruyucu faktörleri ve risk faktörlerini araştırmak önemlidir. Bu çalışmalar sonucunda, erken müdahale programları hazırlanabilir ve tedaviler daha erken dönemde uygulanabilir.

Özellikle Türkiye'nin coğrafi konumu ve sosyal yapısı, doğal afetler, göç ve mültecilik, sosyal ve ekonomik nedenler, terörizm ve güvenlik sorunları, kültürel ve toplumsal normlar gibi etkenlerle travma arasında karmaşık bir ilişki vardır. Bu nedenle travma özelinde yapılan çalışmalar her geçen gün artmaktadır. Travma özelinde yapılan çalışmalar kapsamına KTSSB'nin de dahil edilmesi bu yeni tanıya yönelik farkındalığın artması, ülke genelindeki yaygınlığının tespitine ve tedaviye yönelik yeni yaklaşımların geliştirilmesi açısından önemlidir.

KTSSB hakkındaki deneysel çalışmaların sayısı henüz sınırlıdır. Bu nedenle, bilimsel kanıtları artırmak amacıyla daha fazla deneysel araştırma yapılması önerilmektedir. Klinisyenlerin öncelikle bu belirtileri ayırt etmeleri ve KTSSB tanısı konulan hastaları uygun tedavi programlarına yönlendirmeleri önemlidir. Özellikle ülkemizde KTSSB üzerine yapılan çalışmaların artmasıyla, bu hastaların TSSB hastalarından ayrılması ve uygun tedavi programlarına erişmeleri gerekmektedir.

KTSSB hakkında daha fazla bilgi edinmek için çocukluk çağı travmaları yaşamış çocukları içeren bir örneklem seçilerek KTSSB semptomları ile ilişkili faktörler uygun ölçüm yöntemleri kullanılarak (örneğin, Uluslararası Travma Soru Formu) değerlendirilmelidir. Yapılacak araştırmada, KTSSB semptomlarının travmaların etkisiyle ilişkili olduğunu doğrulamak için bir kontrol grubuyla karşılaştırma yapılmalı ve uzun vadeli takip yapılmalıdır. Ayrıca, çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili KTSSB tedavi seçeneklerinin etkinliğini değerlendirmek için klinik çalışmalar yapılmalıdır. Çoklu faktörlerin etkisini anlamak için çeşitli değişkenlerin bir arada değerlendirildiği analizler yapılmalı ve çeşitli veri kaynakları kullanılmalıdır. Araştırma sürecinde etik kurallara uyulmalı, çocukların rızası

alınmalı ve gizlilikleri sağlanmalıdır. Yapılacak araştırma, KTSSB'nin tanı, tedavi ve önlenmesine yönelik daha etkili stratejiler geliştirmeye yardımcı olabilir.

BKB tanısı alan bireylerde gözlemlenen semptomlar, KTSSB ile büyük benzerlikler gösterebilir. Ancak, bazı durumlarda BKB semptomlarının altında yatan temel nedenler, çocukluk çağı travmaları ve karmaşık stres deneyimleri olabilir. Bu nedenle, BKB tanısı alan ve tedaviye yanıt vermeyen veya direnç gösteren hastaların KTSSB açısından yeniden değerlendirilmesi, doğru teşhis ve uygun tedavi planlaması için önemlidir. Ayrıca, bu alanda daha fazla araştırma yapılması da büyük önem taşımaktadır. KTSSB'nin BKB ile ilişkisi ve özellikle BKB tanısı almış hastalarda KTSSB yaygınlığı hakkında daha fazla veri toplanmalıdır. Ayrıca, KTSSB'nin BKB tanısı alan bireylerin tedavi yanıtları üzerindeki etkisini ve bu konuda etkili tedavi yöntemlerini belirlemek için klinik çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu tür araştırmalar, BKB tanısı almış hastaların tam teşhis ve etkili tedavi almasına yardımcı olabilir. Ayrıca, BKB ve KTSSB arasındaki ilişkiyi anlamamıza ve bu bozukluklara yönelik daha iyi tedavi stratejileri geliştirmemize katkıda bulunabilir.

## KAYNAKÇA

- Akcan, G., & Öztürk, E.** (2018). Dissosiyatif Temel Belirtiler ve Temel Psikoterapötik Yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri Psychology-Special Topics*, 3, 20-30.
- Akçay, B. D., Özgen F., M., Balıkçı, A., & Öznur, T.** (2013). Travma sonrası stres bozukluğunda uyku. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 441-460.
- Alpay, E. H., & Çelik, D.** (2022). Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Bir Gözden Geçirme.
- Altıntaş, M.** (2017). Dissosiyatif Bozuklukların Klinik Görünümü. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 10(3), 161-169.
- American Psychiatric Association.** (1952). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (1st ed.).
- American Psychiatric Association.** (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).
- Babcock, J. C., Roseman, A., Green, C. E., & Ross, J. M.** (2008). Intimate partner abuse and PTSD symptomatology: examining mediators and moderators of the abuse-trauma link. *Journal of Family Psychology*, 22(6), 809.
- Ball, J. S., & Links, P. S.** (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Current psychiatry reports*, 11(1), 63-68.
- Başoğlu, M., Livanou, M., & Crnobaric, C.** (2007). Ruhsal Travma: Tanı ve Tedavi Rehberi. *Hekimler Yayın Birliği*.
- Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bisson, J. I., ... & Shevlin, M.** (2018). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depression and anxiety*, 35(3), 264-274.
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., ... & Koenen, K. C.** (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological medicine*, 46(2), 327-343.

- Bierer, L. M., Tischler, L., Labinsky, E., Cahill, S., Foa, E., & Yehuda, R.** (2006). Clinical correlates of 24-h cortisol and norepinephrine excretion among subjects seeking treatment following the world trade center attacks on 9/11. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 514-520.
- Bilgiç, S.** (2011). Travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu ile uyum bozukluğunun klinik açıdan karşılaştırılması.
- Bilgin, İ., Kılıç, İ., & Kılınç, M. E.** (2019). Travma Sonrası Stres Bozukluğu. Dusunen Adam: *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 32(3), 272-282.
- Binay, H. B., & Başgöl, Ş. S.** (2016). Suriye ve Irak'tan Gelen savaş mağduru çocuk ve genç mültecilerde travma sonrası stres bozukluğu düzeyi. *Klinik ve Ruh Sağlığı Psikolojik Danışmanlığı Dergisi*, 2(2), 33-46.
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C.** (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, (12).
- Blalock, J. A., Minnix, J. A., Mathew, A. R., Wetter, D. W., McCullough Jr, J. P., & Cinciripini, P. M.** (2013). Relationship of childhood trauma to depression and smoking outcomes in pregnant smokers. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(5), 821.
- Bolu, A., Erdem, M., & Öznur, T.** (2014). Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 8(2).
- Bonne, O., Brandes, D., Gilboa, A., Gomori, J. M., Shenton, M. E., Pitman, R. K., & Shalev, A. Y.** (2001). Longitudinal MRI study of hippocampal volume in trauma survivors with PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1248-1251.
- Booth-Kewley, S., Larson, G. E., Highfill-McRoy, R. M., Garland, C. F., & Gaskin, T. A.** (2010). Correlates of posttraumatic stress disorder symptoms in Marines back from war. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 23(1), 69-77.
- Bradley, R. Greene, j^, Russ, E, Dutra, L., & Westen, D.** (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Brady, K., Pearlstein, T., Asnis, G. M., Baker, D., Rothbaum, B., Sikes, C. R., & Farfel, G. M.** (2000). Efficacy and safety of sertraline treatment of

- posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Jama*, 283(14), 1837-1844.
- Brenner, L., Köllner, V., & Bachem, R.** (2019). Symptom burden and work-related impairment among patients with PTSD and complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1694766.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E.** (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of general psychiatry*, 48(3), 216-222.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., Peterson, E. L., & Schultz, L. R.** (1997). Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Archives of general psychiatry*, 54(11), 1044-1048.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D.** (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 748.
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., ... & Reed, G. M.** (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical psychology review*, 58, 1-15.
- Brown, N. R., Kallivayalil, D., Mendelsohn, M., & Harvey, M. R.** (2012). Working the double edge: Unbraiding pathology and resiliency in the narratives of early-recovery trauma survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 102.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., Dang, S. T., & Nixon, R. D.** (2003). Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(4), 706.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., Dang, S. T., Mastrodomenico, J., Nixon, R. D., ... & Creamer, M.** (2008). A randomized controlled trial of exposure therapy and cognitive restructuring for posttraumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(4), 695.
- Bulut, S.** (2009). Depremden sonra çocuklarda görülen travma sonrası stres tepkilerinin yaş ve cinsiyetler açısından karşılaştırılması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(31), 43-51.
- Çakır Parmaksızoğlu, A.** (2011). *Aile içi şiddet mağduru olup boşanma sürecinde bulunan kadınlarda travma sonrası stres belirtileri ve ilişkili özellikler* (Master's thesis, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

- Cattane, N., Rossi, R., Lanfredi, M., & Cattaneo, A.** (2017). Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC psychiatry*, *17*, 1-14.
- Chard, K. M., Ricksecker, E. G., Healy, E. T., Karlin, B. E., & Resick, P. A.** (2012). Dissemination and experience with cognitive processing therapy. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, *49*(5).
- Chard, K. M., Schumm, J. A., McIlvain, S. M., Bailey, G. W., & Parkinson, R. B.** (2011). Exploring the efficacy of a residential treatment program incorporating cognitive processing therapy-cognitive for veterans with PTSD and traumatic brain injury. *Journal of traumatic stress*, *24*(3), 347-351.
- Charuvastra, A., & Cloitre, M.** (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annu. Rev. Psychol.*, *59*, 301-328.
- Classen, C. C., Pain, C., Field, N. P., & Woods, P.** (2006). Posttraumatic personality disorder: A reformulation of complex posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, *29*(1), 87-112.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L.** (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of traumatic stress*, *24*(6), 615-627.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A.** (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European journal of psychotraumatology*, *4*(1), 20706.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A.** (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European journal of psychotraumatology*, *5*(1), 25097.
- Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., & Shevlin, M.** (2019). ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in the United States: A population-based study. *Journal of traumatic stress*, *32*(6), 833-842.
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., & Han, H.** (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior therapy*, *36*(2), 119-124.

- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., ... & Petkova, E.** (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *American journal of psychiatry*, *167*(8), 915-924.
- Cook, J. M., Riggs, D. S., Thompson, R., Coyne, J. C., & Sheikh, J. I.** (2004). Posttraumatic stress disorder and current relationship functioning among World War II ex-prisoners of war. *Journal of Family Psychology*, *18*(1), 36.
- Coşkun, M. G.** (2022). *2020 İzmir Depremine Yaşamış Bireylerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişki* (Master's thesis, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Cougle, J. R., Resnick, H., & Kilpatrick, D. G.** (2013). Factors associated with chronicity in posttraumatic stress disorder: A prospective analysis of a national sample of women. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *5*(1), 43.
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P.** (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Jama psychiatry*, *74*(4), 319-328.
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., ... & Gaynes, B. N.** (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, *43*, 128-141.
- Cyr, G., Godbout, N., Cloitre, M., & Bélanger, C.** (2022). Distinguishing among symptoms of posttraumatic stress disorder, complex posttraumatic stress disorder, and borderline personality disorder in a community sample of women. *Journal of Traumatic Stress*, *35*(1), 186-196.
- D'Andrea, W., & Pole, N.** (2012). A naturalistic study of the relation of psychotherapy process to changes in symptoms, information processing, and physiological activity in complex trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *4*(4), 438.
- Davidson, J. R., & Connor, K. M.** (1999). Management of posttraumatic stress disorder: diagnostic and therapeutic issues. *Journal of Clinical Psychiatry*, *60*, 33-38.
- de Jongh, A., Amann, B. L., Hofmann, A., Farrell, D., & Lee, C. W.** (2019). The status of EMDR therapy in the treatment of posttraumatic stress

disorder 30 years after its introduction. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13(4), 261-269.

- DeMause, L.** (1982). Foundations of psychohistory. Creative Roots Pub.
- DeMause, L.** (1988). On writing childhood history. *The Journal of Psychohistory*, 16(2), 135.
- DePrince, A. P., Chu, A. T., & Pineda, A. S.** (2011). Links between specific posttrauma appraisals and three forms of trauma-related distress. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(4), 430.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Smit, J. H., van Balkom, A. J., van Dyck, R., Veltman, D. J., & Draijer, N.** (2010). Stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioral therapy: A pilot study. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 284-288.
- Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., & Frazier, J. A.** (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard review of psychiatry*, 22(3), 149.
- Edwards, D. W., Scott, C. L., Yarvis, R. M., Paizis, C. L., & Panizzon, M. S.** (2003). Impulsiveness, impulsive aggression, personality disorder, and spousal violence. *Violence and victims*, 18(1), 3-14.
- Ehlers, A. C., & DM, H. A., McManus, F. y Fennell, M.** (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 413-431.
- Emül, M., Erdoğan, Ş. A., Öztürk, M. O., & Özer, Ü.** (2017). Travma sonrası stres bozukluğu: Tanı ve tedavi. *Klinik Psikiyatri*, 20(1), 36-46.
- Erol A.,** (2022). Derleme Yazmanın Temel İlkeleri. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 59(1), 1-2.
- Foa, E. B.** (1997). Trauma and women: course, predictors, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(9), 25-28.
- Foa, E. B., Chrestman K. R., Gilboa-Schechtman, E.** (2009). *Prolonged Exposure Therapy for Adolescents with PTSD Emotional Processing of Traumatic Experiences, Therapist Guide*. London, Oxford University Press.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., and Rothbaum, B. O.** (2007). *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences*. New York, NY: Oxford University Press.

- Ford, J. D., Courtois, C. A.** (2013). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescents: Scientific Foundations and Therapeutic Models*. New York, Guilford Press.
- Ford, J. D., Courtois, C. A.** (2013). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescents: Scientific Foundations and Therapeutic Models*. New York, Guilford Press.
- Ford, J. D., Courtois, C. A., Steele, K., Hart, O. V. D., & Nijenhuis, E. R.** (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 437-447.
- Frewen, P., Zhu, J., & Lanius, R.** (2019). Lifetime traumatic stressors and adverse childhood experiences uniquely predict concurrent PTSD, complex PTSD, and dissociative subtype of PTSD symptoms whereas recent adult non-traumatic stressors do not: Results from an online survey study. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1606625.
- Friedman, M. J.** (1988). Toward rational pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: an interim report. *The American journal of psychiatry*.
- Friedman, M. J.** (2013). History of PTSD in veterans: Civil War to DSM-5. In G. M. Rosen & T. A. Frueh (Eds.), *Clinician's guide to posttraumatic stress disorder* (pp. 3-14).
- Galatzer-Levy, I. R., & Bryant, R. A.** (2013). 636,120 ways to have posttraumatic stress disorder. *Perspectives on psychological science*, 8(6), 651-662.
- Geyran, P. Ç.** (2000). Psikolojik travma ve sonuçları: tarihsel arka plan ve güncel kavramlar üzerine gözden geçirme. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 8, 9-12.
- Goenjian, A. K., Steinberg, A. M., Najarian, L. M., Fairbanks, L. A., Tashjian, M., & Pynoos, R. S.** (2000). Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. *American Journal of Psychiatry*, 157(6), 911-916.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... & Ruan, W. J.** (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 533.
- Green, B. L., Gleser, G. C., Lindy, J. D., Grace, M. C., & Leonard, A.** (1996). Age-related reactions to the Buffalo Creek dam collapse: Effects in the second decade.

- Green, B. L., Lindy, J. D., Grace, M. C., & Leonard, A. C.** (1992). Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *The Journal of nervous and mental disease*, 180(12), 760-766.
- Güleç, H., Selçuk, E., Güleç, M. Y., & Türkoğlu, M.** (2016). The relationship between posttraumatic stress disorder and obesity in women: A research on the potential effects of depression, anxiety, and sleep quality. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2777-2782.
- Güriz, S. & Ak, M.** (2020). Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Güncel Psikiyatri*, 1(1), 24-33.
- Henner, R. L., Keshavan, M. S., & Hill, K. P.** (2022). Review of potential psychedelic treatments for PTSD. *Journal of the Neurological Sciences*, 120302.
- Herman, J. L.** (1992). *Trauma and Recovery*. New York, Basic Books.
- Herman, J. L.** (1992a). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*, 5(3), 377-391.
- Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A. J., Jumbe, S., ... & Roberts, N. P.** (2017). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(3), 313-322.
- Hyland, P., Shevlin, M., Cloitre, M., Karatzias, T., Vallières, F., McGinty, G., ... & Power, J. M.** (2019). Quality not quantity: loneliness subtypes, psychological trauma, and mental health in the US adult population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54, 1089-1099.
- Hyland, P., Shevlin, M., Elklit, A., Murphy, J., Vallières, F., Garvert, D. W., & Cloitre, M.** (2017). An assessment of the construct validity of the ICD-11 proposal for complex posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(1), 1.
- Jepsen, E. K., Langeland, W., & Heir, T.** (2013). Impact of dissociation and interpersonal functioning on inpatient treatment for early sexually abused adults. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 22825.
- Jonas, D. E., Cusack, K., Forneris, C. A., Wilkins, T. M., Sonis, J., Middleton, J. C., ... & Gaynes, B. N.** (2013). Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD).
- Jung, C. G.** (1945). The Psychology of the Transference. In *The Collected Works of C. G. Jung* (Vol. 16, pp. 267-293).

- Keane, T. M., & Wolfe, J.** (1990). Comorbidity In Post-Traumatic Stress Disorder An Analysis of Community and Clinical Studies 1. *Journal of Applied Social Psychology, 20*(21), 1776-1788.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., ... & Koenen, K. C.** (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European journal of psychotraumatology, 8*(sup5), 1353383.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B.** (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry, 52*(12), 1048-1060.
- Kiliç, C.** (2020). Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Türkiye Verileri ve Tedavisi. *Türk Psikiyatri Dergisi, 31*(3), 157-168.
- Kilic, C., Ozguven, H. D., & Sayar, G. H.** (2020). The Relationship Between Trauma Type and Posttraumatic Stress Disorder in Disaster Survivors: A Systematic Review. *Journal of Loss and Trauma, 25*(7), 620-637.
- Kırpınar, İ.** (2017). Akut stres bozukluğu ve posttravmatik stres bozukluğu. *Journal of Mood Disorders, 7*(2), 109-117.
- Knefel, M., & Lueger-Schuster, B.** (2013). An evaluation of ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria in a sample of adult survivors of childhood institutional abuse. *European Journal of Psychotraumatology, 4*(1), 22608.
- Knefel, M., Garvert, D. W., Cloitre, M., & Lueger-Schuster, B.** (2015). Update to an evaluation of ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria in a sample of adult survivors of childhood institutional abuse by Knefel & Lueger-Schuster (2013): A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 6*(1), 25290.
- Koenen, K. C., Fu, Q. J., Ertel, K., Lyons, M. J., Eisen, S. A., True, W. R., ... & Tsuang, M. T.** (2008). Common genetic liability to major depression and posttraumatic stress disorder in men. *Journal of affective disorders, 105*(1-3), 109-115.
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., ... & Kessler, R.** (2017). Posttraumatic stress disorder in the world mental health surveys. *Psychological medicine, 47*(13), 2260-2274.
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison Gerald, C., & Neale John, M.** (2017). *Anormal psikolojisi: psikopatoloji*. Nobel Yayıncılık.

- Kulkarni, J.** (2017). Complex PTSD—a better description for borderline personality disorder?. *Australasian Psychiatry*, 25(4), 333-335.
- Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J. I.** (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*, 11(1), 1729633.
- Lewis, K. L., & Grenyer, B. F.** (2009). Borderline personality or complex posttraumatic stress disorder? An update on the controversy. *Harvard review of psychiatry*, 17(5), 322-328.
- Linehan, M. M., & Heard, H. L.** (1999). Borderline personality disorder: Costs, course, and treatment outcomes.
- Lonergan, M.** (2014). Cognitive behavioral therapy for PTSD: The role of complex PTSD on treatment outcome. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(5), 494-512.
- Lynch, T. R., Rosenthal, M. Z., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., & Blair, R. J. R.** (2006). Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion*, 6(4), 647.
- MacIntosh, H. B., Godbout, N., & Dubash, N.** (2015). Borderline personality disorder: Disorder of trauma or personality, a review of the empirical literature. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 56(2), 227.
- Maughan, A., & Cicchetti, D.** (2002). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child development*, 73(5), 1525-1542.
- Mccann, C. M.** (2007). Posttraumatic Stress Disorder. In *Pediatric Clinical Advisor* (pp. 459-460). Mosby.
- McFarlane, A. C.** (1991). Traumatic reactions in adults: A longitudinal perspective. Paper presented at the Post-Traumatic Stress Disorder Clinical Research Perspectives Conference, Institute of Psychiatry, University of London
- Mendes, D. D., Mello, M. F., Ventura, P., de Medeiros Passarela, C., & de Jesus Mari, J.** (2008). A systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38(3), 241-259.
- Najarian, L. M., & Fairbanks, L. A.** (1996). Basal cortisol, dexamethasone suppression of cortisol, and MHPG in adolescents after the 1988 earthquake in Armenia. *Am. J. Psychiatry*, 153, 929-934.

- Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C. K., Perilla, J. L., Rodriguez, F. G., & Rodriguez, J. D. J. G.** (2003). Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *Journal of abnormal psychology, 112*(4), 646.
- Oldham, J. M.** (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry, 163*(1), 20-26.
- Özgen, F., & Aydın, H.** (1999). Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri, 1*(34-41).
- Öztürk, E.** (2003). Travma kökenli dissosiyatif bozukluk vakalarının ailelerinde çocukluk çağı travmalarının sıklığı.
- Öztürk, E.** (2009). Dissosiyatif kimlik bozukluğunun psikoterapisi. *Psikedergi, 2009a, 2*, 39-49.
- Öztürk, E.** (2017). *Travma ve dissosiyasyon: Dissosiyatif kimlik bozukluğunun psikoterapisi ve aile dinamikleri*. Nobel Tıp Kitabevi.
- Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B., & Sareen, J.** (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the US population. *Journal of psychiatric research, 44*(16), 1190-1198.
- Paris, J.** (2002). Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry, 10*(6), 315-323.
- Pollak, S. D., Cicchetti, D., Hornung, K., & Reed, A.** (2000). Recognizing emotion in faces: developmental effects of child abuse and neglect. *Developmental psychology, 36*(5), 679.
- Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V., & Karatzias, A.** (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 9*(5), 299-318.
- Powers, A., Dixon, H. D., Conneely, K., Gluck, R., Munoz, A., Rochat, C., ... & Gillespie, C. F.** (2019). The differential effects of PTSD, MDD, and dissociation on CRP in trauma-exposed women. *Comprehensive psychiatry, 93*, 33-40.
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., & Foa, E. B.** (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical psychology review, 30*(6), 635-641.

- Putnam, F. W.** (1991). Dissociative disorders in children and adolescents: A developmental perspective. *Psychiatric Clinics of North America*.
- Rauch, S. L., Shin, L. M., Segal, E., Pitman, R. K., Carson, M. A., McMullin, K., ... & Makris, N.** (2003). Selectively reduced regional cortical volumes in post-traumatic stress disorder. *Neuroreport*, *14*(7), 913-916.
- Redican, E., Nolan, E., Hyland, P., Cloitre, M., McBride, O., Karatzias, T., ... & Shevlin, M.** (2021). A systematic literature review of factor analytic and mixture models of ICD-11 PTSD and CPTSD using the International Trauma Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, *79*, 102381.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K.** (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of consulting and clinical psychology*, *60*(5), 748.
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., ... & Wolf, E. J.** (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of traumatic stress*, *25*(3), 241-251.
- Ross, C. A.** (2007). Borderline personality disorder and dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, *8*(1), 71-80.
- Roszell, D. K., McFall, M. E., & Malas, K. L.** (1991). Frequency of symptoms and concurrent psychiatric disorder in Vietnam veterans with chronic PTSD. *Psychiatric Services*, *42*(3), 293-296.
- Rubin, G. J., Brewin, C. R., Greenberg, N., Simpson, J., & Wessely, S.** (2005). Psychological and behavioural reactions to the bombings in London on 7 July 2005: cross sectional survey of a representative sample of Londoners. *Bmj*, *331*(7517), 606.
- Sansone, R. A., Lam, C., & Wiederman, M. W.** (2012). The relationship between illegal behaviors and borderline personality symptoms among internal medicine outpatients. *Comprehensive psychiatry*, *53*(2), 176-180.
- Şar, V., & Öztürk, E.** (2007). Functional dissociation of the self: A sociocognitive approach to trauma and dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, *8*(4), 69-89.
- Sarıtaş-Atalar, D., Gençöz, T., & Özdemir, B.** (2019). Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Etiyoloji, Klinik. *Turkish Journal of Clinical Psychiatry*, *22*(Suppl. 1), 31-40.

- Sarıtaş-Atalar, D., Gençöz, T., & Özdemir, Ö.** (2018). Factors related to posttraumatic stress disorder and traumatic experiences: Comparative study between women who are exposed to intimate partner violence and women who are not. *Journal of Interpersonal Violence, 33*(2), 214-236.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Engel, C. C., Foa, E. B., Shea, M. T., & Chow, B. K. & Turner, C.** (2007). Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: A randomized controlled trial. *Jama, 297*(8), 820-830.
- Scoboria, A., Ford, J., Lin, H. J., & Frisman, L.** (2008). Exploratory and confirmatory factor analyses of the structured interview for disorders of extreme stress. *Assessment, 15*(4), 404-425.
- Soloff, P. H., Meltzer, C. C., Becker, C., Greer, P. J., Kelly, T. M., & Constantine, D.** (2003). Impulsivity and prefrontal hypometabolism in borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 123*(3), 153-163.
- Southam-Gerow, M. A., & Kendall, P. C.** (2002). Emotion regulation and understanding: Implications for child psychopathology and therapy. *Clinical psychology review, 22*(2), 189-222.
- Southwick, S. M., Morgan, C. A., Darnell, A., Bremner, D., Nicolaou, A. L., Nagy, L. M., & Charney, D. S.** (1995). Trauma-related symptoms in veterans of Operation Desert Storm: a 2-year follow-up. *The American journal of psychiatry.*
- Spiegel, D.** (1997). Trauma, dissociation, and memory. *Annals of the New York Academy of Sciences, 821*(1), 225-237.
- Stein, H., & Allen, J. G.** (2007). Mentalizing as a framework for integrating therapeutic exposure and relationship repair in the treatment of a patient with complex posttraumatic psychopathology. *Bulletin of the Menninger Clinic, 71*(4), 273-290.
- Stone, M. H.** (1993). *Abnormalities of personality: Within and beyond the realm of treatment.* WW Norton & Co.
- Tanır, Y.** (2016). Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Farmakolojik Tedavi Yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics, 2*(3), 59-63.
- Taviloğlu, B. Y. D. K., Turhan, G. S. D. A. N., Güloğlu, M. D. R., Aren, Ü. D. A., Pekmezci, Ü. D. S., & Yücel, Ü. D. T.** TÜRKİYE'DE TRAVMA VE ACİL CERRAHİNİN GÜNCEL DURUMU.

- Taylor, S., Asmundson, G. J., & Carleton, R. N.** (2006). Simple versus complex PTSD: A cluster analytic investigation. *Journal of anxiety disorders*, 20(4), 459-472.
- Temes, C. M., Magni L.R., Fitzmaurice, G. M., Aguirre, B. A., Goodman, M., Zanarini, M. C.** (1991) Prevalence and severity of childhood adversity in adolescents with BPD, psychiatrically healthy adolescents, and adults with BPD. *J Ment Health*, 11(3), 171-178.
- Terr, L. C.** (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *Am J Psychiatry*, 148, 10–20.
- Tokgünaydın, S., & Sütçü, S. T.** (2016). Travma sonrası stres bozukluğunun tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisinin etkililiği: Sistematik bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(Ek 1), 95-107.
- Trull, T. J., Solhan, M. B., Tragesser, S. L., Jahng, S., Wood, P. K., Piasecki, T. M., & Watson, D.** (2008). Affective instability: measuring a core feature of borderline personality disorder with ecological momentary assessment. *Journal of abnormal psychology*, 117(3), 647.
- Tummala-Narra, P.** (2014). Cultural identity in the context of trauma and immigration from a psychoanalytic perspective. *Psychoanalytic Psychology*, 31(3), 396.
- Tural, Ü., & Önder, E.** (2003). Travma sonrası stres bozukluğunun farmakolojik tedavisi. *Tamer Aker, Emin Önder (editörler). Psikolojik Travma ve Sonuçları (ss: 121-133). İçinde. İstanbul: Epsilon.*
- Türk Psikiyatri Derneği.** (2015). Ruhsal bozuklukların tanısallık ve istatistiksel el kitabı-5 (DSM-5). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- UNICEF Türkiye ve SHÇEK** (2010). Türkiye’de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması: Özet rapor
- Vallières, F., Ceannt, R., Daccache, F., Abou Daher, R., Sleiman, J., Gilmore, B., ... & Hyland, P.** (2018). ICD-11 PTSD and complex PTSD amongst Syrian refugees in Lebanon: the factor structure and the clinical utility of the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 547-557.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J.** (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 389-399.

- van Der Kolk, B., Ford, J. D., & Spinazzola, J.** (2019). Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and post-traumatic stress disorder: Findings from the DTD field trial. *European journal of psychotraumatology*, *10*(1), 1562841.
- van Dijke, A., Ford, J. D., Frank, L. E., & Van der Hart, O.** (2015). Association of childhood complex trauma and dissociation with complex posttraumatic stress disorder symptoms in adulthood. *Journal of Trauma & Dissociation*, *16*(4), 428-441.
- van Etten, M. L., & Taylor, S.** (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*, *5*(3), 126-144.
- Watkins, L. E., Sprang, K. R., & Rothbaum, B. O.** (2018). Treating PTSD: A review of evidence-based psychotherapy interventions. *Frontiers in behavioral neuroscience*, *12*, 258.
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., & Friedman, M. J.** (2013). Meta-Analysis of the efficacy of treatments. *J Clin Psychiatry*, *74*(6), e541-e550.
- Weiss, D. S.** (2012). Introduction to the special feature on complex PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, *25*(3), 239-240.
- WHO.** (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.
- WHO.** (2018). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th Revision)*. Geneva, World Health Organization.
- Widows, M. R., Jacobsen, P. B., Booth-Jones, M., & Fields, K. K.** (2005). Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health psychology*, *24*(3), 266.
- Wilson, J. P., Friedman, M. J., & Lindy, J. D.** (2001). An overview of clinical consideration and principles in the treatment of PTSD. *Treating psychological trauma and PTSD*, 59-94.
- Yazici, K., & Yazici, A. E.** (2010). Dürtüselliğin Nöroanatomik ve Nörokimyasal Temelleri/Neuroanatomical and Neurochemical Basis of Impulsivity. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, *2*(2), 254.
- Yehuda, R.** (2011). Disease markers: molecular biology of PTSD. *Disease markers*, *30*(2-3), 61-65.

- Yen, S., Shea, T., Pagano, M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., ... & Morey, L. C.** (2003). Axis I and axis II disorders as predictors of prospective suicide attempts: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Abnormal Psychology, 112*(3), 375.
- Yılmaz-Irmak, T.** (2008). *Çocuk istismarı ve ihmalinin yaygınlığı ve dayanıklılıkla ilişkili faktörler*. Yayımlanmamış doktora tezi, Ege Üniversitesi, İzmir
- Yüksel, R., & Özdemir, H.** (2012). *Akut Travma Sonrası Stres Bozukluğu. Klinik Psikiyatri, 15*(Suppl 1), 24-30.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V.** (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of psychiatry, 155*(12), 1733-1739.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R.** (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 163*(5), 827-832.