

**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**CİNSEL SALDIRI MAĞDURLARINDA TRAVMA
SONRASI STRES BOZUKLUĞU VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLER**

Dr. Reyhan DAĞ KARATAŞ

**Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**ESKİŞEHİR
2016**

**TC.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**CİNSEL SALDIRI MAĞDURLARINDA TRAVMA
SONRASI STRES BOZUKLUĞU VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLER**

Dr. Reyhan DAĞ KARATAŞ

**Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Altan EŞSİZOĞLU**

**ESKİŞEHİR
2016**

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

TC.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Dr. Reyhan DAĞ KARATAŞ'a ait "Cinsel Saldırı Mağdurlarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve İlişkili Faktörler" adlı tez çalışması jürimiz tarafından Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih: 16.03.2016

Jüri Başkanı	Doç. Dr. Altan EŞSİZOĞLU Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Üye	Prof. Dr. Gökay AKSARAY Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Üye	Yrd. Doç. Dr. Kerem Şenol COŞKUN Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun
Tarih veSayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Enver İHTİYAR
Dekan

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez danışmanım olarak çalışmamın her aşamasında bana destek olan değerli hocam Doç. Dr. Altan EŞSİZOĞLU'na; bilgi ve deneyimleri ile eğitimim süresince bana yol gösteren değerli hocalarım Prof. Dr. Cem KAPTANOĞLU'na, Prof. Dr. Gökay AKSARAY'a, Doç. Dr. Altan EŞSİZOĞLU'na, Doç. Dr. Gülcan GÜLEÇ'e, Yrd. Doç. Dr. Ferdi KÖŞGER'e, Yrd. Doç. Dr. Ali Ercan ALTINÖZ'e; tezim için olgu toplamamda yardımcı olan araştırma görevlisi arkadaşlarıma; tezimin istatistiklerinin hazırlamasında yardımcı olan Biyoistatistik Anabilim Dalı Arş. Gör. Muzaffer BİLGİN'e yardımları ve destekleri için içten teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Dağ Karataş, R. Cinsel Saldırı Mağdurlarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve İlişkili Faktörler. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2016.

Bu çalışmada, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne adli vaka olarak, cinsel saldırıya uğraması nedeniyle başvuran kişilerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) gelişiminin araştırılması; mağdurun sosyodemografik özellikleri, olayın ve saldırganın özellikleri açısından TSSB gelişen ve gelişmeyen kişilerin karşılaştırılması ve TSSB gelişimini predikte eden faktörlerin saptanması amaçlanmıştır. Çalışmaya, 01.09.2013 tarihinden itibaren 12 ay süreyle Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne, cinsel saldırıya maruz kaldığı gerekçesiyle adli vaka olarak başvuran 60 kadın alındı. Katılımcılara, DSM için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I), sosyodemografik veri formu, Travmatik Stres Belirti Ölçeği (TSBÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Kısa Form-36, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği uygulandı. Katılımcılar, TSBÖ'den aldıkları puana göre TSSB saptanan ve saptanmayan olarak iki gruba ayrıldı. Çalışmamızda, TSSB oranı %68.3 olarak saptandı. Mağdur özellikleri açısından karşılaştırıldığında, TSSB saptanan grupta kendisini alt sosyoekonomik düzeyde algılama oranının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu; olay ve saldırgan özellikleri açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında fark olmadığı; olay sonrası dönemde TSSB saptanan grubun ruhsal yardım arayışında bulunma oranının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu; olay sonrası intihar düşüncesine sahip olmanın ise TSSB gelişimini yordadığı tespit edildi. Geçmişte ekonomik güçlük ve zorunlu göç yaşamış olanlarda, cinsel saldırıya bağlı TSSB gelişme oranının anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı. TSSB gelişenlerde algılanan sosyal desteğin anlamlı düzeyde daha düşük olduğu, TSSB gelişenlerde anksiyete ve depresyon düzeylerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu, TSSB saptanan grubun SF-36'nın tüm alt ölçek puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu tespit edildi. Bu bulgulardan cinsel saldırıların, TSSB başta olmak üzere ciddi ruh sağlığı sorunlarına yol açan ve yaşam kalitesini bozan önemli travmatik olaylar olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Cinsel saldırı, cinsel travma, travma sonrası stres bozukluğu

ABSTRACT

Dağ Karataş, R. Post Traumatic Stress Disorder in the Victims of Sexual Assault and Associated Factors. Osmangazi University Faculty of Medicine Department of Psychiatry Specialty in Medicine Thesis, Eskişehir 2016. In this study, it was aimed to investigate Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) development among forensic cases referred to Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine Psychiatry outpatient clinic as a result of sexual assault, and also to compare participants who developed PTSD and not developed PTSD in terms of sociodemographic characteristics, characteristics of the event and the perpetrator, and to determine the factors predicting development of PTSD. In the study, 60 female victims of sexual assault, who referred to Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine Psychiatry outpatient clinic as a forensic case were included. Structured Clinical Interview for DSM (SCID-I), sociodemographic information form, Traumatic Stress Symptom Scale (TSSS), Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Short Form, Beck Depression Scale and Beck Anxiety Scale were carried out with all participants. Participants were divided into two groups according to their TSSS scores as group with PTSD and group without PTSD. In our study, PTSD was detected rate of %68.3. Comparing the characteristics of victims with PTSD and without PTSD, significantly higher self-perception of being in a lower socio-economic class; no significant difference in terms of characteristics of the event and the perpetrator; significantly higher rate of seeking psychological help in the group with PTSD regarding the period after the event were found, and also it was found that having suicidal thoughts after the event predicted the development of PTSD. It was detected that development of PTSD was significantly higher among the participants who had financial difficulties and forced migration in the past. It was found that perceived social support among the group with PTSD was significantly lower, anxiety and depression levels were significantly higher in the group with PTSD, and all subscale scores of SF-36 for the group with PTSD were significantly lower. As a result of these findings, it appears that sexual assaults are important traumatic events that lead to serious mental health problems, PTSD in particular.

Keywords: Sexual assault, sexual trauma, post traumatic stress disorder

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xii
1.GİRİŞ	1
1.1. Hipotezler	3
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. Travma Kavramı	4
2.2. Ruhsal Travma	4
2.3. Travma Sonrası Görülen Ruhsal Bozukluklar	5
2.4. Cinsel Travmalar	8
2.4.1. Cinsel Suç Tanımı	8
2.4.2. Cinsel Suçların Tarihçesi	9
2.4.3. Cinsel Suçlarda Epidemiyoloji	10
2.4.4. Cinsel Suçlara ve Beden ve Ruh Sağlığının Bozulması Kavramına Türk Ceza Kanunu Yönünden Bakış	11
2.4.5. Cinsel Travma Sonrasında Görülen Ruhsal Bozukluklar	13

	Sayfa
2.4.6. Cinsel Travmalar ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu	15
2.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ortaya Çıkmasında	
Etkili Risk Faktörleri	16
2.6. Cinsel Travmaların Özellikleri ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu	
Gelişmesi Arasındaki İlişki	17
2.7. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	19
2.7.1. Tanım	19
2.7.2. Tarihçe	19
2.7.3. Epidemiyoloji	21
2.7.4. Etiyoloji	22
2.7.5. Tanı ve Klinik Özellikler	29
2.7.6. Ek Tanı (Korbidite)	33
2.7.7. Klinik Seyir	34
2.7.8. Tedavi	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1. Örneklem	39
3.2. Yöntem	39
3.3. Veri Toplama Araçları	40
3.4. İstatistiksel analiz	42
4. BULGULAR	44
5. TARTIŞMA	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	58

KAYNAKLAR

60

EKLER

EK 1: Sosyodemografik Veri Formu

EK 2: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

EK 3: Travmatik Stres Belirti Ölçeği

EK 4: Beck Depresyon Ölçeği

EK 5: Beck Anksiyete Ölçeği

EK 6: Kısa Form-36 (SF-36)

EK 7: Kısa Form-36 Değerlendirme Yönergesi

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ASB	Akut Stres Bozukluğu
BAÖ	Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
CRF	Kortikotropin Salgılatıcı (Releasing) Faktör
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
GABA	Gama Amino Butirik Asit
HPA	Hipotalamik-Hipofiz-Adrenal Aks
ICD	International Classification of Diseases
LC	Locus Seroleus (Ceroleus)
MAOI	Monoamin Oksidaz İnhibitörleri
MD	Major Depresyon
MHPG	3 Metoksi-4 Hidroksi Glikoz
NE	Norepinefrin
SART	Sexual Assault Response Team
SCID	Structured Clinical Interview for DSM
SF-36	Kısa Form-36
SSGİ	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TCA	Trisiklik Antidepresanlar
TCK	Türk Ceza Kanunu

TSBÖ	Travmatik Stres Belirti Ölçeği
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund

TABLÖLAR

	Sayfa
4.1. TSSB Olan ve Olmayanların Mağdur Özellikleri Açısından Karşılaştırılması	44
4.2. TSSB Olan ve Olmayanların Olay Özellikleri Açısından Karşılaştırılması	45
4.3. TSSB Olan ve Olmayanların Saldırgan Özellikleri Açısından Karşılaştırılması	46
4.4. TSSB Olan ve Olmayanların Olay Sonrası Özellikleri Açısından Karşılaştırılması	47
4.5. TSSB Olan ve Olmayanların Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması	48
4.6. TSSB Olan ve Olmayanların Geçmiş Travmalar Açısından Karşılaştırılması	49
4.7. TSBÖ İle ÇBASDÖ, BDÖ, BAÖ Ve SF-36 Arasındaki Korelasyon Analizi	50
4.8. TSSB Gelişimini Yordayan Faktörlerin Saptanması İçin Yapılan Lojistik Regreyon Analizi	51

1. GİRİŞ

Cinsel saldırı, iç benlik uyumu ile çevre arasındaki dengeyi bozan (1) ve diğer travmalar gibi stresle ilişkili psikopatolojiyi arttıran oldukça travmatik bir olaydır (2). Cinsel saldırı gibi ağır travmatik olaylar, hem kısa hem de uzun vadede ruhsal ve sosyal sorunlara neden olmaktadır (3,4,5,6). Cinsel saldırı mağdurlarının önemli bir kısmında yaşam kalitesinde ve işlevsellikte bozulmaya yol açan kronik belirtiler gelişmektedir (7,8). Cinsel saldırıya uğrayan kişi, bu dönem içerisinde hayatı üzerindeki kontrolü kaybeder ve saldırı sonrasında günlerce hatta aylarca süren ve kişinin savunma mekanizmalarını bozup felce uğratan psikolojik reaksiyonlar gösterir (9). Cinsel saldırılar; TSSB, majör depresyon (MD), anksiyete bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, yeme bozuklukları, intihar davranışı, gastrointestinal bozukluklar, hamilelik, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar gibi önemli ruhsal ve fiziksel sorunlara yol açmaktadır (3,4,5,6). Fiziksel ve ruhsal sorunlar, zaman içerisinde azalma göstermekle birlikte, psikolojik danışmanlık ya da destek eksikliğinde en az bir yıl devam edebildiği bildirilmektedir (10).

Cinsel travmaların en yaygın sonuçlarından birisi TSSB'dir ve cinsel saldırı sonrası TSSB gelişimi, diğer travmatik olaylara göre daha sıktır (11,12). Tecavüzün, kadınlar arasında TSSB'ye en yüksek oranda neden olan travma olduğu tespit edilmiştir. Tecavüz sonrasında mağdurların yaklaşık üçte birinin TSSB tanısı aldığı belirtilmiştir (13,14). Yaşam boyu en yüksek TSSB oranı %57.1 ile tecavüz sonrasında görülmüş ve TSSB gelişimi açısından diğer travmatik olaylardan daha büyük bir risk olduğu anlaşılmıştır (15). Tecavüzün ardından, kurbanların yaklaşık %35-%50'sinde ilk 3 ay içinde TSSB gelişir ve mağdurların çoğunda kronikleşerek saldırıdan yıllar sonra da önemli bir sorun olmaya devam eder (16). Saldırı sonrası, tecavüz mağdurları ile yapılan bir çalışmada, saldırıdan sonraki 3 ay içerisinde mağdurların %47'sinde TSSB bulguları saptanmıştır (17). II. Dünya Savaşı sonunda, çatışma ile ilgili cinsel şiddete uğrayan kadınlar ile cinsel olmayan travmaya (fiziksel şiddet gibi) maruz kalan kadınların karşılaştırıldığı bir çalışmada, cinsel şiddete uğrayanlarda TSSB ile ilişkili kaçınma ve aşırı uyarılmışlık gibi anksiyete semptomlarının daha fazla olduğu saptanmıştır (18).

Cinsel saldırılar, mağdurların sosyal yaşamında da bozulmalara yol açmakta ve kimi zaman mağdurların yaşam tarzını değiştirmelerine, eskisi kadar iyi çalışamamalarına, çevre ve iş değiştirmelerine neden olmaktadır (19). Cinsel saldırı sonrası yaşanan suçlama, inanmama, etiketleme gibi olumsuz sosyal reaksiyonlar, mağdurun sosyal yaşantısını ve ruhsal durumunu etkilemektedir (10,20). Cinsel saldırı sonrasında, olumsuz sosyal reaksiyonlara maruz kalanların daha şiddetli TSSB semptomları yaşadıkları tespit edilmiştir (21).

TSSB gelişimi için risk faktörleri ve cinsel saldırının etkileri üzerine yapılan çalışmalar, konuya yaklaşırken çok çeşitli yöntemler kullanmıştır. Birçok çalışma, çok sayıdaki potansiyel risk faktörlerini saldırı öncesi değişkenler, saldırıya ait değişkenler ve saldırı sonrası değişkenler şeklinde üç kategoriye ayırma eğilimindedir (22). Saldırı öncesi değişkenler (örneğin demografik bilgiler, önceki mağduriyet ve psikiyatrik bozukluk) ve saldırı ile ilgili değişkenler (örneğin kurban-saldırgan ilişkisi, yaralanma, algılanan yaşam tehdidi), TSSB gelişme riski yüksek olan kurbanları belirlemek için klinik ortamda kullanılabilir oldukça kolay ölçülebilir değişkenlerdir. Saldırı sonrası değişkenleri (örneğin sosyal destek, baş etme stratejileri ve hukuk sisteminin etkisi) ise tecavüz sonrası ilk görüşme ile değerlendirmek zordur ve bu nedenle klinik ortamlarda öngörücü olarak değerlendirmeye daha az uygundur (23).

Cinsel saldırının ardından TSSB gelişimi için risk faktörlerinin belirlenmesi ve sonrasında erken müdahalelere imkan vermesi sayesinde yüksek risk taşıyan bu kurbanlardaki TSSB insidansı azaltılabilmektedir (24,25). Tecavüz sonrası TSSB oluşumu ve çeşitli yatkınlaştırıcı değişkenler arasındaki ilişkiyi netleştirmek için oldukça az sayıda çalışma yapılmıştır ve literatürde son derece çelişkili sonuçlar mevcuttur (23). Bazı çalışmalarda, saldırı öncesi cinsel travma mağduriyetinin TSSB gelişme riskini artırdığı tespit edilirken (26), diğer çalışmalarda bu ilişki bulunamamıştır (23). Çalışmaların çoğunluğunda, mağdur-saldırgan ilişkisi ve TSSB arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır (27,28). Bununla birlikte bazı çalışmalarda, daha önce tanımadığı biri tarafından tecavüze uğrayan kurbanlarda TSSB riskinde artış olduğu bildirilmiş (23,29), başka çalışmalarda ise partnerleri tarafından tecavüze uğrayan mağdurlarda TSSB gelişme riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (30).

Cinsel saldırı ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların çoğunluğu kesitseldir. Bu çalışmalar genellikle üniversite öğrencileri ile yapılmıştır ve geçmişte yaşanmış travmalarla olan ilişkinin saptanması katılımcıların hatırlama yeteneğine bırakılmıştır. Bu çalışmaların genel popülasyonu temsil etmesi mümkün görünmemektedir. Çok yakın geçmişte cinsel saldırıya maruz kalmış kişilerle yapılmış sadece birkaç longitudinal çalışma mevcuttur ve bu çalışmalar da seçim yanlılığı ve çok küçük örnekleme sahip olmaları bakımından eleştirilmektedir. (13,23,26,31).

Bu çalışmada, cinsel saldırı mağdurlarında TSSB gelişiminin araştırılması; mağdurun sosyodemografik özellikleri, olayın ve saldırganın özellikleri açısından TSSB gelişen ve gelişmeyen kişilerin karşılaştırılması ve TSSB gelişimini predikte eden faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

1.1 Hipotezler:

1) Geçmişteki travma maruziyeti (özellikle geçmiş cinsel travmalar) TSSB gelişme riskini artırır.

2) Cinsel saldırı mağdurlarında, TSSB gelişenlerin algıladıkları sosyal destek, TSSB gelişmeyenlere göre daha düşüktür.

3) Cinsel saldırı mağdurlarında, TSSB gelişenlerin anksiyete ve depresyon skorları, TSSB gelişmeyenlere göre daha yüksektir.

4) Cinsel saldırı sonrasında TSSB gelişenlerin yaşam kalitesinde belirgin bozulma meydana gelir ve bozulmanın düzeyi TSSB şiddeti ile orantılıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Travma Kavramı

Travma sözcüğünün kökeni Eski Yunancaya kadar uzanmaktadır ve derinin bütünlüğünün bozulduğu her tür yaralanma anlamına gelmektedir (32). Travmanın sözlük anlamı ise “bir doku veya organın yapısını, biçimini bozan ve dıştan mekanik bir tepki sonucu oluşan yara” şeklindedir. Tıp dilinde ruhsal ve fiziksel travmalar olmak üzere iki farklı anlamda kullanılmaktadır (33).

Travma, kişinin ruhsal ve bedensel varlığını farklı biçimlerde sarsan, inciten, yaralayan her türlü olay için kullanılan bir kavramdır (34). Travmatik deneyimler, sıradan şanssızlıklardan farklı olarak, bir tehdit veya şiddet ve ölümle çok yakın olma durumudur (1).

2.2. Ruhsal Travma

Ruhsal Travma; kişinin çaresizliğiyle yüz yüze gelmesi halidir. Travmatik olay; denetleme, bağlantı kurma ve anlamlandırma duyularının sağladığı doğal baş etme mekanizmalarını işlevsiz hale getirir. Travmatik olayı olağandışı kılan, diğer yaşam olaylarında uyumu sağlayan baş etme mekanizmalarını işlevsiz kılacak kadar şiddetli olmasıdır (35). Travma veya travmatik olay, sadece stres tepkisine neden olmaz aynı zamanda kişide çaresizlik ve korku yaratır (1). Travmatik olay, kişinin çaresizlik ve korkunun en uç noktaları ile karşı karşıya gelmesine neden olur ve tehdit durumuna karşı uygun yanıt verilemediğinde travmatizasyon meydana gelir (1). Psikanalitik olarak travma egonun (benliğin) üstesinden gelemeyeceği, kaldıramayacağı ağırlıkta içten veya dıştan gelen uyaranlar ile karşı karşıya kalması durumudur (34). İç ve dış kaynaklar, karşılaşılan tehditle baş etmekte yetersiz kaldığı zaman travmatizasyonun olduğu ileri sürülmüş, travmanın karmaşık doğasına dikkat çekilmiştir (1). Ayrıca ruhsal travmanın; ani, beklenmedik bir zamanda, karşı konulamaz şiddette emosyonel saldırı ya da dışarıdan bir kişiden bir dizi saldırı sonucu olduğu, travmatik olayların dış kaynaklı olduğu fakat hızlı bir şekilde zihin içerisine dahil edildiği ileri sürülmüştür (1).

Sonuç olarak; ruhsal travma, kişinin ya da yakınlarının fiziksel bütünlüğünü tehdit eden, kişinin deneyim sınırları dışında kalan olaylara verdiği yoğun korku, dehşet ve çaresizlik şeklinde tanımlanabilir (36). Travmatik deneyimler, hayatı ve

fiziksel bütünlüğü tehdit etmesinin yanında kişinin dünyadaki yeri ve kendisi hakkındaki değerlerini de tehdit eder. Bu çerçevede kendini değerli ve güvende hissetme, dünyayı adil ve güvenli bir yer olarak görme, diğer insanları iyi ve yardımsever olarak düşünme, kırılmazlık ve incinmezlik gibi duygu ve düşünceler de tehdit edilmiş olur. Bu tür deneyimler, kişinin günlük yaşantılarının dışında kalan, belirli bilişsel şemalara oturtulamayan ve dolayısıyla anlamlandırılması güç deneyimlerdir (37).

Doğal afetler ve trafik kazaları gibi kasıtlı olmayan travmatik olayların yanı sıra yaşamı tehdit eden olağanüstü ortamlarda bulunmak, cinsel taciz, tecavüz, terörist saldırılar, işkence, çocukluk çağında fiziksel ihmal ve istismar, cinsel istismar ya da duygusal ihmal ve istismar gibi insan eliyle gerçekleştirilen travmatik olayların da ruhsal travmaya yol açtığı bilinmektedir (1,36). Bu çerçevede travmatik olaylar üç ana başlıkta sınıflanabilir (38,39);

1. İnsan eliyle kasıtlı oluşturulan olaylar (işkence, tecavüz, savaş, terör eylemleri, cezaevi ve gözaltı uygulamaları vs.),
2. İnsan eliyle kaza ile meydana gelen olaylar (iş kazaları, trafik kazaları, yangınlar vs.),
3. Doğal afetler (sel, deprem, çığ, orman yangını vs.) (38,39).

Araştırmalar travmatik olabilmesi için travmatik olayla doğrudan temasın şart olmadığını (40), olayı doğrudan yaşamayan ama olaya tanık ya da olaydan haberdar olan kişilerde de ruhsal travma belirtilerinin ortaya çıkabildiğini göstermektedir (36).

Bir kişinin akut ağır travmatik bir olaydan etkilenmesi olayın şiddeti ile yakından ilişkilidir. Ancak travma ve travmatik olay karşısındaki dayanma gücü kişinin genetik yapısına, gelişimsel özelliklerine, ilişkiler üzerinden gelişen ego gücüne, böyle bir olaya hazırlıklı olup olmadığına ve daha birçok etkene bağlı olarak değişebilmektedir. Bir kişi için ağır stres tepkisi oluşturabilecek olay başka biri için aynı derecede stres tepkisine neden olmayabilir (34).

2.3. Travma Sonrası Görülen Ruhsal Bozukluklar

Travmaya maruz kalan kişiler; kişisel, toplumsal ve biyolojik etkenler, travmanın tipi, şiddeti, yaşanma biçimi ve diğer birçok etkene bağlı olarak çok çeşitli tepkiler vermektedir. Bunların neticesinde bir kısmı doğrudan maruz kalınan travmatik yaşantı ile ilişkilendirilen, bir kısmı ise travma ile dolaylı olarak

ilişkilendirilen pek çok ruhsal bozukluk ortaya çıkmaktadır (41). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Baskı (DSM V) (42) ile birlikte Travma ve Tetikleyici Etkenle (Stresörle) İlişkili Bozukluklar ana başlığı altında yeni bir kategori oluşturulmuştur. Buna göre doğrudan travma ile ilişkilendirilen ruhsal bozukluklar; TSSB, Akut Stres Bozukluğu (ASB), Uyum Bozuklukları, Tanımlanmış Diğer Örselenme ve Tetikleyici Etkenle İlişkili Bir Bozukluk, Tanımlanmamış Örselenme ve Tetikleyici Etkenle İlişkili Bozukluklar şeklinde sınıflandırılmıştır (42). Dolaylı olarak travma ile ilişkilendirilen ruhsal bozukluklar ise; MD, diğer anksiyete bozuklukları (yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, vb.), dissosiyatif bozukluklar, kişilik bozuklukları, konversiyon bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, yeme bozuklukları, uyku bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, ağrı bozuklukları, psikotik bozukluklar şeklinde sıralanabilir (33,39).

Vietnam Savaşı'na katılmış Amerikalı askerlerde TSSB dışında MD, TSSB dışı anksiyete bozuklukları ve madde kötüye kullanımı gibi ruhsal bozuklukların da yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır (44). Savaş travmasına maruz kalan ve bu nedenle evlerinden ayrılmak zorunda kalan Sri Lankalılar ile yapılan bir çalışmada MD sıklığı %22.2, anksiyete bozukluklarının sıklığı ise %32.6 olarak saptanmıştır (45). 20 yıl süren sivil savaş sonrası Sudanlılar ile yürütülen bir araştırmada MD yaygınlığı %50 olarak tespit edilmiştir (46). Irak ve Afganistan'da savaşa katılan askerlerle yürütülen iki çalışmada alkol kötüye kullanımı oranı sırasıyla %16 ile %20 olarak tespit edilmiştir (47,48).

Birçok çalışma terörist saldırılara doğrudan tanık olmuş kişilerde TSSB'nin yüksek oranlarda görüldüğünü bildirmektedir (49). Terörist saldırılar sonrası TSSB gelişimi İrlanda, İsrail, Fransa, Tanzanya (50), Amerika Birleşik Devletleri (ABD) (51), Kenya (52) ve İspanya (53) gibi ülkelerde çalışılmıştır. Terörist saldırılardan sonra yapılan çalışmalarda popülasyonda %7 ile %35 gibi yüksek TSSB oranları bildirilmiştir (52,53,54,55). Diyarbakır'da terörist bir saldırı sonucu gerçekleşen patlamaya görsel ya da işitsel olarak tanık olan kişilerle yapılan çalışmada, patlamadan bir ay sonra olaya tanık olan kişilerin %12.5'inde TSSB geliştiği ve fiziksel yaralanmanın TSSB gelişiminde risk faktörü olduğu gösterilmiştir (56). Aynı

çalışmada terörist saldırıdan 3 ay sonraki TSSB oranı ise %9.6 olarak saptanmıştır (51).

Dünyanın birçok bölgesinde depremlerden sonra farklı zamanlarda yapılan çalışmalarda TSSB, anksiyete bozuklukları ve MD gibi ruhsal bozuklukların sık görüldüğü rapor edilmiştir (57). Depremin psikolojik sonuçlarının uzun yıllar sürebildiği ve hasar/kayıp boyutu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (58). TSSB semptomlarının gelişimi ve şiddetinin ise cinsiyet, yaş, geçmiş travmalar, geçmiş psikiyatrik bozukluk öyküsü, depremin şiddeti, düşük sosyal destek ve kendisinde yaralanma olması ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (57). Pakistan'da depremi yaşayan ve kurtarma çalışmalarına katılan kişilerle yapılan bir çalışmada %42.6 oranında TSSB, %20 oranında MD ve anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir (57). Çin'de deprem sonrası ergenlerle yapılan bir çalışmada %15.8 oranında TSSB, %40.5 oranında anksiyete bozukluğu geliştiği gösterilmiştir (59). Marmara depremi sonrası farklı zamanlarda yapılan toplum tabanlı çalışmalarda TSSB oranlarının %8-63 arasında olduğu bildirilmektedir. Sağlık çalışanları ve yardım ekipleri gibi yüksek riskli gruplarda ise bu oran %2.7 -8.5 olarak tespit edilmiştir (60). Ülkemizde Ağustos 1999 depreminden sonra yapılan bir çalışmada kadınların erkeklere oranla daha ciddi psikolojik reaksiyonlar gösterdiği (61), depremden 4 yıl sonra yapılan bir çalışmada ise MD sıklığının %11.4 olduğu tespit edilmiştir (62). 1999 Marmara depreminin çocuk ve ergenler üzerindeki etkilerini araştıran bir başka çalışmada ilk ayda ASB oranı %84, uyku bozukluğu %20, MD oranı %6 olarak saptanmıştır (63). Doğu Anadolu Bölgesi'nde gerçekleşen bir deprem sonrası yapılan çalışmada, geçmişlerinde travmatik yaşam olayları olan ve deprem sonrası maddi hasar yaşayan kişilerde anksiyete düzeylerinin anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu saptanmıştır (64).

Trafik kazasına bağlı olarak oluşan önemli psikiyatrik tanılardan biri TSSB'dir. Ayrıca trafik kazası sonrasında kazazedelerde %5-20 oranında MD, %15-20 oranında yaygın anksiyete bozukluğu geliştiği saptanmıştır (65). Trafik kazası geçirenlerde TSSB görülme oranının %10-46, ASB gelişme oranının da %18-42 arasında değiştiği bildirilmektedir (66,67,68). Özaltın ve arkadaşları trafik kazası sonucu yaralanan hastaların %20'sinde ilk bir ayda ASB, %17'sinde 6. ayda TSSB ortaya çıktığını bildirmişlerdir (67). Yapılan bir çalışmada trafik kazası

mağdurlarının dörtte üçünün bir psikiyatrik bozukluk tanısını karşıladığı, kazadan en az 6 ay sonra psikiyatrik değerlendirmesi yapılan hastaların %28.6'sının TSSB tanı kriterlerini karşıladığı tespit edilmiştir (65). Trafik kazalarından sonra TSSB gelişimi ve sürekliliği ile çeşitli faktörlerin ilişkisini araştıran bir başka çalışmada ise kazadan sonraki ilk değerlendirmede, mağdurların %41.1'inde ASB tespit edilmiş, düşük algılanan sosyal destek ve yüksek peritratmatik dissosiyatif deneyim puanlarının ASB'nin önemli belirleyicileri olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada, kazadan sonra 3., 6. ve 12. ayda yapılan değerlendirmelerde, sırasıyla katılımcıların %29.8, %23.1 ve %17.9'unda TSSB saptanmış ve TSSB sürekliliğinin ASB, iş ve sosyal yaşamdaki kısıtlılıklar ve düşük sosyal destek puanları ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (69).

Tecavüz, işkence gibi insan eliyle gerçekleştirilen travmaların, doğal afet ve trafik kazalarına göre daha yüksek oranda ruhsal bozukluk geliştirme riskine sahip olduğu belirtilmiştir (70). Cinsel ve fiziksel saldırıya uğrayanlarda MD, anksiyete bozuklukları, TSSB, ASB ve cinsel fonksiyon bozuklukları yaygındır (71,72). Çocukluk çağında yaşanan fiziksel ve cinsel istismarın ruhsal bozukluk sıklığını arttırdığı (73), en sık görülen ruhsal bozuklukların sırasıyla TSSB, MD olduğu belirlenmiştir (74). İstismara uğrayan çocuk ve ergenlerde erişkin yaşlara kadar çeşitli ruhsal bozukluklar görüldüğü bildirilmektedir (75).

Psikiyatri polikliniğine başvuran veya klinikte izlenen kadınlarda yapılan çalışmalar, aile içi şiddetin psikiyatrik hasta grubunda önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır (76,77). Aile içi şiddete maruz kalan kadınlarda; TSSB, MD, intihar girişimleri, alkol ve ilaç kötüye kullanımı ve çocuklarına yönelik saldırgan davranışlar sık görülmektedir (78).

Travmatik olay sonrasında MD, anksiyete bozuklukları ve alkol kötüye kullanımı sıklığı artmış olsa da bu tanıların daha çok TSSB'ye ek olarak konduğu bilinmektedir (44).

2.4. Cinsel Travmalar

2.4.1. Cinsel Suç Tanımı

Cinsel suçlar, sözle sarkıntılıktan cinsel haz almaya yönelik eylemler ve en son noktada tecavüzü de kapsayan geniş yelpazede, hedef alınan kişinin isteği dışında yapılan tüm eylemleri içine almaktadır (79). Cinsel şiddet; "mağdurla yakınlığı ne olursa olsun, herhangi bir kişi tarafından, ev ve iş yeri ile sınırlı

olmaksızın herhangi bir yerde, kişinin cinselliğini hedef alan, olumsuz cinsel yorumlar veya eylemler veya kişiden cinselliğini kullanarak para kazanmaya yönelik diğer girişimler ya da başka türlü zor kullanarak yapılan, herhangi bir cinsel eylem veya cinsel haz elde etmeye yönelik girişim” şeklinde tanımlanmıştır (80).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından; “kişinin rızası olmadan, baskı kullanarak ya da rızasının aranmayacağı durumlarda herhangi bir cinsel davranış, girişim, cinsel içerikli sözler ile kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal zarar görmesi” şeklinde tanımlanan cinsel suç, rızası olmayan ya da rızası geçerli kabul edilmeyen kişiye fiziksel güç kullanımı, tehdit, korku, hile ve kandırma gibi zorlamalarla yapılan, cinsel içerikli ve cinsel doyumunu amaçlayan davranışların tümüdür (81). Türk Ceza Kanunu’nda (TCK) ise cinsel saldırı “cinsel davranışlarla kişinin vücut dokunulmazlığını ihlali”, cinsel istismar ise “çocuklara yönelik cinsel amaçlı saldırı” olarak tanımlanmıştır (82,83).

2.4.2. Cinsel Suçların Tarihçesi

Tarihi gelişim sürecinde farklı devirlerde toplumlarda tecavüz suçu için para cezasından kısırlaştırmaya ve hatta ölüm cezasına kadar varan cezalar uygulanmıştır. Eski çağlarda tecavüz suçu yalnız hür veya efendi olarak tanımlanan kişilere karşı işlenebiliyordu. Sahibinin kendi kölesine tecavüz etmesi doğal bir olay olarak kabul edilmekte, başkasının kölesine tecavüz edilmesi ise cezalandırılmaktaydı. Bu dönemde köleler bir mal olarak değerlendirildiği için onlara karşı işlenen suçlar mala karşı işlenen suçlar şeklinde değerlendirilmekteydi. Roma Hukuku’nda VIII. yüzyıla kadar cinsel özgürlüğe yönelik işlenen suçlardan dolayı cezalandırma aile babasının cezai yetkisine ya da Censoslara bırakılmış, imparatorluk döneminde cinsel suçlar, özgürlüğe karşı işlenen suçlar olarak kabul edilmiş, Roma Hukuku’nun son dönemlerinde ise kendi vesayeti altına bulunan kişilere tecavüz eden vasileri cezalandıran hükümlere yer verilmiştir (84).

İslam Hukuku’nda rızaya dayalı olan ya da olmayan her türlü gayri meşru cinsel ilişki zina suçuyla birlikte değerlendirilmiştir (84). Birbiriyle evli olmayan veya efendi köle durumunda bulunmayan, farklı cinsten iki kişinin birbirleriyle cinsel ilişkide bulunmaları zina sayılmış, saldırgan recm ya da sopa dayağı ile cezalandırılmıştır (84). Türk Hukuku’nda İslamiyet öncesi dönemde, cinsel suçlar karşılığında çoğunlukla ekonomik cezalar öngörülmüş, İslamiyet’in kabul

edilmesinden sonraki dönemde ise saldırganlara kürek ya da hapis cezası verilmiştir (84). Cumhuriyet döneminde ise cinsel suçlar 765 sayılı TCK'nin "Adabı Umumiye ve Nizamı Aile Aleyhinde Cürümler" başlığı altında 416-424. maddeleri arasında düzenlenmiş iken, yeni TCK'de bu konu 102-105. maddelerinde "Cinsel Dokunulmazlığa Karşı Suçlar" başlığı altında yer almıştır (85).

2.4.3. Cinsel Suçlarda Epidemiyoloji

Cinsel travma ile ilgili pek çok çalışma, özellikle kadınlar arasında cinsel saldırıya maruz kalmanın oldukça yaygın olduğunu göstermektedir (86). ABD'de yapılan bir araştırmada kadınların %13'ünün, erkeklerin %3.4'ünün hayatlarının bir döneminde cinsel saldırıya maruz kaldıkları bildirilmiştir (87). Başka bir çalışmada ise erişkin kadınlar arasında tecavüz ve cinsel saldırı sıklığının %15-25 arasında olduğu tespit edilmiştir (88). DSÖ verilerine göre yaşamı boyunca her beş kadından en az birinin cinsel saldırıya uğradığı belirtilmektedir (89).

Cinsel suçlarda mağdurların önemli bir kısmının kız çocuklarından oluştuğu bilinmekte olup United Nations International Children's Emergency Fund- Birleşmiş Milletler Uluslar Arası Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) belgelerinde, tüm dünyada kadınların %20'sinin, erkeklerin ise %5-10'unun çocukluk döneminde cinsel istismara uğradığı rapor edilmiştir (90,91,92). Yapılan bir çalışmada kadınların çocukluk döneminde cinsel istismara uğrama sıklığının %15-33 olduğu tespit edilmiştir (1). Helen Wu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşamları süresince en az bir kez cinsel saldırıya maruz kalan ergenlerin oranı %21 olarak bildirilmiştir (93). Başka bir çalışmada erkeklerin %14.2'sinde, kadınların %32.3'ünde çocukluk döneminde cinsel istismar öyküsü olduğu bildirilmiştir (94). Avrupa'da kadınların %10-20'si, erkeklerin %1-10'u 18 yaş öncesi cinsel saldırıya maruz kaldıklarını belirtmiştir (1). Ülkemizde Sakarya'da yapılan bir çalışmada, literatürle uyumlu olarak kız çocuklarda cinsel istismarın, erkek çocuklarda ise fiziksel istismarın daha sık olduğu belirlenmiştir (74, 95, 96).

Cinsel saldırılar sıklıkla mağdurun tanıdığı biri tarafından gerçekleştirilmektedir (93,97,98). Cinsel istismar olgularında zanlıların büyük kısmının tanıdık olduğu ve yabancıların uyguladığı cinsel istismar oranının düşük düzeylerde olduğu bildirilmektedir (95). Farklı çalışmalarda cinsel saldırıların yaklaşık %20-25'inin ensest olgularından oluştuğu bildirilmiştir (1). Çocuk cinsel

istismarında saldırı sıkça baba ya da erkek aile üyelerinden biri tarafından gerçekleştirilmektedir (99). Erişkinler arasında eşler tarafından uygulanan cinsel şiddet de oldukça sıktır ve kadınların %10-50'si eşinin cinsel saldırısına maruz kalmaktadır (100). Zimbabwe'de yapılan bir çalışmada kadınların %26'sı eşleri tarafından cinsel ilişkiye zorlandıklarını ifade etmiştir (99). Eşi tarafından fiziksel şiddete uğrayan kadınlarda fiziksel şiddet sonrasında cinsel ilişkiye zorlanma oranı da giderek artmaktadır (1). Gölge ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada eşi tarafından fiziksel şiddete uğrayan kadınların %56'sının fiziksel şiddet sonrasında cinsel ilişkiye zorlandıkları tespit edilmiştir (101).

Sonuç olarak cinsel suç; bütün Dünya'da bütün yaş gruplarını tehdit eden toplumsal bir sorundur. Özellikle son dönemde şiddet suçları arasında en hızlı artış gösteren suç çeşididir (102). Cinsel suçlar Dünya genelinde yaygın olmasına rağmen günümüzde dahi birçok ülkede görmezden gelinen bir insan hakları ihlalidir (100). Genel toplum çalışmaları cinsel suçların yüksek oranlarına dikkat çekerken, saptanan vakalar buzdağının sadece görünen kısmıdır. Halen cinsel suç, adli mercilere en az yansıyan gizli kalmış bir suç türüdür (103). Tüm Dünya'da cinsel saldırı olaylarının sadece %5'inin resmi mercilere bildirildiği düşünülmektedir (104). Türkiye'de ise cinsel suçlar, bütün suç türlerinin yaklaşık %3'ünü oluşturmaktadır (85, 90, 105, 106).

2.4.4. Cinsel Suçlara ve Beden ve Ruh Sağlığının Bozulması Kavramına TCK Yönünden Bakış

Yeni TCK'nin yürürlüğe girmesiyle birlikte cinsel dokunulmazlığa karşı suçlarla ilgili olarak "ruh sağlığının bozulması" kavramı çerçevesinde hukuk ve tıp alanında tartışmalar başlamıştır. Erişkin ve çocuk-ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları sık bir şekilde bu konuda rapor düzenlemektedir (107). Kişi, aile ve toplum üzerinde yaşam boyu sürebilecek etkileri yüzünden ciddi bir halk sağlığı sorunu olan cinsel suçlara verilecek cezalar hakkındaki kanunlar da, diğer kanunlar gibi kültürel ve sosyal değişimlere paralel olarak değişim göstermektedir (85). TCK'ye göre kişilere karşı işlenen suçlarda mağdur olan kişide oluşan bedensel ve ruhsal zararın ağırlık derecesi cezanın belirlenmesinde rol oynamaktadır (108). 765 sayılı TCK'nin 416-424. maddeleri arasında tanımlanan cinsel suçların ana başlığı "Adabı Umumiye ve Nizamı Aile Aleyhinde Cürümler" iken, yeni TCK'de bu konu

102–105. Maddeleri arasında “Cinsel Dokunulmazlığa Karşı Suçlar” başlığı altında tanımlanmıştır (85). 102. Maddede cinsel saldırı, 103. Maddede çocukların cinsel istismarı, 104. Maddede reşit olmayanla cinsel ilişki ve 105. Maddede ise cinsel taciz suçları tanımlanmıştır (84). Bu tanımlama ile cinsel suçlar aileyi ve genel ahlaki ilgilendiren bir konu olmaktan çıkarılmış, cinselliği kişisel bir özgürlük alanı olarak gören, toplumu ve aileyi değil, doğrudan kişinin kendisini esas alan ve onun özgürlüğünü öne çıkaran bir anlayışa geçilmiştir (109). 102. Maddede cinsel saldırı suçu ile ilgili esas alınan değer mağdurun 18 yaşından büyük olmasıdır. İlk fıkrada temel cinsel saldırı suçu düzenlenmiş olup cinsel bir davranışla bir kimsenin vücut dokunulmazlığını ihlal eden saldırganın, mağdurun şikayeti üzerine cezalandırılabileceği şartı getirilmiştir. İkinci fıkrada ise nitelikli cinsel saldırı suçu düzenlenmiş olup ayırıcı unsur bedene organ ve/veya cisim sokulmasıdır. Ayrıca evlilik birliği içerisinde cinsel saldırı suçunun gerçekleşmiş olması da düzenlenmiştir. Üçüncü fıkrada düzenlenen nitelikli haller ise; beden ya da ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan bir kişiye karşı işlenmesi, kamu görevinin ve hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuzu kötüye kullanarak işlenmesi, 3. derece dahil kan ve kayın hısımla ilişkisi bulunan kişiye karşı işlenmesi ve silahla ya da birden fazla kişi tarafından işlenmesi şeklindedir. Beşinci ve altıncı fıkralarda netice sebebiyle ağırlanmış cinsel saldırı suçu tanımlanmış olup bunlar mağdurun beden ve ruh sağlığının bozulması, suç sonrası mağdurun bitkisel hayata girmesi ve ölümüne neden olmasıdır (84). 5237 Sayılı TCK’de cinsel dokunulmazlığa karşı suçlar tanımlanırken, 765 Sayılı TCK’deki ırza tasaddi, ırza geçme, söz atma, sarkıntılık kavramları bırakılmış, bunların yerine cinsel saldırı, cinsel istismar, cinsel taciz, reşit olmayanla cinsel ilişki gibi yeni kavramlar getirilmiştir (84). Irz kavramı temelde ataerkil bir yaklaşımı tanımlar ve kadının ırzı ve namusu “toplumsal bir mal, erkeğin bir malı olarak” görülmesinin bir yansımasıydı. Yeni düzenleme cinsel saldırı suçunda gerek saldırgan ve gerekse de mağdur yönünden kadın-erkek ayrımını kaldırmış, cinsel saldırıyı kişiye karşı bir suç olarak değerlendirmiştir. Yeni yasa ile bekâret kavramı da değersiz kılınmıştır (85,110). TCK’nin kişilere karşı suçlar başlığı altında bulunan vücut dokunulmazlığına karşı suçlar bölümünde travmaya uğrayan mağdurun travmadan gördüğü zarar öne çıkarılmış, ceza zararın ağırlık derecesine göre belirlenmiştir (108). Aynı sistematik TCK’nin 102 ve 103.

maddelerinin 5 ve 6. fıkralarında da gözetilmiş ve görülen zarara bağlı olarak beden ve ruh sağlığının bozulması ve mağdurun bitkisel hayata girmesi ya da ölümüne yol açan bir eylem olması cezayı arttırıcı etkenler olarak kabul edilmiştir (85,108).

Son olarak, 28 Haziran 2014 tarih ve 29044 sayılı Resmi Gazete 'de yayınlanan TCK ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'da, TCK'nin cinsel suçlarla ilgili 102., 103., 104. Maddelerinde değişikliğe gidilmiş olup yapılan bu değişiklikle 102 ve 103. Maddelerin “ruh ve beden sağlığının bozulması” halinde ceza artırımını ön gören fıkraları çıkarılmıştır. Bu fıkraların çıkarılmış olması, bundan sonra cinsel suç mağdurlarında, hiç ruhsal değerlendirme yapılmayacağı algısına sebep olmuşsa da, cinsel suç olgularında ruhsal değerlendirmenin muayenenin bir parçası olduğu ve tanıyı destekleyici değeri ortadadır (111).

2.4.5. Cinsel Travma Sonrasında Görülen Ruhsal Bozukluklar

Cinsel saldırılar, mağdurun iç benlik uyumu ile çevre arasındaki uyumu bozan travmatik olaylardır (1). Fiziksel, psikolojik ve sosyal etkileri nedeni ile en ağır travmatik yaşantılardan biri olarak kabul edilmektedir. Cinsel saldırı kişinin vücut bütünlüğü ve zaman zaman yaşamını tehdit eden, kişide yoğun bir heyecan ve korkuya neden olan travmatik bir deneyimdir. Cinsel saldırı, diğer travmatik deneyimlerde olduğu gibi, kişinin yaşamı üzerindeki kontrolünü kaybettiğini hissetmesine ve sonrasında günlerce hatta aylarca süren ve savunma düzeneklerini bozup felce uğratan ruhsal reaksiyonlar göstermesine neden olur (39). Cinsel travmalar sonucu kişide meydana gelen ruhsal reaksiyonlar farklı seyretmekte olup travma sonrası süreçte diğer farklı yaşam olayları, sosyal destek yokluğu, araya giren ek tanılar tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir. Hastaların küçük bir kısmının tam düzeldiği, büyük bir kısmında hafif bulguların rezidüel olarak kalabildiği, %10 vakada ise semptomların hafiflemeyen kronik gidiş gösterdiği bildirilmektedir (108).

Cinsel saldırı vakalarının birçoğunda fiziksel bulgu saptanamadığı ve bu nedenle tanı konulması ve mağdurların rehabilitasyonu aşamasında ruhsal muayenenin önem teşkil ettiği bildirilmiştir (112,113). Cinsel travmaların birçok ruhsal bozukluğa zemin hazırladığı bilinmektedir. TSSB, MD, anksiyete bozuklukları, uyum bozuklukları bu bozukluklardan en sık görülenlerdir (1,113,114). Bununla birlikte düşük benlik saygısı, alkol ve diğer madde bağımlılıklarının, birçok

kişilik ve davranış bozukluğunun cinsel travma öyküsü ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (113,114). Yapılan bir çalışmada çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kaldığını bildirenler arasında MD, fobi, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluğu, TSSB, cinsel işlev bozuklukları ve intihara teşebbüs gibi ruhsal bozukluk ve sorunlar daha yüksek oranda bulunmuştur. Psikiyatrik hastalarla yapılan bir araştırmada hastaların %57'sinde cinsel ve fiziksel istismar öyküsü olduğu tespit edilmiştir (1).

Cinsel travma deneyimi olan kadınların yaşadıkları çaresizlik, utanç ve suçluluk gibi duygular MD gelişimine yol açabilmektedir. Bu yüzden cinsel travma sonrası MD gelişimi de en az TSSB gelişimi kadar muhtemeldir (80). Yapılan bir çalışmada cinsel saldırıya maruz kaldıklarını bildirenlerde depresif bulguların saldırı bildirmeyenlere göre 4 kat fazla olduğu saptanmıştır (93). Eşleri tarafından fiziksel ve cinsel travmaya maruz kalan kadınlarda MD, yüksek düzeyde alkol kullanımı ve benlik saygısı yitimi görülmektedir (1). Cinsel travma mağduru TSSB ve MD'li kadınların sadece TSSB'li kadınlarla karşılaştırıldıkları bir çalışmada, depresyon ve travma belirtilerinin daha şiddetli olduğu ve daha yüksek oranda travmayla ilişkili bilişsel çarpıtmalarının olduğu saptanmıştır (115).

Erken yaşta başlayan ve yineleyici nitelikli çocukluk çağı cinsel istismarı ile disosiyasyon arasındaki ilişki çeşitli çalışmalarda ortaya konmuştur. Çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kaldığını bildiren kişilerin %38-60'ının yaşadıkları travmatik deneyime amnezik oldukları anlaşılmıştır (1). İntihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı olan psikiyatrik hastalarda çocukluk dönemi travmatik deneyimleri ve disosiyatif yaşantıların diğer hasta grubuna göre oldukça sık olduğu bildirilmektedir (1). Psikiyatrik hastalarla yapılan bir çalışmada cinsel ve fiziksel istismar öyküsü olanlarda alkol kötüye kullanımı istismar öyküsü olmayanlardan iki kat, borderline kişilik bozukluğu tanısının dokuz kat fazla olduğu bulunmuştur (1).

Endişe ve korkunun tüm tecavüz mağdurları tarafından hissedildiği ve bu duyguların doğrudan saldırıya bağlı olan durumları kapsadığı bildirilmiştir. Mağdurlarda, cinsel travmanın yol açtığı korku ve yeni bir saldırıdan kaygı duyma oldukça sık görülür ve toplumdan soyutlanma ve bağımsız hareket edebilmekte

zorlanma (evde yalnız kalabilme, yalnız başına dışarı çıkabilme vs.) ortaya çıkar (1).

Cinsel travma sonrası cinsel işlev bozukluklarının uzun zaman sürmesinin önemli bir sorun olduğu bilinmektedir. Travmadan 1 ay sonra mağdurların %51'i cinsellikten korkma, tikslenme, istek ve uyarılma sorunları, orgazm sorunları gibi cinsel sorunların bir ya da daha fazlasını yaşadıklarını, %71'inde saldırıdan 1 yıl sonra da bu sorunların bir ya da daha fazlasının sürdüğü bildirilmiştir (116).

Ayrıca her travmatik deneyimin özellikleri, travmanın mağdur açısından ortaya çıkardığı sonuçlar, olayın mağdur tarafından yorumlanma ve algılanma biçimi, olay sonrası mağdurun çevresinden aldığı destek gibi faktörlerin ruhsal bozukluk gelişmesinde son derece etkili olduğunu belirtmek gerekir (70).

2.4.6. Cinsel Travmalar ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu

1970'li yıllara kadar travmaya bağlı bozuklukların sadece savaş yaşamış kişilerde ve askerlerde görüldüğü sanılırken, 1970–1980 yılları arasında aile içinde yaşanan şiddet ve cinsel travmaların gün yüzüne çıkarılması ile cinsel, fiziksel travma ve savaş deneyiminin aynı sendroma yol açtığı fark edilmiştir (85). Anne Burgers ve Linda Holmstrom, 1974 senesinde cinsel travma sonrası görülen ruhsal reaksiyonları “tecavüz travma sendromu” olarak tanımlamıştır (117). Bu tanımlamada mağdurlarda korkutucu yeniden yaşantılama ve kabusların savaş sonrası travmalardakine benzer biçimde görülmesi dikkat çekicidir. Cinsel travmaya maruz kalan mağdurlar ile görüşüldükçe mağdurların travma sonrasında uykusuzluk, bunaltı, irkilme tepkileri, kabuslar ve disosiyatif belirtiler yaşadıkları belirlenmiştir. Bu belirtilerin savaş sonrasında askerlerde görülen TSSB belirtilerine fazlasıyla benzediği fark edilmiştir (85).

Tecavüze uğramış, yaşamı tehdit edilmiş ve fiziksel saldırıya uğramış kişilerin %80'inde TSSB geliştiği bildirilmiştir (39,85). Travmatik yaşantıların; gasp, cinsel saldırıya uğrama, yangın, trafik kazası, örseleyici bir ölüme tanık olma, savaş alanında bulunma, fiziksel bir saldırı yaşama ve diğer felaketler olarak 10 farklı gruba ayrıldığı bir çalışmada, en yüksek TSSB yaygınlığı %14 ile cinsel saldırıya maruz kalan kişilerde bulunmuş, bunu %13 ile fiziksel saldırıya uğrayanlar, %12 ile trafik kazası geçirenler takip etmiştir (39).

2.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ortaya Çıkmasında Etkili Risk Faktörleri

Literatürde ruh sağlığı, “kişinin kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi” şeklinde tanımlanmaktadır. Travmatik olaylar ruhsal bozuklukların en önemli nedenlerinden birisidir ve kişinin ruh sağlığını bozarak dayanıklılığını azaltmakta, ruhsal bozukluklara yatkınlık oluşturmaktadır (108). Ne var ki travmatik olayın kendisi tek başına bozukluğa yol açmaya yetmemektedir (33). Travmatik bir deneyim yaşayan kişilerin büyük çoğunluğu olayı ruhsal sorunlar geliştirmeden atlatabilmektedir (39).

TSSB gelişmesinde üç etkenin önemi vurgulanmaktadır. Bunlar; travmatik olaya ilişkin etmenler, travma ile karşılaşan kişinin özellikleri ve çevresel etmenlerdir (118). Ayrıca etnik-kültürel faktörler de kişide TSSB gelişme olasılığında ve tedaviye verdiği cevapta önemli rol oynayabilmektedir (39). Etiyolojisi temel olarak travmatik olayın rol oynadığı TSSB'nin oluşmasında birçok faktörün etkili olduğu bilinmektedir (119). Aynı travmatik olayı yaşayan kişilerin tümünde TSSB gelişmemektedir. Benzer şekilde, sıradan gibi görünen veya birçok kişi için felaket gibi görülmeyen bazı olaylar, söz konusu deneyimin kişi için öznel bir anlamının olması nedeniyle TSSB'ye yol açabilmektedir (34, 36). Travmaya neden olan olayın kişi için öznel anlamı olmasının önemi üzerinde giderek fikir birliğine varılmaktadır. Travmanın kişideki bu özneliliğinin etiolojisinde etnik, kültürel, psikolojik, biyolojik, ailesel ve sosyal etkenlerin rol oynadığı düşünülmektedir (39). Kadın cinsiyet, bekar, dul veya boşanmış olma, düşük sosyoekonomik düzey, düşük eğitim düzeyi, çocukluk çağında travmaya maruz kalma, sosyal destek azlığı, bazı kişilik özellikleri (borderline, paranoid, antisosyal ya da bağımlı kişilik özellikleri taşıma, içe dönüklük, dışsal kontrol odağının yüksek olması), kişisel veya ailesel psikiyatrik bozukluk öyküsü yatkınlığı oluşturan etkenler arasındadır (36, 40, 119). Kişinin yatkınlığını oluşturan nedenler, travmatik olayın algılanan şiddetini etkileyerek travma karşısında verilen ruhsal reaksiyonun şiddetini arttırmaktadır. Ağır travmatik olaylarda kişisel yatkınlığı oluşturan etkenler geriplanda iken, bu etkenler hafif travmatik olaylarda öne çıkmaktadır (33,39). İşlevsel olmayan başa çıkma yöntemleri, kişinin kurtulma ile ilgili duyduğu suçluluk duygusu, aşırı öfke duyma, kişinin travmaya yüklediği anlam, yakın zamanda

yaşanan olumsuz yaşam olayları, alkol veya madde kötüye kullanım öyküsü olması da yatkınlığa neden olmaktadır (119).

Travmatik olaya ilişkin etkenler arasında; olaya maruz kalma süresinin uzun olması, travmatik olayın ani olması (hazırlıksız yakalanma), katastrofik olması, doğal bir afetten çok insan eliyle oluşturulması, ölüm tehdidi içermesi, gaddarlık ve insanlık dışı bir olayı içermesi, çok sayıda kişinin maruz kalması, kayıp yoğunluğu bulunmaktadır (34, 36, 39). Ayrıca kişinin bedensel bütünlüğünün bozulması ve travmatik olaya çevresindekilerle birlikte maruz kalması da travmanın şiddetini arttıran etkenler arasında sayılabilir (88,119).

Travmatik deneyimden sonra gelişen olumsuz yaşam olayları da TSSB gelişmesine ve belirtilerinin direnç kazanmasına sebep olmaktadır. Bunlar; artçı depremlerde olduğu gibi travmanın tekrarlanması, aileden ayrılma, göç, barınma ve işsizlik gibi problemler, daha önce sunulan hizmetlerin kaybı gibi sorunlardır ve bunlar psikiyatrik morbiditenin artmasına sebep olur. Travmatik yaşantıyı izleyen günlerde kişilerin olaydan sorumlu tutulmaları veya kendi kendilerini sorumlu tutmaları nedeniyle retravmatizasyon geliştiği bildirilmektedir. Travmatik olay sonrasında yaşanan ortamın destekleyici olup olmaması, kişinin yardım ağı ve destek kaynakları, bu destek kaynaklarından yararlanabilmesinin kolaylığı ya da zorluğu travmanın etkisinin çabuk atlatılıp atlatılamayacağını, TSSB'nin kronikleşip kronikleşmemesini belirleyen önemli etkenlerdir (39).

2.6. Cinsel Travmaların Özellikleri ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Gelişmesi Arasındaki İlişki

TSSB, tecavüz ve diğer cinsel saldırılarda yaygın olarak görülür. Cinsel travma mağdurları ile diğer travmatik olaylara maruz kalan mağdurlar arasında TSSB risk faktörlerinin farklılık gösterdiği saptanmıştır. Bu nedenle hangi risk faktörlerinin TSSB ortaya çıkma riskini arttırdığının ya da azalttığına incelenmesinin önemine dikkat çekilmiştir. Bu risk faktörleri saldırı öncesi, saldırı ile ilişkili ve saldırı sonrası faktörler olarak sınıflandırılmaktadır (120). Çocukluk çağı cinsel travma maruziyeti, TSSB gelişmesinde etkili çok güçlü bir travma türü olduğu bilinmektedir (1). Cinsel saldırı mağdurları ile yapılan kesitsel çalışmalarda, genel olarak geçmişteki travmaların (özellikle de cinsel travma mağduriyetinin) cinsel saldırı sonrasında TSSB gelişme riskinde artış ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Literatürde kişinin

yaşamına beklenmedik şekilde ve zorla girmesi bakımından, tecavüzün benzersiz bir travma türü olduğuna dikkat çekilmektedir. Penetrasyon içeren cinsel travmaların TSSB ile sonuçlanmasının daha muhtemel olduğu, ayrıca saldırgan sayısının ve kurbanın saldırganla olan ilişkisinin TSSB gelişmesi üzerinde etkili olabileceği belirtilmektedir (120). Cinsel saldırıların çoğu mağdurun tanıdığı biri tarafından gerçekleştirilmektedir. Farklı çalışmalarda cinsel saldırıların yaklaşık %20-25'ini ensest vakalarının oluşturduğu bildirilmiştir. Erken yaşta cinsel travma maruziyetinin, saldırganın tanıdık olup olmasının da travmanın şiddetini etkilediği, tanıdık biri tarafından cinsel saldırıya maruz kalan mağdurun iyileşmesinin diğerlerine göre farklılaştığı ve mağdurda daha fazla ruhsal bozukluk gözlemlendiği bildirilmiştir (1). Cinsel saldırı mağdurları ile yapılan prospektif bir çalışmada saldırının özellikleri (saldırganın mağdurla ilişkisi, saldırgan sayısı, saldırının niteliği), algılanan sosyal destek ve geçmişteki cinsel travma maruziyeti ile TSSB şiddeti arasında anlamlı ilişki saptanmadığı bildirilmiştir. Bununla birlikte, tanıdık veya yabancı biri tarafından saldırıya uğramanın mağdur için farklı bir anlamı olsa da aynı düzeyde TSSB şiddetine yol açtığı belirtilmiştir. Genel olarak saldırıya spesifik değişkenlerin TSSB oluşması ve şiddeti ile belirgin ilişkisine rağmen TSSB için önemli yordayıcılar olduğu gösterilememiştir (120). Demografik özellikler, saldırı öncesi, saldırı sırası ve saldırı sonrası faktörlerin ve kişisel faktörlerin ruh sağlığı üzerindeki etkilerinin değerlendirildiği bir başka çalışmada ise cinsel saldırının organ sokma ya da basit cinsel saldırı şeklinde gerçekleşmesi arasında ruh sağlığının bozulması açısından fark olmadığı, ancak cinsel saldırının anal yoldan gerçekleşmesi halinde ruh sağlığının bozulma olasılığının yükseldiği saptanmıştır. Aynı çalışmada saldırganın tanıdık olmamasının ruh sağlığının bozulması açısından fark oluşturduğu, cinsel saldırıya ek olarak hürriyetten yoksun bırakmanın da bulunmasının ruh sağlığının bozulmasında etkili olduğu, ayrıca cinsel saldırı mağdurlarının erken dönemde psikiyatrik tedaviye yönlendirilmelerinin hastalığın kronikleşme oranını azalttığı tespit edilmiştir (108). Bunların yanı sıra saldırı sonrasındaki psikososyal faktörlerin, kişisel özellikler, geçmişteki cinsel travma maruziyeti ve suçun karakteristiklerine göre TSSB semptomlarında daha fazla etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Sosyal destek de saldırı sonrası faktörlerden birisidir ve sosyal desteğin saldırıyla ilgili olarak tecavüz mağdurlarında gelişen TSSB ile

anlamli ilişkisi olduğu gösterilmiştir (120). Travmatik etkilenme şiddetinin, kişinin yaşadığı sosyal çevrenin travmatik tecrübeye verdiği tepki ile de alakalı olduğu bildirilmiştir. Ailesi, eşi, erkek arkadaşı ve arkadaşlarından alacağı desteğin mağdurun travma ile başa etmesinde çok önemli bir rol oynadığı, saldırıyı algılamasında farklılık yarattığı belirtilmiştir (1).

2.7. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

2.7.1. Tanım

TSSB, ilk kez DSM-III (1980) sınıflamasında tanımlanmış ve anksiyete bozuklukları başlığı altında yer almıştır (36). TSSB, travmatik bir olayı takiben (olayı doğrudan yaşama, olaya tanıklık etme, olaydan haberdar olma, olayın olumsuz ayrıntılarıyla yineleyici bir biçimde ya da aşırı düzeyde karşı karşıya kalma yollarından biriyle travmatik olayla karşılaştıktan sonra) başlayan, bir aydan uzun süren travmatik olaya ilişkin istenç dışı gelen belirtiler, travmatik olaya ilişkin uyaranlardan sürekli bir biçimde kaçınma, travmatik olaya ilişkin bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler olması, travmatik olayla ilişkili uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklikler olması (her an tetikte olma, abartılı irkilme tepkisi, öfke patlamaları vs.) gibi spesifik belirtilerle seyreden, klinik açıdan belirgin bir sıkıntının yanı sıra toplumsal, mesleki alanlarda veya işlevselliğin diğer alanlarında bozulmaya yol açan ruhsal bir bozukluk şeklinde tanımlanabilir (42).

2.7.2. Tarihçe

Travmatik deneyimlerin ruh sağlığı üzerindeki etkileri ile ilgili literatür çok eskiye uzanmaktadır. Travma sonrası meydana gelen birtakım ruhsal ve bedensel belirtilerin, tıbbi bakış açısıyla ilk tanımlamalarına savaş psikiyatrisi metinlerinde rastlanmaktadır (40). Travma ve etkileri ile ilgili bulgular tarihsel süreçte Truva savaşına kadar dayanmaktadır. Savaşan askerlerde ruhsal ve fiziksel tükenmeyi betimlemek için 19’uncu yüzyılda ‘‘Asker kalbi’’ deyimini kullanılmıştır (119). Sonraki tarihsel süreçte muharebe yorgunluğu, savaş nevrozu, nostalji, irritable kalp, savaş şoku, nrosirkulator asteni gibi tanımlamalar yer almıştır (40,119).

II. Dünya Savaşı’ndan sonra kullanılan isimler ve yapılan tanımlamalar daha gerçekçi ve açıklayıcı bir hal almaya başlamıştır (119). Travmatik yaşantının ruh sağlığı üzerine etkileri II. Dünya Savaşı sonrasında ve özellikle toplama kamplarında kalan kişilerde gözlemlenmiştir. II. Dünya Savaşı’nda yapılan gözlemlere dayanarak

“Büyük Stres Reaksiyonu” olarak adlandırılmış ve böylece ilk olarak DSM-I’de (1952) yer almıştır. DSM-II’de (1968) ise erişkin yaşamda travma ile gelişen uyum bozukluğu olarak ifade edilmiş “Geçici Ruhsal Bozukluk” olarak adlandırılmıştır. 1970’lere gelindiğinde Vietnam gazileri ile yapılan çalışmalar sonucunda travmanın insan üzerindeki etkisi yeniden değerlendirilmiş ve sonuç olarak DSM-III’de (1980) “Travma Sonrası Stres Bozukluğu” adı ile anksiyete bozuklukları arasında sınıflandırılmıştır (1). DSM-III’ün gözden geçirilmiş şekli olan DSM-III-R’de (1987) TSSB’ye yol açabilecek travma kavramı “Kişi, olağan insan yaşantısının çok dışında, hemen herkes için belirli bir sıkıntı kaynağı olabilecek bir olay yaşamıştır” şeklinde ifade edilmiştir (121). Benzer şekilde Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması Onuncu Baskısı’nda (ICD-10) travma için; “kişiyi tehdit eden ya da yıkıcı nitelikte”, “Bu olay hemen herkeste ciddi bir sıkıntıya yol açabilecek” gibi tanımlamalar kullanılmıştır (39) ve bu haliyle DSM-III-R’nin travma tanımına çok benzerdir. Bu tanımlamalar iki yönüyle eleştirilmiştir. İlki, olağan insan yaşantısını nesnel olarak tanımlamanın olanaksız olmasıdır. Bir kişi için olağan sayılan bir deneyim başkası için olağanüstü olabilir. Bunun ruhsal, toplumsal, kültürel, sınıfsal vb. belirleyicileri mevcuttur ve bunlar kişiden kişiye farklılık gösterir. İkincisi ise “herkes için belirgin bir sıkıntı kaynağı olabilecek” olaylar için evrensel bir tanım yapılmasının imkansız olmasıdır. Travmatik olayın şiddeti yanında, kişinin travmayı nasıl algıladığının yani öznel yargısının, travmanın ruhsal etkileri açısından önemi büyüktür. Başka bir ifadeyle benzer travmatik olaylar, farklı kişilerde farklı etkiler oluşturabilir. Bu eleştiriler dikkate alınarak DSM-IV’te (1994) travmanın tanımı değiştirilerek kapsamı genişletilmiştir. Travmatik olayın tanımlanmasında hayatı tehdit eden ağır hastalık, fiziksel olmayan saldırılar, uygun olmayan cinsel deneyimler gibi travmatik olaylar da yer almıştır (119). DSM-III-R’de, bir olayın travmatik olup olmadığına, o olayın soyut bir kişi üzerindeki beklenen etkileri dikkate alınarak karar verilirken, DSM-IV’te kişinin o olayla ilgili öznel yaşantısının ne olduğuna daha fazla önem verilmiştir (39). DSM-IV çerçevesinde ikincil travmatizasyonun, yani travmatik olayın, olayı doğrudan yaşamayan ancak haberdar olan kişiler üzerindeki etkilerinin TSSB’ye neden olabileceği kabul edilmiştir (121). DSM-IV’te ayrıca belirtilerin süresine göre de tanımlamalar yapılmıştır. Belirti süresine göre 2-30 gün süren belirtiler için ASB, 3 aydan kısa süren belirtiler için akut TSSB, daha uzun süren

belirtiler için ise kronik TSSB tanımlaması kullanılmıştır (119). Travmatik olay yaşandıktan 6 ay sonra TSSB ortaya çıkması ise geç başlangıçlı TSSB olarak tanımlanmıştır (36).

Son olarak 2013’ de yayınlanan DSM-V ile birlikte TSSB, anksiyete bozuklukları başlığı altından çıkarılmış ve Travma ve Tetikleyici Etkenle (Stresör) İlişkili Bozukluklar arasında yeniden sınıflandırılmıştır. Yeni sınıflamada DSM-IV’te bulunan A2 kriteri (kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır) kaldırılmış olup yerine, travmatik olay ile karşılaşmanın yolları sıralanmıştır. Yine travmatik olaylara elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema veya görseller aracılığıyla maruziyet dışlanmıştır. Önceki DSM’lerde yer alan “kendinin ve başkalarının fiziksel bütünlüğü” ifadesi çıkarılmış ve ilk defa “cinsel saldırı” ifadesine yer verilmiştir (42).

2.7.3. Epidemiyoloji

Travmatik olayların ortaya çıkardığı ruhsal bozuklukların epidemiyolojisine ait ilk verilere, Vietnam savaşı, doğal afetler gibi insanların grup halinde travmayla karşılaştıkları olaylarda rastlanmaktadır (40). TSSB gelişimi, toplumların sahip olduğu travmatik deneyimlerin şiddetine, travma öncesi, sonrası ve sonrası ile ilgili birçok etkene, sosyal destek düzeyine, kişinin travmatik olay karşısındaki duyarlılığına ve toplumsal kültürel farklılıklara göre değişiklik gösterebilmektedir (119). TSSB’nin sıklığı toplumdan topluma büyük değişiklikler gösterdiğinden genel sıklık ve yaygınlık oranını belirlemek oldukça güçtür (34). Genel popülasyon çalışmalarında TSSB yaygınlığının %8–16 arasında olduğu bildirilmiştir (85). ABD’de yapılan çalışmalara dayanarak yaşam boyu yaygınlık oranı %1.0-1.3 ile %7.8-9.2 olarak bulunmuş, kadınlarda erkeklere oranla iki kat fazla görüldüğü bildirilmiştir (34). Farklı merkezlerde yürütülen epidemiyolojik çalışmalarda TSSB prevalansının %2-16 arasında değiştiği gösterilmiştir (122). Türkiye’de yapılan yeterli çapta ve sayıda çalışma bulunmama ile birlikte yapılmış olan sınırlı sayıdaki çalışmada deprem sonrası yaşam boyu TSSB oranının %14.6 olduğu bildirilmiştir (123).

İnsanların yaklaşık %80-100’ünün yaşamları boyunca en az bir kez travmatik şiddette bir yaşam olayına maruz kalabileceği tahmin edilmektedir (119). Farklı kültürlerde yürütülen çalışmalarda erkeklerin kadınlara göre daha fazla sayıda

travmatik olaylarla karşılaştığı belirlenmiştir (36). Yaşam boyu travmatik olaya maruz kalma sıklığı erkeklerde daha fazla iken travmatik olay sonrası TSSB gelişme oranı kadınlarda daha yüksektir (66). ABD’de yürütülen bir ulusal komorbidite çalışmasında erkeklerin %60.7, kadınların %51.2 oranında en az bir travmatik yaşam olayına maruz kaldıkları saptanmıştır (108). Erkekler daha çok kaza, fiziksel saldırı, tehdit ve savaş gibi travmatik olaylarla karşılaşırken, kadınlarda ise cinsel travmalar ve çocukluk çağı kötüye kullanımı önde gelen travma nedenleri olmuştur (108,119). Travmatik olay sonucu oluşan ruhsal sorunlar açısından cinsiyetler arasında farklılıklar mevcuttur. TSSB’nin kadınlarda erkeklere oranla iki kat fazla görüldüğü bildirilmiştir (34). Farklı çalışmalarda bu oranların kadınlarda %10.4-19, erkeklerde ise %5-10 arasında olduğu tespit edilmiştir (34, 36, 119). Cinsel saldırı ve aile içi şiddetin kadınlarda TSSB gelişimi ile daha fazla ilişkili olduğu, askeri çatışmanın ise erkeklerde kadınlara göre daha fazla TSSB’ye neden olduğu bildirilmiştir (65, 124). Yine yaşam boyu yaygınlık ve hastalığın kronikleşmesi kadınlarda daha fazladır (36).

Doğal afetler sonrası TSSB sıklığının, genel olarak insan eli ile gerçekleşen travmalardan daha düşük olduğu (125), özellikle tecavüz ve cinsel saldırı gibi insan eli ile gerçekleşen travmatik olaylarda TSSB gelişme riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (126). Travmanın niteliğinin de TSSB gelişme riski üzerinde etkili olduğu vurgulanmaktadır. Yaşam boyu TSSB görülme oranının %1.35 olarak bulunduğu bir çalışmada fiziksel saldırı mağdurlarında bu oranın %3.5, savaş gazilerinde ise %6.3 olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde kadınlarda tecavüz sonrası TSSB gelişiminin %48.4 bulunduğu bir çalışmada erkeklerde beklenmedik ölüm veya ciddi yaralanma sonrası %10.4 oranında TSSB geliştiği bildirilmiştir (119).

Diğer anksiyete bozuklukları için genel olarak bir başlangıç yaşı tanımlanabilmekle birlikte TSSB için bu söz konusu değildir (40).

2.7.4. Etiyoloji

TSSB etyolojisi ile ilgili olarak araştırmaların son yıllarda, diğer anksiyete bozukluklarında olduğu gibi nörobiyolojik alana yoğunlaştığı görülmektedir. TSSB’de beyindeki noradrenerjik, serotonerjik, dopaminerjik ve opioid sistemlerin üzerinde durulmaktadır (34).

Biyolojik Etkenler

a) Genetik Etkenler

TSSB'nin, temelde travmatik bir olay sonrasında gelişmesi, bu bozuklukla ilgili genetik çalışma yapılmasını güçleştirmektedir (40). I. ve II. Dünya Savaşı'na ait olan veriler, TSSB tanısı alan veya o tanı kategorisine girebileceği düşünülen askerlerin kontrollere göre ailelerinde ve akrabalarında daha yüksek oranda ruhsal bozukluk olduğuna işaret etmektedir (119). Benzer şekilde TSSB tanısı alan hastaların birinci derece akrabalarında diğer anksiyete bozukluklarının sıklığının daha yüksek olabileceği belirlenmiştir. Ailede madde kötüye kullanımı, anksiyete bozukluğu ve depresyon öyküsünün varlığı TSSB gelişimi için risk faktörü olarak bildirilmiştir. Vietnam savaşına katılmış askerlerde tek ve çift yumurta ikizleri ile yapılan çalışmalar anlamlı genetik etkilenmenin olduğunu, TSSB'de kalıtsallığın %21 ile %37 arasında değiştiğini göstermiştir (127). Ailede olan ruhsal bozukluğun TSSB'nin belirti dağılımında etkili olduğu bildirilmiştir (128).

b) Nörotransmitter Çalışmaları

Nöradrenerjik Sistem: TSSB'de en çok incelenen sistem nöradrenerjik sistemdir (36). Vücudun travmatik olaya olan nöroendokrin yanıtında kortikotropin salgılatıcı faktör (CRF) ve otonomik sinir sisteminin sempatik regülasyonunu sağlayan lokus seroleus (LC)-norepinefrin (NE) yolağı önemli rol oynar (119). NE organizmanın tehlikelerle verdiği yanıtta önemli rol oynamaktadır. LC "travma merkezi" olarak isimlendirilmiştir. Korku ve alarm için verilen yanıtlara aracılık eder (73). Sempatik sistemin deşarjı sonrası meydana gelen anksiyete, korku, uyanıklık, tetikte olma hali, seçici dikkatte artış organizmanın kendini korumaya yönelik olan biyolojik cevaplarıdır. Travmatik olayın presinaptik α_2 noradrenerjik otoreseptör duyarlılığında azalmaya neden olarak NE salınımını arttırdığı, anksiyete belirtilerinin bunun sonucunda oluştuğu düşünülmektedir (73, 119). TSSB'li kişilerde bakılan plazma, BOS ve idrar noradrenalin konsantrasyonları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuş; TSSB'li kişilerde travmayla ilgili uyarılar sonrası fizyolojik yanıtlarda, 24 saatlik idrar, plazma ve beyin omurilik sıvısı noradrenalin miktarında artma olduğu saptanmıştır. α_2 reseptör antagonisti olan yohimbin uygulaması sonrasında; savaş travmasına bağlı TSSB gelişen hastaların %40'ında disosiyatif geri dönüşlerde, %70'inde panik atak benzeri şikayetlerde ve zorlayıcı zihinsel anılarda,

hastaların kalp hızında, kan basıncında ve kan 3-metoksi-4 hidroksi glikoz (MHPG) düzeyinde artış tespit edilmiştir (36,73,119); diğer bir çalışmada ise katılımcıların %42'sinde panik atak, %31'inde yeniden yaşantılama gözlenmiştir (119).

Dopaminerjik Sistem: Travmatik olaya yanıt olarak oluşan nörobiyolojik değişiklikler arasında medial prefrontal korteksteki dopaminerjik aktivite artışı da sayılmaktadır (119). Travmatik bir olay medial prefrontal kortekste dopaminerjik sistem aktivasyonuna neden olur. Prefrontal kortekste ve nükleus akkumbensde dopamin metabolitlerinde artış görülür (39,129). Bellekle ilişkili olan prefrontal korteks travmatik olay sonrası aktive olduğu için TSSB'de görülen bellek bozukluklarının dopaminerjik aktivasyon ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (39). Dopamin deşarjına sebep olan uygulamalar (kokain, amfetamin) aşırı uyarılmışlık belirtilerine ve paranoid içerikli düşüncelere yol açmaktadır. Bütün bunlar travmatik olaya yanıt olarak ortaya çıkan nörobiyolojik değişikliklerin içinde dopaminin de önemli bir yere sahip olduğunu düşündürmektedir (119).

Serotonerjik Sistem: Serotonerjik sistem noradrenerjik sistem ile yakından ilişkili olduğu için TSSB patogeneğinde rol oynadığı düşünülmektedir. TSSB'li hastaların çoğunun Seçici Serotonin Geri Alınım İnhibitörlerinden (SSGİ) fayda görmesi bu görüşü desteklemektedir (130). Serotonin düzeyindeki azalmanın irritabilite, aşırı duyarlılık, abartılı emosyonel uyarılma ve agresyona yol açtığı, travmatik olay sonrasında serotonin düzeyinde düşme olduğu belirlenmiştir. Serotonerjik sistemin TSSB'deki rolünü araştırmak amacıyla kullanılan meta-klorfenilpiperazin uygulaması TSSB belirtilerinin ortaya çıkmasına yol açmaktadır (119).

c) Nöroendokrin Sistem ve Hipotalamik-Hipofiz-Adrenal Aks

Fiziksel ve psikolojik travmaların her ikisi için de kortikotropin salgılayan faktörün (CRF) ve Hipotalamik-Hipofiz-Adrenal Aks (HPA) sisteminin, organizmanın travmatik olaya adaptif reaksiyon vermesinde önemli olduğu bilinmektedir (119). CRF, özellikle amigdalanın merkez çekirdeğinde ve hipokampusda yüksek konsantrasyonda bulunmaktadır (36). CRF-HPA sistemi ile LC'deki noradrenerjik sistem birbiriyle ilişki içindedir. Bu sistemlerin birbirleriyle etkileşimi travmatik olaya verilen yanıtta etkili olmakta ve uyum sağlamada anlamlı rol oynamaktadır. Travmaya maruz kalan kişilerde akut dönemde kortizol düzeyinin

arttığı, zaman içerisinde bu düzeyin düştüğü tahmin edilmektedir (40,73,119). Akut travmatik dönemde CRF, Adrenokortikotropik Hormon (ACTH) ve periferik kortizol düzeylerindeki yükselmenin TSSB belirtilerinden anksiyete, korku, bellek bozuklukları ve aşırı uyarılmışlıktan sorumlu olabileceği düşünülmüştür (36). Farklı sonuçlar elde edilen çalışmalar olmasına rağmen kronik travmanın, glikokortikoid seviyesinde düşmeye yol açtığı düşünülmektedir (119). Kronik TSSB'si olan Vietnam gazileri ile yapılan çalışmalarda kortizol seviyelerinin düşük olduğu, deksametazon supresyon testinde de aşırı supresyon olduğu tespit edilmiştir (36). Yine kronik TSSB olan kişiler diğer psikiyatrik grupta olan hastalarla karşılaştırıldığında idrar kortizol düzeyinde azalma olduğu saptanmıştır. Dekzametazonun düşük dozları ile yapılan çalışmalarda (0.5 mg), TSSB'li kişilerde supresyon yanıtının kontrol grubuna göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Ancak, bu farklılık standart deksametazon uygulaması ile yapılan çalışmalarda gösterilememiştir. Yapılan çalışmalar HPA sistemindeki ve kortizol salınımındaki değişikliklerin TSSB ile ilişkili olduğunu destekler niteliktedir (73,119).

d) Opioid Sistemi

Travmatik olay endojen opioid sisteminde çeşitli değişikliklere neden olmaktadır (39,73). Fiziksel ve psikolojik travmalarda biyolojik yanıtın bir ürünü olarak salgılanan endojen opioidlerin travma sırasında oluşan analjezi, sedasyon, depersonalizasyondan sorumlu olduğu tahmin edilmektedir (119). Kömür madeni kazası sonrası TSSB gelişen bir olguda naltrekson tedavisi ile geriye dönüşler iyileşmiş, tedavinin kesilmesiyle belirti yinelemiştir (36). Ağır travmatik deneyimler ile ilgili olarak deney hayvanlarında yapılan çalışmalar, hayvanların, travmatik deneyim ortadan kaldırıldıktan sonra, opioid kesilme belirtilerine benzer belirtiler gösterdiğini bildirmektedir. Bu bulgu, TSSB gelişen kişilerin travmayı hatırlatan durumlara kendi istekleri ile yönelmelerinin, endojen opioidlerin salgılanması yüzünden travmatik olaylarla karşılaşmaya yönelik bir bağımlılıkla açıklanabileceğini düşündürmektedir (119).

e) Gama Amino Butirik Asit (GABA) ve Glutamat

Travma ve anksiyetenin nörobiyolojisinde GABAerjik yollar önemli bir rol oynamaktadır (36). Alkol ve benzodiazepinlerin TSSB belirtilerinde rahatlama sağlaması GABA ile ilgili çalışmaların artmasına yol açmıştır. GABA ile yakından

ilişkili olan glutamat sistemi de benzer şekilde TSSB ile ilişkilidir. Travmatik deneyim sonucunda GABA sisteminde down regülasyon oluşmasının ve glutamat sisteminin etkinliğinin artmasının travmatik anıların belleğe yerleşmesine sebep olduğu ve bunun da takip eden dönemdeki “yeniden yaşantılama” ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (131). Travmatik bir deneyime maruz bırakılan hayvanlarda benzodiazepin reseptörüne bağlanma miktarının %30 azaldığı tespit edilmiştir (39). TSSB olan kişilerde medial prefrontal korteksteki benzodiazepin reseptörlerinin ya da afinitenin azaldığı saptanmıştır (132). Klinikte ise bununla ilgili yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır (36).

f) Yapısal Anormallikler

Travmatik yanıtın oluşmasına aracılık eden beyin bölgeleri, metabolizmaları ölçülerek saptanmaya çalışılmıştır (36). Travma ile ilgili uyaran verilen TSSB hastalarında yapılan serebral perfüzyon çalışmaları, farklı bölgelerde aktivasyon artışı veya azalışı olduğunu öne sürmektedir. Değişikliklerin olduğu anatomik bölgeler insula, singulat girus, hipokampus, amigdala ve prefrontal kortekstir (40). Yapılan bir çalışmada Vietnam gazilerinden TSSB olan kişilerde sağ hipokampus hacminin kontrol grubundan daha küçük olduğu ve bunun da sözel bellekte bozukluğa yol açtığı gösterilmiştir (36). Anksiyeteli kişilere görsel korkulu uyaranlar verildiğinde hipokampusdaki kan akımında azalma saptanan ve TSSB’li kadınlarda sağ hipokampal kan akımında azalma olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (34). TSSB’de hipokampal değişikliklerin sebep mi, sonuç mu olduğu tartışma konusudur (40). Travma sonucu salgılanan glukokortikoidlerin, serotonin ve diğer nöropeptidlerin hipokampusda hasara neden olduğu veya doğuştan hipokampusu küçük olanların TSSB’ye yatkın olabilecekleri gibi bazı hipotezler ileri sürülmüştür (36). TSSB’de, hipokampus hacmindeki azalmaya amigdaladaki metabolizma artışının eşlik ettiğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (34). Kortikal etkilenmenin ve bilinç kaybının geliştiği travmalarda TSSB’nin gelişmeyeceği hipotezine karşın, subkortikal yapılardan köken alan duygusal tepkilerin TSSB belirtilerini ortaya çıkarabileceği saptanmıştır. Bu hasta grubunda zorlayıcı düşünceler az iken duygusal tepkisellik daha yüksek bulunmuştur. Bu da TSSB belirti kümelerinin farklı beyin bölgelerinden kaynaklanabileceğini düşündürmektedir (36).

Psikolojik faktörler

Psikodinamik Kuram

TSSB'deki dinamik görüşler travmatik deneyimin çözümlenmemiş iç çatışmayı harekete geçirdiği hipotezine dayanmaktadır. Travmanın önceden var olduğu düşünülen çocukluk dönemindeki saplanmış olunan psikoseksüel döneme regresyonuna sebep olduğu, çocukluk dönemi deneyimleri üzerinden temelleri atılmış tepkileri harekete geçirdiği tahmin edilmektedir. Freud, şiddetli travmaların tüm savunma mekanizmalarını aşarak ağır, acı verici bir biçimde yaşandığını, represyonun yetersiz kaldığını, egonun bununla başa çıkma gücünün kalmadığını öne sürmektedir (34,40,119). Savunma mekanizmaları ile travmatik olayla baş etmeye çalışılmaktadır (40). Önce disosiyasyon mekanizması kullanılarak bu yaşantılar bilinçli alandan ve yaşantı/duygu bütünlüğünden ayrıştırılıp bilinç dışına aktarılmaktadır. Bu yaşantıyı veya yaşantının bir yönünü hatırlatacak yeni bir travma ile tüm anılar repetasyon, kompulsiyon tarzında tekrar yaşanmaktadır (119). Travmatik deneyimin rüyalarla ya da disosiyatif epizodlarla tekrarlanmasında olayı pasif olarak yaşamamanın çaresizliğinden kurtulup, travmatik deneyimi aktif olarak yeniden kurarak egoya uyumlu hale getirme çabası vardır (133). Baş edilemeyen çatışmalar sonucunda çekilme/kaçınma başlamakta kişi yalnızlık, çaresizlik hissetmektedir. Egonun gelecek olayları hayalde, önceden yaşama ve bu sayede geleceğe hazırlanma becerisi, onun dışarıdan gelen uyarıları elemesini ve organize etmesini kolay hale getirmektedir. Beklenmedik olaylar, hazırlanma imkanı bulunulan olaylardan daha fazla şiddette yaşanmaktadır (119).

Bilişsel Kuram

Bilişsel modele göre, anksiyete ve benzeri duygusal sorunlara, uyumsuz ve gerçekçi olmayan düşünme biçimleri sebep olur. Yeniden yaşantılama, aşırı uyarılmışlık ve kaçınmada olduğu gibi olumsuz bilişler de travmatik deneyimle karşılaşan kişilerde yaygın olarak bulunur. Tehdidin nasıl algılandığı, kestirilebilirliği ve kontrol edilebilirliği gibi bilişsel değişkenlerin TSSB'nin gelişimi ve sürmesinde etkili olduğuna inanılmaktadır. Travmatik olayın özellikleri de yanıtın oluşumunda önemlidir. Travmalardan sonra kişilerde ya hep ya hiç, aşırı genelleme, olumsuzlukları büyütüp olumlu olayları görmezden gelme, kişiselleştirme ve kendini suçlama, olduğundan güçlü görünmeye çalışma gibi düşünce ve tutumlar ön plana

çıkabilir. Bu tür düşünce, inanç ve tutumlar kişinin ruhsal durumunun olumsuz yönde etkilenmesine neden olur. (36). Travmayla karşılaşan kişide ilk önce bir karmaşa yaşanır. Bu hazırlıksız/şartlanmamış olarak karşılaşılan durum, sonraki etapta değişiklik gösterir. Travmadan önceki yaşanmış deneyimler kullanılarak sanki travma daha önce karşılaşılmış gibi algılanarak geçmiş deneyimlerde verilen cevapların aynısı verilmeye başlanır. Bu durum üst düzeyde öğrenilmiş bir davranış biçimidir. Ancak bu yeni karşılaşılan deneyime uygun bir yanıt olmadığından verilen cevaplar karmaşıklaşır. Karmaşanın artması ise anksiyeteyi artırır (119). TSBB'yi açıklamaya yönelik farklı bilişsel teoriler formüle edilmiştir. Bu teorilerden biri, TSSB'nin kişinin travmatik deneyim karşısındaki tehdit algısını bilişsel şemalarına özümseme ihtiyacı ile duygusal ve fizyolojik uyarılmayı normal seviyede tutma ihtiyacının çelişmesinden köken aldığını savunmaktadır (39). Başka bir teoriye göre travmatik deneyimin kişinin kendisine ve dünyaya ilişkin oluşturduğu bilişsel şemaları bozduğu, bu sebeple şemalar yeniden yapılandırılırken içlerinde olumsuz ve uyumsuz inançların da yer almaya başladığı ileri sürülmüştür (36,39,40). Bilgi işleme teorileri TSSB'yi travmatik deneyimin işlenmesindeki bir aksaklığa bağlamaktadır. TSSB'yi açıklamaya çalışan bir başka bilişsel teori ise kişinin kendisine ve dünyaya dair sahip olduğu temel varsayımların sarsılmasını temel almaktadır. Travmayla ani karşılaşma bazı kişilerde travmatik deneyime yönelik anlamlı ve kabul edilebilir bir açıklama bulamama veya dünyanın güvenli, adil ve düzenli bir yer olduğuna yönelik varsayımlarının yıkılmasına yol açar (36,39). Böylece kişi TSSB belirtilerini yaşamaya, kendisini güvensiz ve çaresiz hissetmeye, dış dünyayı güvenilmez olarak algılamaya başlar (34,39,40). Bazı teorisyenler travmatik bir deneyimin ruhsal sorunlara yol açıp açmayacağını olayın algılanmasıyla ilişkili olduğunu ileri sürmüşlerdir. Buna göre travmatizasyon, travmatik deneyimin şiddeti ile baş edebilecek baş etme kaynaklarının olmadığı algısından kaynaklanır. Yine atıf/yükleme teorileri, travmatik deneyim yaşandığında kişilerin bunu anlamak, kestirmek ve kontrol edebilmek için çevrelerine ve yaşadıkları olaylara yönelik atıflarda bulunduğunu ve kişinin yaptığı atfın özelliğinin onun olaya nasıl tepki vereceğini belirlediğini savunmaktadır (39).

Davranışçı Kuram

Davranışçı kuram, TSSB’de iki faktörlü bir öğrenme sürecinin üzerinde durulmaktadır. Birinci aşamada, travmatik bir deneyime (koşulsuz uyarın) maruz kalan kişi, ilişkilendirme yoluyla esas olay, görünümler, düşünceler ve durumlar (olayın hemen öncesindekiler) arasında bağlantı kurmayı öğrenir (koşullu uyarın) (40). Dolaylı öğrenme (instrumental learning, operant condition) ise ikinci aşamayı oluşturur. Koşullu ve koşulsuz uyarınlardan kaçınma, anksiyetede azalmayı sağladığı için süreklilik kazanır. Sonuç olarak birçok uyarına genelleştirilebilir ve bunlar uyarılmışlık halinin ortaya çıkmasına neden olur (39).

2.7.5. Tanı ve Klinik Özellikler

DSM-V (2013) ile birlikte Travma ve Tetikleyici Etkenle (Stresörle) İlişkili Bozukluklar olarak yeni bir ana başlık oluşturulmuş ve TSSB, geçmişte yer aldığı Anksiyete Bozuklukları grubundan çıkarılarak Travma ve Tetikleyici Etkenle (Stresörle) İlişkili Bozukluklar başlığı altında yeniden sınıflandırılmış ve altı yaş ve altındaki çocuklar için ayrıca tanımlanmıştır (42).

DSM-V’e göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanı Ölçütleri

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

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

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

B. Travmatik olay(lar)dan sonra başlayan, travmatik olay(lar)a ilişkin, istenç dışı gelen aşağıdaki belirtilerin birinin (ya da daha çoğunun) varlığı:

1. Travmatik olay(lar)ın yineleyici, istemsiz ve istenç dışı gelen, sıkıntı veren anıları.

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

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

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

5. Travmatik olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyoloji ile ilgili belirgin tepkiler gösterme.

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

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

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

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

1. Travmatik olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsayamama(özellikle unutkanlık çözümlenmesine[dissosiyatif amnezi] bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir).

2. Kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgili olarak, sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler (örn. ‘Ben kötüyüm’, ‘Kimseye güvenilmez’,

‘‘Dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir’’, ‘‘Bütün sinir sistemim kalıcı olarak bozuldu’’).

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

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

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

6. Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları.

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

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

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

2. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar veren davranışlarda buluma.

3. Her an tetikte olma.

4. Abartılı irkilme tepkisi gösterme.

5. Odaklanma güçlükleri.

6. Uyku bozukluğu (örn. uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan bir uyku uyuma).

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

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

H. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. ilaç, alkol) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

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

1. Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon): Kişinin, zihinsel süreçlerinden ya da vücudundan koptuğu duygumunu yaşadığı, sanki bunlara dışardan bir gözlemciymiş gibi baktığı, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. sanki bir düşünce içindeymiş gibi olduğu duygumu; kendisinin ya da vücudunun gerçekdışı olduğu ya da zamanın yavaş aktığı duygumu).

2. Gerçekdışılık (derealizasyon): Çevredekilerin gerçekdışı olduğuna ilişkin, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. kişinin çevresindeki dünya gerçekdışı, düşsel, uzak ya da çarpık olarak yaşanır).

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

Varsa belirtiniz:

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

ICD-10'a Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Hemen herkeste sıkıntıya neden olabilen bir doğal felakete (kısa veya uzun süreli) veya kişiyi tehdit eden travmatik olaylara veya durumlara karşı, gecikmiş ya da uzamış olarak oluşan bir cevaptır.

Kişilik özellikleri (kompulsif, astenik gibi), kişide önceden nevrotik bozukluğun bulunması hazırlayıcı bir faktördür ve bu sendromun oluşumu için eşiği düşürür veya gidişi alevlendirir. Ancak bu hazırlayıcı faktörler bozukluğun oluşmasını açıklamada ne gerekli ne de yeterlidir.

Tipik belirtiler olarak; geri dönüşler, rüyalarla travmanın yineleyici bir şekilde yaşanmasıdır, temelde inatçı bir “duygusuzluk” hali, duygusal küntleşme, diğer insanlardan uzaklaşma, çevreye karşı cevapsızlık, zevk alamama, travmayı hatırlatacak etkinliklerden ve durumlardan kaçınma mevcuttur. Çoğunlukla otonomik aşırı uyarılmışlık, tetikte olma, aşırı irkilme ve uykusuzluk mevcuttur. Sayılan belirti

ve bulgulara anksiyete ve depresif belirtiler eşlik eder. İntihar düşüncesi seyrek değildir.

Başlangıç travmayı takiben birkaç haftadan aylara kadar değişebilen bir süreden sonra gözlenir. Klinik gidişi dalgalıdır. Ancak vakaların çoğunluğunda iyileşme umulabilir. Vakaların küçük bir kısmında durum kronik bir gidişat gösterebilir. Uzun yıllar sürer. Kalıcı kişilik değişimine dönmesi gözlenebilir (33).

2.7.6. Ek Tanı (Komorbidite)

Klinik ve epidemiyolojik çalışmalar, TSSB tanısı konulan kişilerin çoğunluğunda en az bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiğini tespit etmiştir (134). Eşlik eden psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkışında travma şeklinin, travmadan sonra geçen sürenin ve önceki travmaların varlığının önemli olduğuna dikkat çekilmektedir (135). Epidemiyolojik bir çalışmada, TSSB tanısı konmuş kişilerin %87.5'inde bir ek tanı, %77.5'inde ise iki veya ikiden fazla ek tanının olduğu tespit edilmiştir (36). Kessler ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, TSSB'ye %27.9 ile %51.9 oranında diğer psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiği görülmüştür (39). TSSB sıklıkla Duygudurum Bozuklukları, Psikoaktif Madde Kötüye Kullanımı/Bağımlılığı, Kişilik Bozuklukları, Somatoform Bozukluklar, Dissosiyatif Bozukluklar, Yeme Bozuklukları, Cinsel İşlev Bozuklukları ve Psikotik Bozukluklar ile birliktelik gösterebilmektedir (135). En sık eşlik eden eş tanımlar; erkeklerde sırasıyla alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı, MD, davranım bozuklukları, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı; kadınlarda ise sırasıyla MD, basit fobi, sosyal fobi, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı olmuştur (40). Yapılan çalışmalar, TSSB tanısı konan kişilerin %21-94'ünün komorbid MD'si olduğunu göstermiştir (136,137,138,139). Ek olarak %39-97'sinde komorbid anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir (137,139,140). TSSB, MD ve anksiyete bozukluğunun üçünün de birlikte görüldüğü durumlar ise olguların %11-67'sinde belirlenmiştir (139,141). TSSB ile MD'nin bir arada bulunduğu olgularda semptom şiddetinin, işlevsellik (142) ve yaşam kalitesinin bozulmasının (143), uyum zorluklarının (136) sadece TSSB tanısı olanlardan daha fazla olduğu gösterilmiştir. TSSB ve komorbid MD olan olgularla sadece MD olanlar kıyaslandığında, komorbid grupta belirti şiddetinin (144) ve uyum bozukluklarının (145) daha fazla görüldüğü belirlenmiştir.

TSSB ile alkol ve madde kullanım bozukluklarının birlikteliği maddenin TSSB'nin sıkıntı yaratan belirtilerinin etkisini azaltma özelliği ile ilişkilendirilmektedir. Madde kullanımı ile TSSB arasında nedensel bir ilişki kurmaya çalışan çalışmalar olduğu gibi TSSB'nin madde kötüye kullanımı riskini arttırmadığını öne süren çalışmalar da mevcuttur. Travmatik yaşantı öyküsü olan kokain bağımlıları ile yapılan bir araştırmada, vakaların %20.5'ine TSSB tanısı konmuştur (146). TSSB tanısı konan Vietnam gazilerinde komorbid tanı oranının $\frac{3}{4}$ kadar olduğu, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığının %75 oranında olduğu bildirilmiştir (40).

Kişilik bozuklukları ve TSSB komorbiditesi değişken bulgular içermektedir. Yüksek birliktelik oranları bildiren çalışmalar olduğu gibi kişilik bozukluğu sıklığını düşük tespit eden çalışmalar da mevcuttur (146). Çalışmalar, özellikle çocukluk dönemi cinsel istismarı gibi travmatik olaylar ile sınır (borderline) kişilik bozukluğu arasında ilişki olduğunu ileri sürmektedir (36). Bazı araştırmacılar, TSSB ile sınır kişilik bozukluğu arasında bir komorbidite olduğunu, bu kişilerde TSSB'nin şiddetli olduğunu ve kronikleştiğini ileri sürmektedir (32). Yapılan bir çalışmada borderline kişilik bozukluğunda da en sık görülen psikiyatrik bozukluğun TSSB'nin kronik formu olduğu bildirilmiştir (146).

2.7.7. Klinik Seyir

TSSB, kronikleşebilen ve yeti yitimine yol açabilen ruhsal bir bozukluktur. Sendromal düzeyde olmayan TSSB belirtilerine travmatik deneyimlerden sonra sıkça rastlanır ve bu belirtiler kısa sürede düzelme gösterir. Ancak bazı kişilerde TSSB kronik bir seyir izler (36).

TSSB'nin klinik seyrini inceleyen az sayıda izlem çalışması mevcuttur. Genel olarak çalışmalar, TSSB'nin uzun süreli bir bozukluk olduğunu ortaya çıkarmıştır. TSSB gelişen kişilerin çoğunluğunda, sendrom kronik ve tekrarlayıcıdır. Mağdurların %74'ünün travmatik deneyimden sonraki 6. ayda, %60'ının ise 12. ayda tanı kriterlerini karşıladığı belirtilmektedir (36). Yapılan bir çalışmada, terörist saldırıya maruz kalan öğrencilerin %18'i 6. ayda TSSB tanısı almıştır (147).

TSSB'nin klinik seyri travma öncesi, travma sırası ve sonrasındaki etmenlere bağlı olarak değişiklik gösterir (37).

Travma Öncesi Etmenler: Kişinin sosyodemografik özellikleri, psikiyatrik bozukluk öyküsü, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü olup olmaması, boşanma, işsiz kalma, bir felakete, şiddete veya işkenceye maruz kalma vs.

Travma Sırasındaki Etmenler: Maruz kalınan travmatik deneyimin, yaşanan şok ve korkunun şiddeti, hayatı ne ölçüde tehdit ettiği, kişinin kontrol düzeyi ve zihinsel hazırlığı vs.

Travma sonrası Etmenler: Temel ihtiyaçların ve bunların ne şekilde karşılandığı, fiziksel ve ruhsal kaynakların kaybı, kişinin başa çıkma yöntemleri, sosyal destek düzeyi ve retravmatizasyonun varlığı vs. şeklinde sıralanabilir (39).

Kabuslar, zorlayıcı düşünceler, yeniden yaşantılama, irritabilite, öfke patlamaları ve travmayı sembolize eden durumlarda fizyolojik tepkiler gösterme gibi pozitif belirtilerin ağırlıkta olduğu TSSB tablosu, anhedoni, amnezi, duygusal küntlük, insanlara yabancılaşma ve kaçınma davranışları gibi negatif belirtilerin ağırlıkta olduğu TSSB tablosuna göre daha iyi bir klinik seyre sahiptir (39). Ayrıca, belirtilerin fazlalığı, duygusal küntleşme, kaçınma ve aşırı uyarılma hali gibi belirtilerin var olması, duygudurum bozuklukları gibi diğer ruhsal sendromlar ve tabloya eşlik eden diğer tıbbi bozukluklar kronikleşmeyi kolaylaştırır (36). İyi prognoz göstergeleri; belirtilerin erken başlaması ve kısa sürmesi, hastalık öncesi işlevselliğin iyi olması, sosyal desteğin iyi olması, fiziksel yaralanma ya da tıbbi hastalığın olmaması, başka bir psikiyatrik bozukluğun olmaması ve madde kullanımının olmaması şeklinde sıralanabilir (39). ASB tanısı alan vakalarda hastalığın prognozunun kötü olduğu bildirilmiştir (36). Davidson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, TSSB tanısı konan olguların %46'sında hastalığın süregelen hale geldiği bildirilmiştir (39). Kore Savaşı'na katılan askerlerden oluşan geniş bir örneklem grubuyla savaştan 50 yıl sonra yapılan araştırmada TSSB oranı %17 olarak tespit edilmiştir (148). Kronikleşme için en önemli yordayıcı belirtinin kaçınma belirtisi olduğu, yeni travmatik deneyimler yaşamının daha kötü seyirle ilişkili olduğu ve kişilerin yeni bir travmatik olaya maruz kalmasının engellenmesine yönelik çabaların ise TSSB'nin kronikleşmesini azalttığı rapor edilmiştir (149). İnsan eliyle oluşturulmuş travmaların kronikleşme ihtimalinin daha yüksek olduğu, travmatik deneyim sonrası oluşan öfke, uyarılmışlık ve düşmanca duyguların azalmaktan öte süreklilik kazanabildiği ya da kötüleşebildiği belirtilmiştir (36).

Özellikle yaralanmanın olduğu, tecavüz ve saldırıya maruz kalan mağdurlarla yapılan çalışmalarda, TSSB'nin yüksek oranlarda görüldüğü ve süreğen olduğu gösterilmiştir. Benzer şekilde politik şiddet ve işkence mağduru kişilerde yapılan araştırmalarda da kronik TSSB'nin yüksek oranları bildirilmiştir (39).

TSSB tanısı konan kişilerin sıklıkla yetersiz veya uygunsuz tedavi aldıkları gösterilmiştir. Olguların 1/3'ünde tedavi ne olursa olsun, TSSB'nin kronikleştiği tespit edilmiştir. TSSB, genel olarak yaşam kalitesinde düşme ve fonksiyonel bozulma ile birliktelik gösterir. Vietnam Savaşı'na katılmış eski askerlerden TSSB tanısı konularının halen %35'inini evsiz, %50'sinin başta şiddet içeren suçlar olmak üzere çeşitli sebeplerle tutuklanmış ve 1985 yılına kadar dokuz bin kişinin intihar ederek öldüğü bildirilmiştir (39).

2.7.8. Tedavi

Travma kişinin bedenini, ruhsal yapısını ve sosyal ilişkilerini etkilediği için tedavinin de bu alanlara yönelik olması gerekmektedir. Terapötik ilişkinin anahtar ilkeleri; güven ilişkisi kurulması, bilgilendirme, etkin katılım ve bilişsel değerlendirmeyi içerir (150). TSSB tedavisinde farmakolojik ya da psikososyal tedaviler kullanılmakla birlikte literatürde kombine tedavilerden daha çok yarar sağlandığı bildirilmektedir (34,36,39,40,73). Tedavi yöntemini belirlerken kişinin ihtiyaçları, bozukluğun özellikleri, sosyal desteklerin varlığı, kültürel faktörler gibi özellikler göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca, kişinin fiziksel ve tıbbi gereksinimlerinin karşılanması da psikolojik yaklaşımlara zemin hazırlaması açısından önem taşımaktadır (43).

İlaç dışı tedavi yaklaşımları içinde; travma odaklı psikoterapiler, eğitim ve destekleyici danışmanlık, kaygının kontrolü (aktif gevşeme, nefes alma eğitimi), yüzleştirme tedavisi (davranışçı yaklaşım), bilişsel tedaviler sayılabilir (150). Psikoterapötik müdahaleler; Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT), Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme [Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)], grup terapileri ve psikodinamik terapiler olarak belirtilmektedir (36,39). BDT, tedavide en sık kullanılan ve etkili olan psikoterapötik yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Bu tedavilerle, temelde travmatik deneyimi yaşayan kişiyi, bu deneyimlerle çeşitli teknikler aracılığıyla sistematik bir şekilde yüz yüze getirerek anksiyete ile başa çıkma yöntemlerinin öğretilmesi, kaçınma

davranışlarının ortadan kaldırılması ve kaybedilen kontrol duygusunun yeniden kazandırılması amaçlanmaktadır. Mağdurlara travmatik deneyim sonrasında kontrol ve tahmin edebilirlik duygusunun mümkün olduğunca hızlı bir şekilde kazandırılmasının TSSB riskini azaltabildiği belirtilmiştir. Yine anksiyete uyaranlarına maruz bırakma ilkesine dayanan ve alıştırma terapisi olarak bilinen davranışçı yöntemler en çok umut veren yaklaşımlar olarak bildirilmiştir (34,36,39). Shapiro ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada travma mağdurlarına, EMDR ve farklı bir tedavi uygulanmış ve sonuç olarak EMDR uygulanan grupta travma tekrar hatırlandığındaki anksiyetenin azaldığının gözlemlendiği bildirilmiştir (39). Bilişsel süreç modeli uygulanan grup terapisinin, TSSB ve depresif semptomlar üzerinde önemli bir düzelmeye sağladığı bildirilmiştir. Grup terapileri bir çok insanı aynı anda tedavi edebilme üstünlüğüne sahip olduğu ve TSSB'li kişilerde sık görülen reddetme ve izolasyon tutumlarını azalttığı belirtilmiştir (36,39). TSSB'de uygulanan psikodinamik tedaviler ile ilgili kontrollü çalışmalar kısıtlıdır. TSSB'li kişilerde duyarsızlaştırma, hipnoterapi ve kısa psikodinamik psikoterapinin karşılaştırıldığı bir araştırma sonucunda tedaviler arasında belirgin fark olmadığı, ancak izlemde psikodinamik psikoterapi uygulanan grubun daha fazla iyileşme gösterdiği bildirilmiştir (39).

Birçok uzman farmakolojik ajanların, ağır vakalarda psikoterapiyi kolaylaştırmak amacıyla kullanılması gerektiği konusunda ortak bir görüşe sahiptir (34,36,39,40). Travma yaşamış kişilerde ilaç tedavisine uyum, zaman zaman ciddi bir sorun teşkil etmektedir. TSSB'li kişilerin çoğunluğu, psikotrop ilaç kullanımını kabul etmediğinden, ilk aşama kişinin tıbbi tedavinin rolünü anlamasına yardım etmek olmalıdır (39). Ruhsal travma yaşayan kişiye medikal tedavi başlanmanın ne zaman uygun olduğu sorusunu cevaplarken en önemli sorun; yoğun korku, öfke, araya giren yeniden yaşantılama, geçici ruhsal ve mekana ait dağınıklık ve otonom aşırı uyarılmışlık gibi travmaya verilen normal tepkilerin ilaç tedavisine ne düzeyde cevap vereceği ve ilaçların kişinin doğal iyileşme sürecini bozabileceği kaygısıdır (150).

TSSB'de ilaç tedavisinin hedefleri: araya giren rahatsız edici (intruzif) belirtilerin şiddet ve sıklığının azaltılması, gelen uyaranları travmanın tekrarlanması olarak algılama eğiliminin azaltılması, travmatik deneyimi hatırlatan uyaranlara

verilen koşullu aşırı uyarılmışlık yanıtının azaltılması, kaçınmanın azaltılması, depresif duygudurum ve küntleşmenin iyileştirilmesi, psikotik ve disosiyatif belirtilerin azaltılması, kendine ve başkalarına karşı dürtüsel olarak zarar verme davranışının azaltılması şeklinde sıralanabilir (150). Kendine zarar verme veya dissosiyasyon ve hallüsinasyon şeklinde yeniden yaşantılama yaşayan kişilerin tedavisinin hastanede yapılmasının daha uygun olduğu düşünülmektedir. Alkol/Madde Bağımlılığı eşlik ediyorsa TSSB tedavisinden önce detoksifikasyon tedavisi gerekli olduğu belirtilmiştir (39).

İlaç tedavileri stabilizasyon, idame ve kesme olmak üzere üç aşamayı içerir. Stabilizasyonda ilk aşama hastayla işbirliği sağlanmasıdır. Tedaviye cevap alındığında ve sürekliliği sağlandığında ilacı kesme düşünülmelidir. Tedaviye düşük dozda başlanıp doz azaltarak kesilmelidir. İlaç tedavilerinde çoğunlukla antidepresanlarla iyi sonuçlar elde edilmektedir. Tedaviye Akut TSSB için 6-12 ay, Kronik TSSB için 12-24 ay devam edilmelidir (43). TSSB tedavisinde kullanılan ilaçlar; SSGİ, Trisiklik Antidepresanlar (TCA), Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI), Nefazodon, Trazodon, Mirtazapin, Venlafaksin, Tianeptin, Beta Blokerler, Benzodiazepinler, Buspiron, Lityum, Karbamazepin, Valproik Asit, Klonidin, Antipsikotikler, Opioid Antagonistleri şeklinde sınıflanabilir. Geniş ölçekli ve çok merkezli yapılan kontrollü bir klinik çalışma sonuçlarında SSGİ'nin TSSB tedavisinde ilk seçenek farmakolojik tedavi olduğu rapor edilmiştir. SSGİ'ler yeniden yaşantılama, kaçınma, duygusal küntleşme ve aşırı uyarılmışlık gibi belirtilerin tedavisinde en geçerli ve yaygın kullanılan ilaçlar olarak tanımlanmaktadır (34,36,39,40,73).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Çalışmaya 01.09.2013 tarihinden itibaren 12 ay süreyle Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne cinsel saldırıya maruz kaldığı gerekçesiyle adli vaka olarak başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden, dahil edilme kriterleri bakımından engeli olmayan kişiler alındı. Ancak Haziran 2014'te TCK'de ilgili maddede yapılan değişikliğin ardından başvuru gerçekleşmedi. Bu nedenle çalışma bu tarihe kadar başvuranlar üzerinden gerçekleştirildi.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- 18 yaş ve üstünde olmak,
- En az okur-yazar olmak,
- Olayın üzerinden en az 1 ay süre geçmesi,
- Katılım için yazılı aydınlatılmış onam vermiş olmak,
- Primer nörolojik bozukluk veya mental retardasyonun bulunmaması,
- Kognitif mental bozukluk (demans, deliryum) bulunmaması
- Psikotik bozukluğun bulunmaması şeklinde belirlenmiştir.

Çalışma kapsamında belirtilen süre içerisinde cinsel saldırıya uğradığı gerekçesiyle adli vaka olarak toplam 83 olgu başvurdu. Bu olgulardan yapılan görüşme ve dava dosyasının incelenmesi sonucunda 2'sinin cinsel saldırı mağduru olmadığı, 2 olgu yazılı onam vermediği, 13'ü mental retarde (9'u kadın, 4'ü erkek) olduğu, 1'inde akut psikotik bozukluk tespit edildiği, 2'si Türkçe bilmediği, 2'si okuma yazma bilmediği için çalışmaya alınmadı. Ayrıca dahil edilme kriterlerini karşılayan 1 erkek olgu çalışmanın istatistiksel bütünlüğünü sağlamak amacıyla çalışma dışında bırakıldı. Sonuç olarak 23 olgunun çalışma dışı bırakılmasıyla, değerlendirilen 83 olgudan çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 60 kadın olgu ile çalışma tamamlandı.

3.2. Yöntem

Cinsel saldırıya uğradığı gerekçesiyle adli vaka olarak başvuran ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan olgularla birebir görüşme yapılarak başvuranlara çalışmanın amacı, tanımı ve ayrıntıları konusunda bilgi verildi. Çalışmaya katılmayı

reddetme veya görüşmeyi herhangi bir noktada sonlandırma hakkına sahip oldukları açıklandı. Bilgilendirme sonrasında aydınlatılmış onam formu imzalatılarak çalışmaya katılmaya onay veren olgular çalışmaya alındı.

Çalışma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Etik Kurulu tarafından, 29 Kasım 2013 tarih ve 80558721/34 sayılı etik kurul kararı ile onaylandı.

3.3. Veri Toplama Araçları

Katılımcıların tümüne aşağıdaki form ve ölçekler uygulandı.

Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik ve klinik özelliklere ilişkin bilgilerin kaydedilmesi ve cinsel saldırının karakteristiklerini belirlemek amacıyla tarafımızca hazırlanmış bir formdur. Mağdurun yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenimi, mesleği, kiminle yaşadığı, aylık geliri, sosyoekonomik düzeyi, yaşam öyküsü, ruhsal travma öyküsü, cinsel saldırının özellikleri, saldırganın özellikleri ve cinsel saldırıdan sonraki dönemin özelliklerine ilişkin sorular bulunmaktadır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Ölçek 1988’de Zimmet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve kişilerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemeye yönelik olup Türkiye’de 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Toplam 12 maddeden oluşan ölçek “kesinlikle hayır” ile “kesinlikle evet” arasında değişen 7 dereceli (1-7 puan), Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin aile, arkadaş, özel kişi desteğini belirlemek üzere dört maddeden oluşan üç alt ölçeği vardır. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tür. Elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir (151).

Travmatik Stres Belirti Ölçeği (TSBÖ)

Bu ölçek, Baçoğlu ve arkadaşları (2001) tarafından geliştirilmiş, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır. Toplam 23 maddeden oluşan, kişilerin kendi kendilerini son bir ay için değerlendirdikleri, dörtlü Likert tipi bir ölçektir. Her maddenin puanı 0-3 arasındadır ve ölçek toplam puanı maddelerin toplanması ile elde edilir. İlk 17 maddesi DSM-IV’te belirtilen TSSB belirtilerini, son altı maddesi ise depresyon belirtilerini sorgular. Bu 17 maddeden elde edilen puanın 25 ve

üzerinde olması muhtemel TSSB'ye işaret eder. Başoğlu ve arkadaşları TSSB için duyarlılık ve özgüllüğün %81 olduğunu bildirmiştir (152).

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel bileşenleri ölçmek amacıyla Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. BDÖ araştırmalarda ve kliniklerde en sık kullanılan, kendi hakkında bilgi verme araçlarından biridir. Temel amacı depresyon belirtilerini kapsamlı bir biçimde değerlendirmek olsa da bilişsel içeriğin değerlendirilmesine de olanak sağlar. Ölçek 21 maddeden oluşmuş olup iki madde duygulara, on bir madde bilişlere, iki madde davranışlara, beş madde bedensel belirtilere, bir madde kişiler arası belirtilere ayrılmıştır. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan 0-63 arasında değişir, ölçeğin Türkçe için geçerlilik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir (153). Depresyonun yoğunluğunu belirlemek için kullanılan BDÖ'nün geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1988) tarafından yapılmıştır (154).

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen kişilerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılan kendini değerlendirme ölçeğidir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır. Yanıt verenler, her belirtiden rahatsız olma düzeyini belirtir. Her belirti 0 (hiç yok) ile 3 (şiddetli) arasında 4 puan üzerinden değerlendirilir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı kaygının şiddetini gösterir (155).

Kısa Form-36 (SF-36)

Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Ware ve Sherbourne tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuş, jenerik ölçüt özelliğine sahip bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Yaşam kalitesini ölçmede kullanılan en yaygın jenerik ölçektir. Sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilir ve özürülükteki küçük değişimleri saptamada çok duyarlıdır. Fiziksel fonksiyon, rol kısıtlamaları (fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı), sosyal fonksiyon, mental sağlık, vitalite (enerji), ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması gibi sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile incelemektedir. Ölçeğin toplam bir puanı

yoktur. 8 alt boyutun toplam puanı hesaplanır (153). Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (156).

3.4. İstatistiksel Analiz

Sosyodemografik veri formuna göre katılımcıların medeni durumu, 25'i bekar, 20'si evli, 6'sı ayrı yaşıyor, 5'i boşanmış, 3'ü dul ve 1'i birlikte yaşıyor şeklinde dağılım gösterdi. İstatistiksel olarak karşılaştırma yapılabilmesi için katılımcıların medeni durumu, bekar (n=25), evli/birlikte yaşıyor (n=21) ve ayrı yaşıyor/boşanmış/dul (n=14) olmak üzere yeniden sınıflandırıldı. Katılımcılardan 11'inin ilkokul mezunu, 14'ünün ortaokul mezunu, 23'ünün lise mezunu ve 12'sinin ise üniversite/yüksek okul mezunu olduğu tespit edildi ve istatistiksel değerlendirme yapılırken öğrenim durumu, ilkokul/ortaokul (n=25), lise (n=23) ve üniversite/yüksek okul (n=12) şeklinde kategorize edildi. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların mesleki durumunun, 18'i ücretli çalışıyor, 13'ü öğrenci, 20'si ev kadını, 1'i emekli, 2'si sağlık nedenleriyle işsiz, 4'ü diğer nedenlerle işsiz ve 2'si gönüllü çalışan şeklinde dağılım gösterdiği saptandı. İstatistiksel olarak karşılaştırma yapılabilmesi için katılımcıların mesleki durumu değerlendirilirken, ücretli çalışan (n=18) ve çalışmayan (n=42) olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Algılanan sosyoekonomik düzey açısından 2 katılımcı kendisini üst düzeyde, 30 katılımcı orta düzeyde ve 28 katılımcı alt düzeyde gördüğünü belirtti. Üst sosyoekonomik düzeydeki katılımcı sayısının çok düşük olması nedeniyle üst ve orta sosyoekonomik düzey grupları birleştirilerek algılanan sosyoekonomik düzey, alt düzey (n=28) ve orta/üst düzey (n=32) olarak yeniden düzenlendi. Madde kullanımı açısından; 21 katılımcı sigara kullanmadığını, 38 katılımcı sigara kullandığını ve 1 katılımcı sigarayı bıraktığını, 44 katılımcı alkol kullanmadığını, 12 katılımcı alkol kullandığını ve 4 katılımcı alkolü bıraktığını, son olarak 56 katılımcı bağımlılık yapan başka herhangi bir madde kullanmadığını, 3 katılımcı madde kullandığını ve 2 katılımcı ise bıraktığını bildirdi. Katılımcılardan sigara, alkol ve madde kullanımını bıraktığını belirtenlerin sayıca düşük olması nedeniyle kullanmayan ve bırakan kategorileri birleştirildi. Böylece; alkol ve bağımlılık yapan başka bir madde kullanma durumu, evet (sırasıyla n=38, n=12 ve n=3) ve hayır/bıraktım (sırasıyla n=22, n=48 ve n=57) şeklinde kategorize edildi. Son olarak sosyodemografik veri formunda cinsel saldırının özelliklerinin sorgulandığı bölümde 26 katılımcının vajinal, 1 katılımcının oral, 1 katılımcının anal,

3 katılımcının vajinal ve oral, 1 katılımcının vajinal ve anal, 1 katılımcının ise vajinal, anal ve oral yoldan tecavüze uğradığı tespit edildi. İstatistiksel olarak gruplar arasında karşılaştırma yapılabilmesi için cinsel saldırının özellikleri değerlendirilirken tecavüz şekli, vajinal (n=26) ve vajina ve/veya dışı (n=7) şeklinde 2 gruba ayrıldı.

Elde edilen veriler IBM SPSS 21.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. TSBÖ ölçeğine göre TSSB tanısı alan ve almayan iki grup (25 puan ve üzeri alanlar TSSB olarak kabul edilmiştir) kategorik – oransal veriler açısından Ki-kare Testi ile karşılaştırılmıştır. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uyup uymadıkları Shapiro-Wilk Testi ile değerlendirilmiş; normal dağılıma uygunluk gösteren iki grup karşılaştırmasında Bağımsız Örnek t testi, uymayanlar ise Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Çalışmada kullanılan ölçekler ile TSBÖ arasında doğrusal bir bağıntı olup olmadığını incelemek için, öncesinde normal dağılıma uyup uymadıkları Shapiro-Wilk Testi ile değerlendirilerek, Spearman Korelasyon testi kullanılmıştır. Geçmiş travmalar açısından var ve yok şeklinde gruplandırma yapılarak, TSSB gelişen ve gelişmeyen iki grup ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır. TSSB gelişimini yordayan faktörlerin saptanması amacıyla multiple logistic regresyon analizinde backward wald yöntemi kullanılmış, bu analizde TSSB yokluğu ve varlığı bağımlı değişken olarak belirlenmiş, yapılan karşılaştırmalarda $p \leq 0.10$ saptanan değişkenler bağımsız değişken olarak analize sokulmuştur (157) İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamızda 41 katılımcıda (%68.3) TSSB belirlenmiştir. TSSB saptanan ve saptanmayan iki grup mağdur özellikleri açısından karşılaştırıldığında TSSB saptanan grupta kendisini alt sosyoekonomik düzeyde algılama oranının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($X^2=10.651$, $p= 0.001$) (Tablo 1).

Tablo 4.1. TSSB olan ve olmayanların mağdur özellikleri açısından karşılaştırılması

	TSSB var (n=41) ortalama±ss		TSSB yok (n=19) ortalama±ss		İstatistiksel analiz z p	
Yaş	28.46±8.99		24.95±5.73		1.832	0.067
Öğrenim süresi	10.49±3.37		10.05±2.90		0.729	0.466
Aylık gelir	1102.93±765.62		1292.11±823.65		-1.244	0.213
	n	%	n	%	X^2	p
Medeni durum					0.669	0.716
Bekar	17	41.5	8	42.1		
Evli/birlikte yaşıyor	14	34.1	8	42.1		
Dul/boşanmış/ayrı yaşıyor	10	24.4	3	15.8		
Öğrenim durumu					3.828	0.147
İlkokul/ortaokul	16	39.0	9	47.4		
Lise	14	34.1	9	47.4		
Üniversite/yüksekokul	11	26.8	1	5.3		
Çalışma durumu					0.033	0.856
Çalışıyor	12	29.3	6	31.6		
Çalışmıyor	29	70.7	13	68.4		
Sosyoekonomik düzey					10.651	0.001
Üst/Orta	16	39.0	16	84.2		
Alt	25	61.0	3	15.8		
Ruhsal hastalık öyküsü*						0.416
Yok	34	82.9	18	94.7		
Var	7	17.1	1	5.3		
Kendine zarar verme öyküsü					2.378	0.123
Yok	24	58.5	15	78.9		
Var	17	41.5	4	21.1		
Suisid girişimi öyküsü					0.000	0.992
Yok	28	68.3	13	68.4		
Var	13	31.7	6	31.6		
Sigara kullanımı					0.000	0.985
Hayır/bıraktım	15	36.6	7	36.8		
Evet	26	63.4	12	63.2		
Alkol kullanımı*						0.735
Hayır/bıraktım	32	78.0	16	84.2		
Evet	9	22.0	3	15.8		
Başka madde kullanımı*						0.233
Hayır/bıraktım	40	97.6	17	89.5		
Evet	1	2.4	2	10.5		
Ailede ruhsal hastalık öyküsü*						0.585
Yok	39	95.1	17	89.5		
Var	2	4.9	2	10.5		

*Fisher Exact Test, ss: Standart sapma, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TSSB saptanan ve saptanmayan iki grup olay özellikleri açısından karşılaştırıldığında iki grup açısından fark saptanmadı (Tablo 2).

Tablo 4.2. TSSB olan ve olmayanların olay özellikleri açısından karşılaştırılması.

	TSSB var (n=41) ortalama±ss		TSSB yok (n=19) ortalama±ss		İstatistiksel analiz	
	n	%	n	%	z	p
Geçen süre (ay)	10.34±11.11		28.47±59.53		-1.347	0.178
Saldırı sırasında hava					X ²	p
Karanlık	26	63.4	7	36.8	3.704	0.054
Aydınlık	15	36.6	12	63.2		
Saldırının gerçekleştiği yer					0.822	0.365
Tanıdık bir mekan	23	56.1	13	68.4		
Tanıdık olmayan mekan	18	43.9	6	31.6		
Mağdur saldırı sırasında*					1.000	
Alkollü değil	34	82.9	16	84.2		
Alkollü	7	17.1	3	15.8		
Saldırının tanığı					0.963	0.326
Yok	29	70.7	11	57.9		
Var	12	29.3	8	42.1		
Fiziksel tespit*					0.705	
Hayır	34	82.9	17	89.5		
Evet	7	17.1	2	10.5		
Sözlü hakaret					1.018	0.313
Yok	18	43.9	11	57.9		
Var	23	56.1	8	42.1		
Fiziksel şiddet					1.018	0.313
Yok	18	43.9	11	57.9		
Var	23	56.1	8	42.1		
Tehdit					1.408	0.235
Yok	17	41.5	11	57.9		
Var	24	58.5	8	42.1		
Tehdit şekli					1.645	0.439
Yok	17	41.5	11	57.9		
Sözlü	19	46.3	7	36.8		
Silah,bıçak vs.	5	12.2	1	5.3		
Saldırının yinelenme sayısı					3.239	0.072
Bir	25	61.0	16	84.2		
Birden fazla	16	39.0	3	15.8		
Tecavüz					0.654	0.419
Yok	17	41.5	10	52.6		
Var	24	58.5	9	47.4		
Tecavüz şekli					0.661	0.718
Yok	17	41.5	10	52.6		
Vajinal	19	46.3	7	36.8		
Vajinal ve/veya dışı	5	12.2	2	10.5		
Saldırıya bağlı hamilelik*					0.545	
Oluşmadı	38	92.7	19	100.0		
Oluştı	3	7.3	0	0		
Mağdur olayı					0.000	1.000
Hiç/kısmen hatırlamıyor	15	36.6	7	36.8		
Tamamen hatırlıyor	26	63.4	12	63.2		
Saldırımı ihbar eden					0.344	0.557
Kendisi	29	70.7	12	63.2		
Kendisi dışında biri	12	29.3	7	36.8		
Saldırımı mağdurdan başkası*					0.168	
Bilmiyor	5	12.2	0	0.0		
Biliyor	36	87.8	19	100.0		

*Fisher Exact Test, ss: Standart Sapma, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TSSB saptanan ve saptanmayan iki grup saldırganın özellikleri açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında fark saptanmadı (Tablo 3).

Tablo 4.3. TSSB olan ve olmayanların saldırgan özellikleri açısından karşılaştırılması.

	TSSB var (n=41)		TSSB yok (n=19)		İstatistiksel analiz	
	n	%	n	%	X ²	p
Saldırgan sayısı*						0.148
Bir	32	78.0	18	94.7		
Birden fazla	9	22.0	1	5.3		
Saldırgan Tanıdık biri değil	21	51.2	6	31.6	2.024	0.155
Tanıdık biri	20	48.8	13	68.4		
Saldırgan Yakalandı	10	24.4	4	21.1	0.403	0.817
Yakalanmadı	25	61.0	11	57.9		
Bilinmiyor	6	14.6	4	21.1		
Saldırgan Tutuklu değil	27	65.9	11	57.9	0.419	0.811
Tutuklu	6	14.6	3	15.8		
Bilinmiyor	8	19.5	5	26.3		

*Fisher Exact Test, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TSSB saptanan ve saptanmayan iki grup olay sonrası açısından karşılaştırıldığında TSSB saptanan grupta saldırıdan sonra ruhsal yardım arayışında bulunma oranının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($X^2=5.021$, $p=0.025$) (Tablo 4).

Tablo 4.4. TSSB olan ve olmayanların olay sonrası özellikleri açısından karşılaştırılması.

	TSSB var (n=41)		TSSB yok (n=19)		İstatistiksel analiz	
	n	%	n	%	X ²	p
Saldırıdan sonra göç/yer değişikliği					0.617	0.432
Yok	28	68.3	11	57.9		
Var	13	31.7	8	42.1		
Saldırıdan sonra iş/okul değişikliği					1.371	0.242
Yok	28	68.3	10	52.6		
Var	13	31.7	9	47.4		
Saldırıdan sonra eş/sevgili ayrılığı					0.002	0.967
Yok	30	73.2	14	73.7		
Var	11	26.8	5	26.3		
Saldırıdan sonra maddi zarar					2.024	0.155
Yok	20	48.8	13	68.4		
Var	21	51.2	6	31.6		
Saldırıdan sonra tehdit edilme					3.513	0.061
Yok	22	53.7	15	78.9		
Var	19	46.3	4	21.1		
Saldırıdan sonra ruhsal yardım arayışı					5.021	0.025
Yok	25	61.0	17	89.5		
Var	16	39.0	2	10.5		
Saldırıdan sonra intihar düşüncesi					3.704	0.054
Yok	15	36.6	12	63.2		
Var	26	63.4	7	36.8		
Saldırıdan sonra intihar girişimi					0.448	0.503
Yok	29	70.7	15	78.9		
Var	12	29.3	4	21.1		
Saldırıdan sonra sigara/alkol/madde başlama*						1.000
Yok	32	78.0	15	78.9		
Var	9	22.0	4	21.1		

*Fisher Exact Test, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TSSB saptanan ve saptanmayan iki grup ölçeklerden aldıkları puanlar açısından karşılaştırıldığında TSSB saptanan grubun ÇBASDÖ ve SF-36 ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı (sırasıyla; $t=2.901$ ve $p=0.005$, $t=4.356$ ve $p=0.000$, $t=4.880$ ve $p=0.000$, $t=6.435$ ve $p=0.000$, $t=-4.159$ ve $p=0.000$, $t=-4.378$ ve $p=0.000$, $t=-4.626$ ve $p=0.000$, $t=-2.549$ ve $p=0.011$, $t=-4.390$ ve $p=0.000$). BDÖ ve BAÖ puanlarının ise TSSB saptanan grupta anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (sırasıyla; $z=5.120$ ve $p=0.000$, $z=5.511$ ve $p=0.000$) (Tablo 5).

Tablo 4.5. TSSB olan ve olmayanların ölçek puanları açısından karşılaştırılması.

	TSSB var (n=41) ortalama±ss	TSSB yok (n=19) ortalama±ss	İstatistiksel analiz	
			z/t	p
ÇBASDÖ	48.46±18.06	62.05±13.90	2.901	0.005
BDÖ*	34.10±9.96	12.21±12.55	5.120	0.000
BAÖ*	41.85±13.43	10.63±11.88	5.511	0.000
SF-36				
Ağrı	6.00±2.98	9.28±1.98	4.356	0.000
Genel sağlık	11.16±4.98	17.69±4.47	4.880	0.000
Vitalite(enerji)	8.24±3.31	14.63±4.10	6.435	0.000
Sosyal fonksiyon	5.12±2.05	7.74±1.85	-4.159	0.000
Fiziksel fonksiyon	20.78±5.83	27.32±4.57	-4.378	0.000
Fiziksel rol güçlüğü	4.68±1.15	6.79±1.47	-4.626	0.000
Emosyonel rol	3.66±0.99	4.53±1.31	-2.549	0.011
güçlüğü	12.22±4.07	18.26±4.15	-4.390	0.000
Mental sağlık				

*Mann Witney U, ss: Standart sapma, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu, ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, SF-36: Kısa Form-36

TSSB saptanan ve saptanmayan iki grup geçmiş travmalar açısından karşılaştırıldığında TSSB saptanan grupta geçmişte ekonomik güçlük ve zorunlu göç yaşama oranının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı (sırasıyla $p=0.006$, $p=0.024$) (Tablo 6).

Tablo 4.6. TSSB olan ve olmayanların geçmiş travmalar açısından karşılaştırılması

	TSSB var(n=41)		TSSB yok(n=19)		İstatistiksel analiz	
	n	%	n	%	X ²	p
Çocukluk çağı travması*						0.516
Yok	33	80.5	16	84.2		
Var	8	19.5	3	15.8		
Doğal felaket*						0.445
Yok	30	73.2	15	78.9		
Var	11	26.8	4	21.1		
Yangın veya patlama*						0.510
Yok	38	92.7	17	89.5		
Var	3	7.3	2	10.5		
Trafik kazası*						0.320
Yok	33	80.5	17	89.5		
Var	8	19.5	2	10.5		
Fiziksel saldırı					0.056	0.813
Yok	29	70.7	14	73.7		
Var	12	29.3	5	26.3		
Cinsel saldırı					0.616	0.432
Yok	26	63.4	14	73.7		
Var	15	36.6	5	26.3		
İşkence veya kötü muamele*						0.208
Yok	37	90.2	19	100.0		
Var	4	9.8	0	0.0		
Cinayet veya intihar*						0.374
Yok	36	87.8	18	94.7		
Var	5	12.2	1	5.3		
Sevilen birinin ani ölümü					0.041	0.839
Yok	27	65.9	12	63.2		
Var	14	34.1	7	36.8		
Sevilen birinin ani hastalığı*						0.374
Yok	36	87.8	18	94.7		
Var	5	12.2	1	5.3		
Sevilen birinden ani ayrılık*						0.572
Yok	33	80.5	15	78.9		
Var	8	19.5	4	21.1		
Aile içi şiddet*						0.279
Yok	35	85.4	18	94.7		
Var	6	14.6	1	5.3		
Ekonomik güçlük*						0.006
Yok	29	70.7	19	100.0		
Var	12	29.3	0	0.0		
Zorunlu göç*						0.024
Yok	32	78.0	19	100.0		
Var	9	22.0	0	0.0		

*Fisher Exact Test, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TSBÖ puanı ile uygulanan diğer ölçekler arasında yapılan korelasyon analizinde TSBÖ ile ÇBASDÖ, SF36 ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, mental sağlık arasında orta derecede anlamlı negatif, TSBÖ ile emosyonel rol güçlüğü arasında düşük derecede anlamlı negatif korelasyon saptandı (sırasıyla $r=-0.372$ ve $p=0.003$, $r=-0.629$ ve $p=0.000$, $r=-0.552$ ve $p=0.000$, $r=-0.689$ ve $p=0.000$, $r=-0.608$ ve $p=0.000$, $r=-0.617$ ve $p=0.000$, $r=-0.564$ ve $p=0.000$, $r=-0.654$ ve $p=0.000$, $r=-0.266$ ve $p=0.040$). Ayrıca TSBÖ ile BDÖ arasında orta derecede anlamlı pozitif, TSBÖ ile BAÖ arasında güçlü derecede anlamlı pozitif korelasyon saptandı ($r=0.721$ ve $p=0.000$, $r=0.783$ ve $p=0.000$) (Tablo 7).

Tablo 4.7. TSBÖ ile ÇBASDÖ, BDÖ, BAÖ ve SF-36 arasındaki korelasyon analizi.

	TSBÖ	
	r	p
ÇBASDÖ	-0.372	0.003
BDÖ	0.721	0.000
BAÖ	0.783	0.000
SF-36		
Ağrı	-0.629	0.000
Genel sağlık	-0.552	0.000
Vitalite(enerji)	-0.689	0.000
Sosyal fonksiyon	-0.608	0.000
Fiziksel fonksiyon	-0.617	0.000
Fiziksel rol güçlüğü	-0.564	0.000
Emosyonel rol güçlüğü	-0.266	0.040
Mental sağlık	-0.654	0.000

TSBÖ: Travmatik Stres Belirti Ölçeği, ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, SF-36: Kısa Form-36

TSSB gelişimini yordayan faktörlerin saptanması amacıyla yapılan regresyon analizinde; alt sosyoekonomik düzeyde olma ve saldırıdan sonra intihar düşüncesi varlığının TSSB gelişimini yordadığı belirlendi (OR=8.265 ve p=0.011, OR=6.964 ve p=0.017) (Tablo 8).

Tablo 4.8. TSSB gelişimini yordayan faktörlerin saptanması için yapılan lojistik regreyon analizi.

Bağımsız Değişkenler	B	S.E.	Wald	P	OR
Yaş	0.129	0.066	3.804	0.051	1.138
Sosyoekonomik düzey					
Alt	2.112	0.826	6.535	0.011	8.265
Orta/üst	1	--	--	--	--
Saldırıdan sonra ruhsal yardım					
Yok	1	--	--	--	--
Var	1.566	0.907	2.979	0.084	4.785
Saldırıdan sonra intihar düşüncesi					
Yok	1	--	--	--	--
Var	1.941	0.816	5.654	0.017	6.964
Constant	-4.756	2.017	5.561	0.018	0.009

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

5. TARTIŞMA

Cinsel travma yaşamış kadınlarda, yaşam boyu %17-65 oranında TSSB gelişebildiği bildirilmiştir (158). Farklı çalışmalarda bu oran %16-60 olarak rapor edilmiştir (159,160,161). II. Dünya Savaşı sırasında tecavüze uğrayan kadınlarla yürütülen bir çalışmada, mağdurların %49'unda TSSB geliştiği saptanmıştır (162). Tecavüz mağduru 93 kadınla yapılan bir çalışmada ise mağdurların %61.3'ünün TSSB tanısı aldığı tespit edilmiştir (19). Tecavüz veya farklı bir cinsel saldırıya (tecavüz girişimi, okşama, taciz gibi) maruz kalan kadınlarla yapılan bir çalışmada, mağdurların %45'inde TSSB saptandığı, ek olarak %25'inin subklinik TSSB semptomları taşıdığı bildirilmiştir (120). 2005-2008 yılları arasında adli makamlara yansıyan cinsel suç olgularının incelendiği bir çalışmada, farklı cinsel saldırılara maruz kalan mağdurların %32.62'sine yerel kurumlarca ruh sağlığının bozulduğu yönünde rapor düzenlendiği, ruh sağlığı bozulan mağdurların %84.57'sine TSSB tanısı konduğu tespit edilmiştir (85). Bizim çalışmamızda TSSB oranı %68.3 gibi oldukça yüksek bir oranda saptanmıştır. Çalışmamızın bu sonucu literatürdeki çalışmalarla birlikte değerlendirildiğinde cinsel travmaların çok yüksek oranda TSSB'ye neden olduğu bilgisi desteklenmiş olmaktadır.

Çalışmamızda, TSSB saptanan ve saptanmayan iki grup mağdur özellikleri açısından karşılaştırıldığında, TSSB saptanan grupta kendisini alt sosyoekonomik düzeyde algılama oranının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Farklı travmatik deneyimlere maruz kalanlarla yapılan çalışmalarda sosyoekonomik açıdan dezavantajlı olanlarda daha yüksek oranda TSSB saptandığı belirlenmiştir. Terörist saldırı, deprem, yakınına ölümcül hastalık tanısı konulma gibi travmatik deneyimler yaşayan kişilerle yapılan veya birbirinden farklı travmatik deneyimleri olan kişilerle yapılan çalışmalarda düşük sosyoekonomik düzeye sahip kişilerde TSSB'nin daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır (65, 163, 164). Kişilerin gelir düzeyi arttıkça daha fazla kaynakları olduğu dolayısıyla travmatik deneyimle daha kolay baş edebildikleri ve bu kişilerde daha az TSSB geliştiği düşünülmektedir (164). Ayrıca düşük sosyoekonomik düzeydeki kişilerde TSSB'nin uzun dönemdeki olumsuz sonuçları daha sık görülmektedir (165). Çalışmayan, dolayısıyla düşük sosyoekonomik düzeye sahip olan cinsel saldırı mağdurlarında da TSSB'nin daha

yüksek oranda görüldüğü düşünülmektedir (85, 108, 110, 163, 165). Çalışmamızda geçmişte ekonomik güçlük ve zorunlu göç yaşamış olanlarda, cinsel saldırıya bağlı TSSB oranının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Katılımcıların yeterli sayıda olmaması nedeniyle, geçmişte travmatik deneyime sahip olanlar ve olmayanlar her bir travmatik deneyim için güncel cinsel saldırıya bağlı TSSB gelişme oranı açısından karşılaştırılmaları ile ilgili sonuçların ele alınması güçleşmektedir. Ancak yine de geçmişte cinsel ya da farklı travmatik deneyimlere sahip olmanın güncel cinsel travma nedeniyle TSSB gelişim açısından risk oluşturduğu bilinmektedir (23, 108, 120). Geçmişte ekonomik güçlük yaşayan ve ekonomik güçlük yaşamış olmaya katkısı olabilecek zorunlu göç deneyimine sahip olanlarda, cinsel saldırıya bağlı TSSB gelişmesi oranının yüksek olması sonucu ile birlikte değerlendirildiğinde, sosyoekonomik düzey ve cinsel saldırıya bağlı TSSB gelişimi arasında yakın bir ilişki olabileceğini düşündürmektedir. Düşük sosyoekonomik seviyeye sahip olmanın cinsel saldırıya maruz kalma açısından önemli bir risk faktörü olması konunun diğer önemli bir yönünü oluşturmaktadır (108). Sosyoekonomik açıdan sorun yaşamakla travmatik deneyimler sonrasında ruhsal bozukluk gelişmesi arasındaki ilişkinin tam olarak belirlenemediği belirtilmişse de (126) çalışmamızın sonuçları bu tartışmaya önemli katkıda bulunmaktadır. Travmatik deneyimlere maruz kalan kişilerin kendilerini ve Dünya'yı değerlendirme biçimleri değişebilmektedir. TSSB saptanan ve saptanmayan iki grup arasında aylık gelir düzeyi bakımından fark saptanmamasına karşın algılanan sosyoekonomik seviyede farklılık saptanmış olması TSSB gelişenlerin değişen bu algılarıyla da ilişkili olabilir.

Çalışmamızda, TSSB saptanan ve saptanmayan iki grup olay ve saldırgan özellikleri açısından karşılaştırıldığında iki grup açısından fark saptanmamıştır. Saldırıya spesifik değişkenlerin, TSSB gelişimi ve şiddeti ile ilişkili olduğu bilinmesine rağmen genel olarak bu değişkenlerin TSSB için önemli yordayıcılar olduğu gösterilememiştir (11, 29). Literatürde tecavüzün zorlayıcı doğasının bu travmayı benzersiz kıldığına dikkat çekilmiş olup (21), penetrasyon içeren cinsel travmalar sonrasında TSSB gelişiminin diğer cinsel travmalara göre daha muhtemel olduğu, ayrıca saldırgan sayısı ve mağdurun saldırganla olan ilişkisinin TSSB gelişmesinde etkili olabileceği ileri sürülmüştür (120). Tecavüz mağdurları ile

yapılan 1 yıllık bir izlem çalışmasında enseste ve tecavüz sırasında fiziksel şiddete maruz kalanlarda TSSB oranının daha yüksek olduğu, bu faktörlerin 1 yıl sonunda kronik TSSB gelişimini yordadığı saptanmıştır (166). Ancak tanıdık olmayan biri tarafından cinsel saldırıya uğrayan kadınlarda, tanıdık biri tarafından saldırıya uğrayanlara göre daha sık TSSB geliştiğinin gösterildiği çalışmalar da mevcuttur (29,167). İsveç'te tecavüz mağdurları ile yapılan bir çalışmada, çalışmamızda da araştırılan, mağdurun tehdit edilmesi, birden fazla cinsel eyleme maruz kalması, birden fazla kişinin saldırısına maruz kalması ve fiziksel olarak yaralanmasının TSSB gelişimi açısından risk oluşturduğu belirlenmiştir (23). Ancak bu çalışmalarda, çalışmamızdan farklı olarak, tüm katılımcılar tecavüz mağdurudur ve çalışmaya katılan kişi sayısı oldukça fazladır. Danimarka'da yapılan bir çalışmada ise cinsel saldırının tipi, saldırgan sayısı, mağdurun saldırganla olan yakınlığı ve penetrasyon olup olmaması açısından TSSB gelişen ve gelişmeyenler arasında fark saptanmamıştır (120). Benzer bir çalışmada; bir ya da birden fazla kez cinsel saldırıya uğramanın, penetrasyon olup olmamasının ve olayın gerçekleştiği yerin ruh sağlığının bozulması açısından fark oluşturmadığı, saldırganın tanıdık olmayan biri olmasının ise ruh sağlığının bozulma riskini arttırdığı tespit edilmiştir (108). Çalışmamızın sonuçlarına benzer bulguların elde edildiği bu çalışmalara, çalışmamıza benzer biçimde, farklı biçimlerde cinsel saldırıya maruz kalmış kişiler alınmıştır. Çalışmamızın bu sonuçları literatürdeki çalışmalarla birlikte değerlendirildiğinde olay ve saldırgan özelliklerinin cinsel saldırının şiddeti ile ilişkili olarak TSSB gelişiminde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Ancak diğer yandan cinsel saldırının şiddeti, kişisel değerlendirmelerden etkilenebileceğinden çalışmamızın bu sonucu bireysel farklılıklarla da açıklanabilir.

Çalışmamızda, TSSB saptanan ve saptanmayan iki grup olay sonrası açısından karşılaştırıldığında, TSSB saptanan grupta saldırıdan sonra ruhsal yardım arayışında bulunma oranının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Beklenebilir bu bulgu, cinsel saldırıdan etkilenme düzeyi arttıkça ruhsal tedaviye başvurunun da arttığı şeklinde yorumlanabilir. Bununla birlikte, yapılan çalışmalarda genel olarak travmatik deneyimi olan kişilerden ruhsal belirtilere sahip olanların çoğunun tedaviye başvurmadığı bildirilmiştir (168). Cinsel saldırı mağdurlarının önemli bir kısmında yaşam kalitesinde ve işlevsellikte bozulmaya yol açan kronik

belirtiler gelişmektedir (7, 8). Diğer travmatik deneyimlere göre daha yüksek oranda psikopatolojiye yol açan cinsel saldırılardan sonra da mağdurların küçük bir kısmının (%19-39) tedavi başvurusunda bulunduğu bilinmektedir (169,170,171). Çalışmamızda da TSSB gelişmiş olanlar arasında ruhsal yardım arayışı için başvurma oranının %39 olduğu belirlenmiştir. Olaydan kısa bir süre sonra yapılan müdahaleler yararlı olabilmesine rağmen (172), cinsel saldırı mağdurlarının tedavi için başvuramaları önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Çalışmamızda olay sonrası intihar düşüncesine sahip olmanın TSSB gelişimini yordadığı saptanmıştır. Çalışmamızın bu bulgusu da intihar düşüncesine sahip olmanın psikopatolojinin şiddetini belirlemesi bakımından önemli görünmektedir.

Çalışmamızda, TSSB saptanan ve saptanmayan iki grup ölçeklerden aldıkları puanlar açısından karşılaştırıldığında TSSB gelişenlerde algılanan sosyal desteğin anlamlı düzeyde daha düşük olduğu, algılanan sosyal destek azaldıkça TSSB şiddetinin arttığı saptanmıştır. Travma sonrasındaki sosyal destek azlığının travmanın kişi üzerindeki ruhsal etkilerini arttırarak ruhsal bozuklukların görülme olasılığını arttırdığı (67,126) ve mağdura karşı olumsuz sosyal tepkilerin TSSB gelişimi açısından güçlü bir yordayıcı olduğu belirlenmiştir (19, 21). Olumsuz sosyal tepki, TSSB gelişimi açısından en güçlü yordayıcılardan birisidir (11). TSSB'nin prognozu değişken olmakla birlikte travma sonrası süreçte stres verici yeni yaşam olayları, sosyal destek yokluğu, araya giren ek tanılar tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir (108). Travma mağduruna yönelik olumsuz sosyal tepkilerin, mağdurda daha fazla oranda TSSB gelişmesine ve kronikleşmesine ve mağdurun kendisini daha zor toparlamasına neden olduğu ayrıca mağdurun ruhsal durumunun olumsuz tepkilerden, olumlu tepkilere göre daha fazla etkilendiği bildirilmiştir (110). Cinsel saldırı mağduru kadınlarda olumlu algılanan sosyal destek ve alınan destekten duyulan memnuniyetin artmasıyla TSSB şiddetinin azaldığı tespit edilmiştir (120). Cinsel saldırı mağduru 93 kadınla yapılan bir çalışmada mağdurların %68.8'i olumsuz sosyal tepkilere maruz kaldığını belirtmiş, olumsuz sosyal reaksiyonların TSSB ve TSSB semptomlarının şiddetini arttırdığı belirlenmiştir (19).

Çalışmamızda TSSB saptanan ve saptanmayan iki grup ölçeklerden aldıkları puanlar açısından karşılaştırıldığında TSSB gelişenlerin anksiyete düzeylerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu, TSSB şiddeti arttıkça anksiyete düzeyinin arttığı

saptanmıştır. TSSB'nin DSM IV'de anksiyete bozuklukları başlığı altında sınıflandırıldığı düşünüldüğünde bu bulgunun beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda TSSB saptanan ve saptanmayan iki grup ölçeklerden aldıkları puanlar açısından karşılaştırıldığında TSSB gelişenlerde depresyon belirti şiddetinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu, TSSB şiddeti arttıkça depresyon belirti şiddetinin arttığı saptanmıştır. Cinsel saldırı mağduru kadınların olay karşısında yaşadıkları çaresizlik, utanç ve suçluluk gibi duygular, MD gelişimine yol açabilmektedir. Bu yüzden cinsel saldırı sonrası MD gelişimi de en az TSSB gelişimi kadar muhtemeldir. Cinsel saldırı sonrasında MD ve TSSB birlikteliği ruhsal değerlendirmede unutulmaması gereken önemli bir eş tanı olarak görünmektedir (80). MD ve TSSB'nin birlikte en kolay ortaya çıkan ve en sık görülen bozukluklar olduğu bildirilmiştir (146). Daha önce yapılan çalışmalarda TSSB tanısı olanların %21-94'ünde komorbid MD tanısının olduğu gösterilmiştir (136, 137, 138, 139). Yaşamları boyunca bir veya daha fazla travmaya maruz kalmış 320 kadınla yapılan bir çalışmada TSSB yaygınlığı %13.8 bulunmuş; TSSB'ye en sık eşlik eden bozukluğun ise MD (%43.2) olduğu belirtilmiştir (146). İsveç'te 317 tecavüz mağduru kadınla yapılan 6 aylık izlem çalışmasında kadınların %39'unda TSSB, %47'sinde ise orta veya şiddetli MD geliştiği saptanmıştır (23). Eskişehir'de cinsel saldırı mağdurları ile yapılan bir çalışmada olguların %14.4'ünde TSSB'ye MD tanısının eşlik ettiği bildirilmiştir (85). Çalışmamızda TSSB olan grupta BDÖ puanının anlamlı düzeyde yüksek olması, cinsel travmalar sonrasında TSSB ve MD'nin yüksek komorbiditesi ile açıklanabilir.

Çalışmamızda, TSSB saptanan ve saptanmayan iki grup ölçeklerden aldıkları puanlar açısından karşılaştırıldığında TSSB saptanan grubun SF-36 ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, TSSB şiddeti arttıkça ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, fiziksel fonksiyon, fiziksel rolü yerine getirme, mental sağlık ve emosyonel rolü yerine getirmenin azaldığı saptanmıştır. TSSB ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki ile sınırlı sayıda literatür bulunmaktadır. Yaşam kalitesi bireyi etkileyen sosyoekonomik durum, fizik çevre, hastalık gibi birçok durumdan etkilenebilmektedir (173). Fizik

tedavi gören yanık hastalarında TSSB yaygınlığını araştırmak ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada olguların %38.1'inde TSSB saptanmış, bu hastaların TSSB olmayanlara göre daha kötü fiziksel fonsiyona ve daha düşük oranda vitalite, sosyal ve fiziksel rol işlevine sahip oldukları belirtilmiştir (174). 1999 depremini yaşayan 90 depremzede ile yapılan bir çalışmada SF-36 ile ölçülen yaşam kalitesine ait tüm alt ölçek puanlarının TSSB olan grupta düşük olduğu tespit edilmiştir (175). Eşi tarafından şiddete (sözel, fiziksel, duygusal, ekonomik, cinsel) uğrayan 410 kadınla yapılan bir çalışmada SF-36'nın tüm alt ölçek puanlarının düşük olduğu tespit edilmiştir. Norveç'te eşi şiddeti mağdurları ile yapılan benzer bir çalışmada SF-36'nın bütün alt ölçeklerinde azalma olduğu belirlenmiştir (173). Alkol bağımlılarında TSSB ek tanısı ve yaşam kalitesi ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, TSSB ek tanısı alan alkol bağımlılarında SF-36 ile ölçülen yaşam kalitesi puanları ortalamasının tüm alt boyutlarda daha düşük olduğu tespit edilmiştir (176). Cinsel saldırı dışındaki travmatik olaylara maruz kalan ve TSSB gelişen kişilerde SF-36 ile değerlendirilen yaşam kalitesinin anlamlı ölçüde azaldığı belirlenmiştir. Çalışmamızın sonuçları bu durumun cinsel saldırı nedeniyle TSSB gelişen kişiler için de geçerli olduğunu göstermektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmanın kesitsel olması, çalışmadaki katılımcı sayısının düşük olması ve katılımcıların sadece adli vakalardan oluşması nedeniyle çalışmamızın sonuçlarının tüm cinsel saldırılara genellememesi, yeterli sayıda yetişkin erkek cinsel saldırı mağduruna ulaşılamadığından ruhsal ve sosyal sorunlar açısından kadın ve erkek arasındaki farklılığa bakılamaması, ölçeklerin uygulanabilirliği açısından okur yazar olmayanların çalışmaya dahil edilememesi, değerlendirmede kullanılan ölçeklerin özbildirime dayalı olması, intihar düşüncesinin bir ölçekle sorgulanmaması başlıca kısıtlılıklarıdır. Ayrıca TSSB saptanan katılımcıların saptanmayanlara göre algıladıkları sosyal desteğin hastalık nedeniyle yanlı olarak daha düşük olabileceği kısıtlılık olarak göz önünde bulundurulmalıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1) Çalışmamızda, cinsel saldırıya uğrayan kadınlar arasında TSSB oranının %68.3 olduğu saptanmıştır.

2) TSSB saptanan ve saptanmayan iki grup mağdur özellikleri açısından karşılaştırıldığında, TSSB saptanan grupta kendisini alt sosyoekonomik düzeyde algılama oranının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

3) Geçmişte ekonomik güçlük yaşamış ve zorunlu göç yaşamış olanlarda, cinsel saldırıya bağlı TSSB oranının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.

4) TSSB saptanan ve saptanmayan iki grup olay ve saldırgan özellikleri açısından karşılaştırıldığında iki grup açısından fark saptanmamıştır.

5) TSSB saptanan ve saptanmayan iki grup olay sonrası özellikler açısından karşılaştırıldığında, TSSB saptanan grupta saldırıdan sonra ruhsal yardım arayışında bulunma oranının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. TSSB gelişmiş olanlar arasında ruhsal yardım arayışı için başvurma oranının %39 olduğu belirlenmiştir.

6) Olay sonrası intihar düşüncesine sahip olmanın TSSB gelişimini yordadığı saptanmıştır.

7) TSSB saptanan ve saptanmayan iki grup karşılaştırıldığında TSSB gelişenlerde algılanan sosyal desteğin anlamlı düzeyde daha düşük olduğu, algılanan sosyal destek azaldıkça TSSB şiddetinin arttığı saptanmıştır.

8) TSSB saptanan ve saptanmayan iki grup karşılaştırıldığında TSSB gelişenlerin anksiyete düzeylerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu, TSSB şiddeti arttıkça anksiyete düzeyinin arttığı saptanmıştır.

9) TSSB saptanan ve saptanmayan iki grup karşılaştırıldığında TSSB gelişenlerde depresyon belirti şiddetinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu, TSSB şiddeti arttıkça depresyon belirti şiddetinin arttığı saptanmıştır.

10) TSSB saptanan ve saptanmayan iki grup karşılaştırıldığında TSSB saptanan grubun SF-36 ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, TSSB şiddeti arttıkça

ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, fiziksel fonksiyon, fiziksel rolü yerine getirme, mental sağlık ve emosyonel rolü yerine getirmenin azaldığı saptanmıştır.

Cinsel saldırı mağdurlarının, psikososyal ve tıbbi destek alma oranlarının çeşitli sebeplerle düşük olduğu bilinmektedir. Diğer yandan cinsel saldırı sonrası oluşan sosyal ve ruhsal bozukluklar önemli toplumsal sorunlara yol açabilmektedir. Pek çok Avrupa ülkesinde cinsel saldırı kurbanları, Cinsel Saldırı Müdahale Ekibi (SART) veya Tecavüz Kriz Merkezleri adı altında, 7 gün 24 saat hizmet veren merkezlere yönlendirilmektedir. Bu merkezlerde mağdurlar, cinsel saldırılarla ilgili tanı koyma, tedavi, delil toplama, potansiyel komplikasyonları önleme, kriz danışmanlığı yapma konusunda özel olarak eğitilmiş uzman kişiler tarafından muayene edilmekte, muayene boyunca ve sürecin sonraki aşamalarında ruhsal destek almakta, saldırının detaylarını sorgulama ve olayın kovuşturmasına yön verecek özel eğitilmiş kişiler tarafından ifadeleri alınmakta ve süreç ile ilgili hukuki danışmanlık alabilmektedir. Çalışma sonuçlarımızın, cinsel saldırı sonrası yüksek oranda TSSB geliştiğini ve cinsel saldırıların yaşam kalitesinde önemli bozulmalara neden olduğunu göstermesi, ülke genelinde cinsel saldırı mağdurlarına en hızlı ve en etkin şekilde uzman kişiler tarafından tıbbi ve ruhsal müdahalenin yapıldığı merkezlere ihtiyaç olduğuna işaret etmektedir. Bu merkezler aynı zamanda travma mağdurları için iyi tanıklık yapma gibi bir işlev üstlenmeleri bakımından da önemlidir.

Bu merkezlerin diğer bir işlevi de hukuki süreç için gerekli verilerin toplanmasını sağlamaktır. 2014 yılında TCK'de yapılan değişiklik ile birlikte cinsel saldırı suçları sonrası mağdurun ruh sağlığının bozulmasının, suçu nitelikli hale getirmesi yasadan çıkarılmıştır. Bu nedenle, adli makamlarca rapor düzenlenmek üzere mağdurlar gönderilmemeye başlanmıştır. Ancak bu durum hem hukuki süreç için delillendirme yapılmasına hem de mağdurun ruhsal destek alabilmesini sağlayabilecek bir kapının kapanmasına neden olmuştur. Bu nedenle ruh sağlığı profesyonelleri ve hukuk alanında çalışanların mağdurun yararını merkeze koyacak ortaklaşmış uygulamalar konusunda çalışmaları gerekmektedir.

Farklı merkezlerde ve farklı yöntemlerle yürütülecek daha geniş kapsamlı, longitudinal ve biyolojik parametreleri de içeren çalışmalarla hem cinsiyet farklılıklarını karşılaştırmak hem de farklı mağdur özelliklerine sahip gruplarda ruhsal ve sosyal sorunları araştırmak mümkün olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Gölge ZB. Cinsel travma sonrası oluşan cinsel sorunlar. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2005; 42(1-2-3-4): 19-28
2. Kilpatrick, DG.; Resnick, HS.; Ruggiero, KJ.; Conoscenti, LM.; McCauley, J. Charleston, SC. Drug-facilitated, incapacitated, and forcible rape: A national study. Medical University of South Carolina, National Crime Victims Research & Treatment Center; 2007.
3. La Flair LN, Franko DL, Herzog DB. Sexual assault and disordered eating in Asian women. *Harv Rev Psychiatry* 2008; 16: 248-257.
4. Faravelli C, Giugni A, Salvatori S, Rica V. Psychopathology after rape. *Am J Psychiatry* 2004;161:1483-1485.
5. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: *World Report on Violence and Health*, World Health Organization, Geneva, 2002, s. 57-86.
6. Kendall-Tackett K. The Long-term health effects of child sexual abuse. In: Goodyear-Brown P, ed..*Handbook of Child Sexual Abuse. Identification, Assessment and Treatment* , New Jersey: John Wiley & Sons. 2012, s. 49-70.
7. Pacella ML, Hruska B, Delahanty DL. The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: A meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders*. 2012; 27:33
8. Suris A, Lind L, Kashner TM, Borman PD. Mental health, quality of life, and health functioning in women veterans differential outcomes associated with military and civilian sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*. 2007; 22:179
9. The American College of Obstetricians and Gynecologists Technical Bulletin. Sexual assault. *Int Gynecol Obstet* 1993; 42: 67-72
10. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. Sexual violence. In: *World Report on Violence and Health*, World Health Organization, Geneva, 2002, s.149-181.
11. Ullman SE, Filipas HH, Townsend SM. Psychosocial correlates of PTSD symptom severity in sexual assault survivors. *J Trauma Stres* 2007; 20: 821-831.

12. Krahe B. Childhood sexual abuse and revictimization in adolescence and adulthood. *Journal of Personal & Interpersonal Loss* 2000; 5:149-166.
13. Elklit A, Christiansen DM (2010) ASD and PTSD in rape victims. *J Interpers Violence* 25: 1470–1488.
14. Masho SW, Ahmed G (2007) Age at sexual assault and posttraumatic stress disorder among women: prevalence, correlates, and implications for prevention. *J Womens Health (Larchmt)* 16: 262–271.
15. Resnick H. Prevalence of civilian trauma and post-traumatik stres disorder in representative national sample of women. *Journal Consulting and Clinical Psychology* 1993; 61(6): 984-99
16. Ask Elklit, Louise Due, and Dorte M. Christiansen. Predictors of acute stress symptoms in rape victims. *Traumatology* 2009; 15; 38
17. Rothbaum BO, Foa EB, Rigss D ve ark. A prospective examination of post traumatic stres disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress* 1992; 5: 455-75.
18. Kuwert P, Glaesmer H, Eichhorn S, Grundke E, Pietrzak RH, Freyberger HJ, Klauer T. Long-term effects of conflict-related sexual violence compared with non-sexual war trauma in female WorldWar II survivors: AMatched Pairs Study. *Arch Sex Behav* (2014) 43:1059–1064
19. Gölge ZB, Yavuz MF, Korkut S, Kahveci S. Yetişkin kadın mağdurlarda cinsel saldırı sonrası görülen ruhsal ve sosyal sorunlar. *Adli Tıp Bülteni*, 2013;18 (3):73-82.
20. Ullman SE. Social reactions, coping strategies, and self-blame attributions in adjustment to sexual assault. *Psychology of Women Quarterly* 1996; 20 505-526.
21. Ullman SE, Filipas HH. Predictors of PTSD symptom severety and social reactions in sexual assault victims. *J Trauma Stress* 2001; 14: 369-389.
22. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD (2000) Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 68: 748–766.
23. Anna Tiihonen Möller AT, Backström t, Söder gaard HP, Helström L. Identifying risk factors for PTSD in women seeking medical help after rape. *Plos One* October 2014; 9 (10): 1-9

24. Resnick H, Acierno R, Kilpatrick DG, Holmes M (2005) Description of an early intervention to prevent substance abuse and psychopathology in recent rape victims. *Behav Modif* 29: 156–188.
25. Rothbaum BO, Kearns MC, Price M, Malcoun E, Davis M, et al. (2012) Early intervention may prevent the development of posttraumatic stress disorder: A randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure. *Biol Psychiatry* 72: 957–963.
26. Nishith P, Mechanic MB, Resick PA (2000) Prior interpersonal trauma: the contribution to current PTSD symptoms in female rape victims. *J Abnorm Psychol* 109: 20–25.
27. Ullman SE, Brecklin LR. Sexual assault history, PTSD, and mental health service seeking in a national sample of women. *Journal of Community Psychology*. 2002; 30:261–279.
28. Zinzow HM, Resnick HS, McCauley JL, Amstadter AB, Ruggiero KJ, et al. (2010) The role of rape tactics in risk for posttraumatic stress disorder and major depression: results from a national sample of college women. *Depress Anxiety* 27: 708–715.
29. Ullman SE, Filipas HH, Townsend SM, Starzynski LL (2006) The role of victim offender relationship in women's sexual assault experiences. *J Interpers Violence* 21: 798–819.
30. Temple JR, Weston R, Rodriguez BF, Marshall LL (2007) Differing effects of partner and nonpartner sexual assault on women's mental health. *Violence Against Women* 13: 285–297.
31. Kaysen D, Simpson T, Dillworth T, Larimer ME, Gutner C, et al. (2006) Alcohol problems and posttraumatic stress disorder in female crime victims. *J Trauma Stress* 19: 399–403.
32. Doğan S. Deprem ve işkence sonrası oluşan travma sonrası stres bozukluğunun karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 2001.

33. Baysak E. Acil ve yoğun bakım çalışanlarında travma sonrası stres bozukluğu, stresle başa çıkma tarzları, tükenmişlik ve ilişkili etkenler. Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 2010.
34. Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 13. Baskı, BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın Ve Tanıtım Ltd. Şti. Ankara, 2015: 380-390.
35. Türksoy N. Psikolojik travma ve tanım sorunları. Psikolojik Travma Yazıları (1). 5US Yayınları; 2001.
36. Tükel R, Alkın T. Anksiyete Bozuklukları. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın Ve Tanıtım Ltd. Şti. Ankara 2006: 385-466.
37. Aker T. Temel sağlık hizmetlerinde psikososyal travmaya yaklaşım. İstanbul, Mutlu Doğan Ofset U. V. Lak Tesisleri; 2000.
38. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR).(Çev. Ed. E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.
39. Bilgiç S. Travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu ile uyum bozukluğunun klinik açıdan karşılaştırılması. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir, 2011.
40. Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı, HYB Basın Yayın, Ankara, 2007: 353-359.
41. Bedirli B. Deprem travmasının kronik psikolojik etkileri: Düzce depremi'nden 14 yıl sonra travma sonrası stres ve depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk faktörleri. Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2014
42. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
43. B Özgen F, Aydın H. Travma sonrası stres bozukluğu. Klinik Psikiyatri. 1999;1:34-41.

44. Koryürek MM. Iraklı sivillerde savaş travmasına bağlı ruhsal sorunların yordayıcıları. Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 2011.
45. Husain F, Anderson M, Lopes Cardozo B, Becknell K, Blanton C, Araki D. & Vithana E. K. 2011. Prevalence of war-related mental health conditions and association with displacement status in postwar jaffna district, Sri Lanka. *Jama*, 306, 522-31.
46. Roberts, B., Damundu, E. Y., Lomoro, O. & Sondorp, E. 2009. Post-conflict mental health needs: A cross-sectional survey of trauma, depression and associated factors in juba, Southern Sudan. *Bmc Psychiatry*, 9, 7.
47. Sundin, J., Forbes, H., Fear, N. T., Dandeker, C. & Wessely, S. 2011. The impact of the conflicts of Iraq and Afghanistan: A UK perspective. *Int Rev Psychiatry*, 23, 153-9.
48. Iversen, A.C., Van Staden, L., Hughes, J. H., Browne, T., Hull, L., Hall, J., Greenberg, N., Rona, R. J., Hotopf, M., Wessely, S. & Fear, N. T. 2009. The prevalence of common mental disorders and PTSD in the UK military: Using data from a clinical interview-based study. *Bmc Psychiatry*, 9, 68.
49. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ Ve Ark. (2002) 60,000 Disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981- 2001. *Psychiatry*, 65:207-239.
50. Gidron Y (2002) Posttraumatic stress disorder after terrorist attacks: A review. *J Nerv Ment Dis*, 190:118-121.
51. North CS, Nixon SJ, Shariat S Ve Ark. (1999) Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *JAMA*, 282:755-762.
52. Frank G, Njenga FG, Nicholls PJ Ve Ark. (2004) Post-traumatic stress after terrorist attack: psychological reactions following the US embassy bombing in Nairobi. *Br J Psychiatry*, 185:328-333.
53. Gabriel R, Ferrando L, Corto'N ES Ve Ark. (2007) Psychopathological consequences after a terrorist attack: An epidemiological study among victims, the general population, and police officers. *Eur Psychiatry*, 22: 339-346.
54. Galea S, Ahern J, Resnick H Ve Ark. (2002) Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *N Engl J Med*, 346:982-987.

55. Schlenger WE, Caddell JM, Ebert L Ve Ark. (2002) Psychological reactions to terrorist attacks: Findings from the national study of Americans' reactions to september 11. JAMA, 288:581-588.
56. Eşsizozğlu A, Yaşan A, Bülbül İ, Önal S, Yıldırım Ea, Aker T. Bir terörist saldırı sonrasında travma sonrası stres bozukluğu gelişimin etkileyen risk faktörleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2009; 20:118-126.
57. Ehrling T, Razik S, Emmelkamp Pm. Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, anxiety, depression, and burnout in Pakistani earthquake recovery workers. Psychiatry Res 2011; 185: 161-6.
58. Bland Sh, O'leary Es, Farinero E Ve Ark. Long-term psychological effects of natural disasters. Psychosom Med 1996; 58: 18-24.
59. Fan F, Zhang Y, Yang Y Ve Ark. Symptoms of posttraumatic stress disorder, depression, and anxiety among adolescents following the 2008 wenchuan earthquake in China. J Trauma Stress 2011; 24: 44-53.
60. Aker At. 1999 Marmara depremleri: epidemiyolojik bulgular ve toplum ruh sağlığı uygulamaları üzerine bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Derg 2006; 17: 204-12.
61. Aksaray G, Kortan G, Erkaya H Ve Ark. Gender differences in psychological effect of the august 1999 earthquake in Turkey. Nord J Psychiatry 2006; 60: 387-91.
62. Kılıç, C., Aydın, I., Taskıntuna, N., Ozcurumez, G., Kurt, G., Eren, E., Lale, T., Ozel, S. & Zıileli, L. 2006. Predictors of psychological distress in survivors of the 1999 earthquakes in turkey: effects of relocation after the disaster. Acta Psychiatr Scand, 114, 194-202.
63. Bulut S. Depremden sonra çocuklarda görülen travma sonrası stres tepkilerinin yaş ve cinsiyetler açısından karşılaştırılması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2009, 4 (31), 43-51.
64. Bilici R, Tufan E, Turhan L, Karakaş Uğurlu G, Tan S, Kaşan T. Deprem sonrasında bireylerin anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörler: elazığ merkezli bir ön çalışma. Fırat Tıp Dergisi 2013; 18(1): 15-19.

65. Can İÖ, Demiroğlu Uyaniker Z, Ulaş H, Karabağ G, Cimilli C, Salaçin S. Travma mağdurlarında ruhsal travma bulguları. Nöropsikiyatri Arşivi 2013; 50: 230-236
66. Breslau N. Gender differences in trauma and posttraumatic stress disorder. J Gend Specif Med 2002; 5:34-40.
67. Özaltın M, Kaptanoğlu C, Aksaray G. Motorlu araç kazalarından sonra görölen akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu. Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15:16-25.
68. Frans O, Rimmö PA, Aberg L, Fredrikson M. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in the general population. Acta Psychiatr Scand 2005; 111:291-299.
69. Yaşan A., Güzel A., Tamam Y., Ozkan M. Predictive factors for acute stress disorder and posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. Psychopathology 2009;42:236–241
70. Karbeyaz K., Gündüz T., Balcı Y., Akkaya H. Cinsel suç mağdurlarının ruh sağlığı hakkında düzenlenen adli psikiyatrik raporlar ve bilirkişilik kurumları arası uzlaşma sorunu. Türk Psikiyatri Dergisi 2012;23().
71. Uğuz ř, Toros F, Yazgan İnan B, Çolakkadıoğlu O. Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin belirlenmesi; Klinik Psikiyatri 2004;7:42-47 -32
72. Luce H, Schrage S, Gilchrist V (2010) Sexual assault of women. Am Fam Physician, 15;81(4):489-95.
73. BJ Sadock, VA Sadock (Ed), Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. Baskı, 2007, Çev. Ed: Aydın H., Bozkurt A. Ankara, Güneş Kitabevi Ltd. şti, s.3412-3425, s.1719-1799.
74. Ayaz M., Ayaz AB, Soylu N. Çocuk ve ergen adli olgularda ruhsal değerlendirme. Klinik Psikiyatri: 2012;15:33-40
75. Kaufman J (2007) Child abuse and neglect. Lewis's child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook, Martin A, Volkmar FR (Ed), 4. Baskı, USA, Lippincott Williams & Wilkins, s.1041-1048.
76. Vahip I, Doğanavşargil Ö. Aile içi fiziksel şiddet ve kadın hastalarımız. Türk Psikiyatri Derg 2006; 17:107-114.

77. Akyüz G, Kuğu N, Doğan O. Bir psikiyatrik polikliniğe başvuran evli kadınlarda aile içi şiddet, evlilik sorunları, başvuru yakınması ve psikiyatrik tanısı. Yeni Symposium 2002; 40:41-48.
78. World Health Organization. Multi-country study on women's health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, World Health Organization, 2005.
79. Polat O, İnanıcı MA, Aksoy ME (1997) Cinsel Suçlar. Adli tıp ders kitabı, O Polat, MA İnanıcı, ME Aksoy (Ed). Nobel Tıp Kitapevleri, s. 340-60.
80. Çakır U., Gündüz N., Turan H., Güleş E., Aker T. Kadın majör depresif bozukluk hastalarında cinsel travmaya bağlı travma sonrası stres bozukluğu ve ilişkili bilişler. Anatolian Journal of Psychiatry 2014; 15:200-206.
81. Tümer AR, Kanburoğlu Ç, Odabaşı AB. Cinsel saldırı referans merkezlerinin önemi ve yapılanması. Hacettepe Tıp Dergisi 2009; 40:13-18.
82. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu. T.C. Resmi Gazete, 26.09.2004; sayı:25611.
83. Öztop DB, Özcan ÖÖ. Cinsel istismar vak'alarının sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi. Yeni Symposium Dergisi. 2010;48(4): 270-6.
84. İnan O. Türk ceza kanununda cinsel saldırı suçu. Kamu Hukuku Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2012.
85. Karbeyaz K. Cinsel suç mağdurlarında "beden veya ruh sağlığında bozulma kavramı", bu hususta düzenlenen adli raporların yargı kararı üzerindeki etkinliği, Adli Tıp Uzmanlık Tezi, Eskişehir 2009.
86. Grossin C, Sibille I, Lorin de la Granmaison G, Banasr A, Brion F, Durigon M. Analysis of 418 cases of sexual assault. Forensic Science International 2003;131:125-30.
87. Danielson CK, Holmes MM (2004) Adolescent sexual assault: An update of the literature. Curr Opin Obstet Gynecol, 16(5):383-8.
88. Kılıçoğlu A. Stres ve beyindeki etkileri: Bir gözden geçirme. New Symposium Journal 2007;45(3): 134-140
89. World Health Organization (WHO). Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence, Geneva, 2003.
90. Gökdoğan MR, Cinsel saldırı konusunda çalışan adli hemşireye (SANE) duyulan gereksinim, Adli Tıp Bülteni 2008; 13(2):69-77.

91. Özkara E, Karatosun V, Gunal I, Oral R. Trans-metatarsal amputation as a complication of child sexual abuse, *J Clin Forensic Med.* 2004 Jun;11(3):129-32.
92. Özkara E, Altunyurt S, Ünüvar T, Arısoy Y. 15 yaş altı adölesan dönemdeki gebeliklerin beden sağlığına etkileri ve tck 103. maddesi kapsamında tartışılması. *Adli Bilimler Dergisi* 2008;7 (4): 35-40.
93. Helen Wu Z, Berenson AB, Wiemann CM. A profile of adolescent females with a history of sexual assault in Texas: Familial environment, risk behaviors and health status. *J Pediatr Adolesc Gynecol.*2003;16:207-216.
94. Briere J, Elliott DM. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of man and women. *Child Abuse & Neglect.*2003;27:1205-1222.
95. Köse S, Aslan Z, Başgül ŞS ve Ark. (2011). Bir eğitim ve araştırma hastanesi çocuk psikiyatrisi polikliniğine yönlendirilen adli olgular. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12:221-225.
96. Fiş NP, Arman A, Kalaça S ve ark. (2010) Psychiatric evaluation of sexual abuse cases: A clinical representative sample from Turkey. *Child Youth Serv Rev*, 32:1285-1290.
97. Madu SN., Peltzer K. Prevalence and patterns of child sexual abuse and victim-perpetrator relationship among secondary school student in the Northern Province (South Africa). *Archives of Sexual Behavior* 2001; 30 (3): 311
98. Amstadter AB, Mccauley JL, Ruggiero KJ, Resnick HS, Kilpatrick DG. Service utilization and help seeking in a national sample of female rape victims. *Psychiatric Services.* 2008; 59:1450.
99. Watts C., Zimmerman C. Violence against women: Global scope and magnitude. *Lancet* 2002; 359: 1232-7.
100. WHO. WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women: Summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization, 2005
101. Gölge ZB., Gökdoğan M., Göktürk G. ve ark. Aile içi şiddet: eşler arası ilişkiler. IV. Adli Bilimler Kongresi, İstanbul: 10-13, Mayıs 2000.

102. Glover K, Olfson M, Gameroff MJ Ve Ark. (2010) Assault and mental disorders: A cross-sectional study of urban adult primary care patients. *Psychiatr Serv*, 61(10):1018-23.
103. Luce H, Schrage S, Gilchrist V (2010) Sexual assault of women. *Am Fam Physician*, 15;81(4):489-95.
104. Polat O. Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı-tanımlar. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2007.
105. Karbeyaz K., Gündüz T., Balcı Y., Akkaya H. Yeni türk ceza kanunu sonrası değerlendirilen cinsel suç olguları; eskişehir deneyimi. *Türkiye Klinikleri J Foren Med* 2009;6(1)
106. Gökdoğan MR, Bafra J. (2004) Development of a sexual assault kit – the need for standardization in Turkey. Presented At The 5th Congress Of The BMLA. St. Petersburg, Russia.
107. Kaya A., Aktaş Eö., Yüksek yargı kararları ışığında ruh sağlığının bozulması kavramı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2014;25(2):133-39
108. Kandemir F. 2005-2012 yılları arasında düzce üniversitesi tıp fakültesi adli tıp anabilim dalı'na başvuran vakalarda cinsel saldırı olgularının ilk ve ikinci gelişlerinde ruh sağlığı açısından değerlendirilmesi ve mahkeme kararları. *Adli Tıp Uzmanlık Tezi*. Düzce, 2013.
109. Gündüz R, Gültaş V. Cinsel dokunulmazlığa karşı suçlar. İç; Gündüz R, Gültaş V; editör. 5237 sayılı Türk Ceza Kanununda Cinsel Suçlar Kitabı. Bilge Yayınevi. İzmir 2008: 9–80.
110. Çaylı E. 2006 – 2010 yılları arasında süleyman demirel üniversitesi tıp fakültesi adli tıp anabilim dalına başvuran vakalarda ve ülke genelinde cinsel saldırı ve istismar olgularının ruh sağlığı açısından değerlendirilmesinde karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerileri. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Isparta, 2011.
111. Balcı Y, Erbaş M, Işık Ş, Karbeyaz K. Muğla Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne başvuran cinsel saldırı olgularının değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni* 2014;19(2):87-95.

112. Demirci Ş, Doğan HK, Erkol Z, Deniz İ. Konya’da cinsel istismar yönünden muayenesi yapılan çocuk olguların değerlendirilmesi. *Turkiye Klinikleri J Foren Med* 2008; 5: 43–49.
113. Karakaya I, Coşkun A, Ağaoğlu B, Şişmanlar ŞG, Yıldız Ö, Memik NÇ, Biçer Ü. Cinsel istismara maruz kaldığı bildirilen olguların ruhsal değerlendirme sonuçları. *Adli Tıp Bülteni* 2006;11(2):53–58.
114. Rew L, Taylor-Seehafer M, Fitzgerald ML. Sexual abuse, alcohol and other drug use and suicidal behaviors in homeless adolescent. *Issues Compr Pediatr Nurs* 2001;24:225–40.
115. Taft CT, Resick PA, Watkins LE, Panuzio J. An investigation of posttraumatic stress disorder and depressive symptomatology among female victims of interpersonal trauma. *J Fam Violence* 2009; 24:407-415.
116. Van Berlo W., Ersink B. Problems with sexuality after sexual assault. *annual review of sex research* 2000; 11: 235-58.
117. Stockdale MS, Logan TK, Weston R. Sexual harassment and posttraumatic stress disorder: damages beyond prior abuse. *Law Hum Behav* 2008 Dec 30.
118. King DW, Vogt DS, King LA. Risk and resilience factors in the etiology of chronic posttraumatic stress disorder. Litz BT (Ed.) *Early Intervention for Trauma And Traumatic Loss*. New York; Guilford Press, 2004.
119. Bolu A, Erdem M, Öznur T. Travma sonrası stres bozukluğu. *Anatol J Clin Investig* 2014;8(2):98-103
120. Ask E, Dorte Mc. Risk factors for posttraumatic stress disorder in female help-seeking victims of sexual assault. *Violence And Victims*; 28: 2013(3)
121. Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, Brand B, Schmahl C, Bremner JD. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J Psychiatry*. 2010;167(6):640-647.
122. Tural Ü, Aker T, Önder E Et Al. PTSD and comorbid depression after the marmara earthquake; An epidemiological study. 4th International Congress Of Disaster Psychiatry. *Approaches To Disaster Psychiatry: Good Science Or Good Intentions?* Miami, US; 2004.
123. Foa EB. Psychosocial therapy for posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2006;67(2) :40-45.

124. Yasan A, Saka G, Ozkan M, Ertem M. Trauma type, gender, and risk of PTSD in a region within an area of conflict. *Trauma Stress* 2009; 22:663-666.
125. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol Rev* 2005; 27:78-91
126. Johansen VA, Wahl AK, Eilertsen DE, Weisaeth L. Prevalance and predictors of post-traumatic stress disorder (PTSD) in physically injured victims of non-domestic violence. A longitudinal study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology* 2007; 42:583-593.
127. Dikkatli S. TSSB'de etiyolojik faktör olarak ailenin araştırılması. *Tıpta Uzmanlık Tezi* 2000, Ankara.
128. Hageman I, Andersen HS, Jorgensen MB. Post-traumatic stress disorder: A review of psychobiology and pharmacotherapy. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104(6):411-422.
129. Yamato T, Yamasaki S, Misumi Y Et Al. Modulation of the stress response by coffee: An in vivo microdialysis study of hippocampal serotonin and dopamine levels in rat. *Neurosci Lett* 2002;332(2): 87-90.
130. Bayar R. Posttravmatik stres bozukluğunun etyopatogenezinde organik faktörler farmakolojik tedavi. 9. Anadolu Psikiyatri Günleri;2000:100-102
131. Hageman I, Andersen HS, Jorgensen MB. Posttraumatic stress disorder: A review of psychobiology and pharmacotherapy. *Acta Psychiatr Scand.*2001;104(6):411-422.
132. Bremner JD, Innis RB, Southwick SM, Staib L, Zoghbi S, Charney DS. Decreased benzodiazepine receptor binding in prefrontal cortex in combatrelated posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry.*2000;157(7):1120-1126.
133. Meshulam-Werebe D, Andrade MG, Delouya D. Posttraumatic stress disorder: The psychoanalytic approach. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003; 25 (Supp) 1:37-40.
134. Brady K, Pearlstein T, Asnis GM, Baker D, Rothbaum B, Sikes CR, Farfel GM. Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *JAMA.* 2000;283(14):1837-1844.

135. Akçay BD, Özgen F, Erdem M, Balıkcı A, Öznur T. Travma sonrası stres bozukluğunda uyku. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2013; 5(4):441-460
136. Ginzburg, K. 2006. Comorbidity of PTSD and depression following myocardial infarction. *J Affect Disord*, 94, 135-43.
137. Sundquist, K., Johansson, L. M., Demarinis, V., Johansson, S. E. & Sundquist, J. 2005. Posttraumatic stress disorder and psychiatric comorbidity: Symptoms in a random sample of female bosnian refugees. *Eur Psychiatry*, 20, 158-64.
138. Şalcıoğlu, E., Başoğlu, M. & Livanou, M. 2003. Long-term psychological outcome for non-treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. *J Nerv Ment Dis*, 191, 154-60.
139. Hashemian, F., Khoshnood, K., Desai, M. M., Falahati, F., Kasl, S. & Southwick, S. 2006. Anxiety, depression, and posttraumatic stress in Iranian Survivors Of Chemical Warfare. *Jama*, 296, 560-6.
140. Zayfert, C., Becker, C. B., Unger, D. L. & Shearer, D. K. 2002. Comorbid anxiety disorders in civilians seeking treatment for posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*, 15, 31-8.
141. Brady, K. T. & Clary, C. M. 2003. Affective and anxiety comorbidity in posttraumatic stress disorder treatment trials of sertraline. *Compr Psychiatry*, 44, 360-9.
142. Momartin, S., Silove, D., Manicavasagar, V. & Steel, Z. 2004. Comorbidity of PTSD and depression: Associations with trauma exposure, symptom severity and functional impairment in bosnian refugees resettled in Australia. *J Affect Disord*, 80, 231-8.
143. Sher, L. 2005. The concept of post-traumatic mood disorder. *Med Hypotheses*, 65, 205-10.
144. Holtzheimer, P. E., 3rd, Russo, J., Zatzick, D., Bundy, C. & Roy-Byrne, P. P. 2005. The impact of comorbid posttraumatic stress disorder on short-term clinical outcome in hospitalized patients with depression. *Am J Psychiatry*, 162, 970-6.
145. Frayne, S. M., Seaver, M. R., Loveland, S., Christiansen, C. L., Spiro, A., 3rd, Parker, V. A. & Skinner, K. M. 2004. Burden of medical illness in women

- with depression and posttraumatic stress disorder. Arch Intern Med, 164, 1306-12.
146. Kaya B. Travma sonrası stres bozukluğunda komorbidite. Psikiyatri Dünyası 2000;4:37-43
147. Gil S. Pre traumatic personality as a predictor of post-traumatic stress disorder among undergraduate students exposed to a terrorist attack: A prospective study in Israel. Pers Individ Dif 2005; 39:819-27
148. Ikin, J. F., Creamer, M. C., Sim, M. R. & McKenzie, D. P. 2010. Comorbidity of PTSD and depression in korean war veterans: Prevalence, predictors, and impairment. J Affect Disord, 125, 279-86.
149. Perkonig, A., Pfister, H., Stein, M. B., Hofler, M., Lieb, R., Maercker, A. & Wittchen, H. U. 2005. Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults. Am J Psychiatry, 162, 1320-7.
150. Ertürk AA. Çocukluk çağı travmaları, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve disosiyatif yaşantıların şizofreninin klinik özellikleri üzerindeki etkileri. Uzmanlık Tezi. Ankara, 2014
151. Eker D, Arkar H: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1995; 10:45-55.
152. Başoğlu M, Şalcıoğlu E, Livanou M ve ark. (2001) A Study of the validity of a screening instrument for traumatic stress in earthquake survivors in Turkey. J Trauma Stress, 14:491-509.
153. Aydemir Ö, Köroğlu E; Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. HYB Hekimler Yayın Birliği, 2009,147-151, 432-439.
154. Hisli N (1988) Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. Psikoloji Dergisi, 22: 118-122.
155. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. J Cogn Psychother, 12:163-172.
156. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form 36 (SF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999;12:102-106-36

157. Rothman KJ, Greenland S (1998) Approaches to statistical analysis. *Modern Epidemiology*. Second Edition, Ed: KJ Rothman, S Greenland, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, s. 183-199.
158. Campbell R, Dworkin E, Cabral G. An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma, Violence and Abuse* 2009; 10:225–246.
159. Elliott, D. M., Mok, D. S., & Briere, J. (2004). Adult sexual assault: Prevalence, symptomatology, and sex differences in the general population. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 203-211.
160. Kilpatrick, D. G., Edmunds, C. N., & Seymour, A. K. (1992). *Rape in America: A report to the nation*. Arlington, VA: National Victim Center.
161. Resnick, H. S., Holmes, M. M., Kilpatrick, D. G., Clum, G., Acierno, R., Best, C. L., & Saunders, B. E. (2000). Predictors of post-rape medical care in a national sample of women. *American Journal of Preventive Medicine*, 19, 214-219.
162. Kuwert, P., Klauer, T., Eichhorn, S., Grundke, E., Dudeck, M., Schomerus, G., et al. (2010). Trauma and current posttraumatic stress symptoms in elderly German women who experienced wartime rapes in 1945. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 450–451.
163. Kunst MJ. Employment status and posttraumatic stress disorder following compensation seeking in victims of violence. *J Interpers Violence* 2011; 26:377-393.
164. Moğulkoç H. Kanser hastası çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde travma sonrası stres bozukluğunun ve travma sonrası gelişiminin belirleyicileri: Sosyal destek, ruminasyon ve yükleme biçimleri. Yüksek Lisans Tezi. Bursa, 2014.
165. Bühler L, Eckle I, Malti T, Modestin J. Sequelae of sexual trauma in women treated for non-trauma-related psychiatric disorders in a psychiatric hospital in Switzerland. *Women's Health Issues* 2010; 20: 279–286.
166. Darves-Bornoz J.M., Lepine J.P., Choquet M., Berger C., Degiovanni A., & Gaillard P. (1998). Predictive factors of chronic post-traumatic stress disorder in rape victims. *European Psychiatry*, 13, 281-287.

167. Bownes I.T., O’Gorman E.C., & Sayers A. (1991). Assault characteristics and posttraumatic stress disorder in rape victims. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 27-30
168. Kılıç C. (2008) Depremzedelerde ruh sağlığı hizmeti kullanımı: 1999 depremlerinin sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19:113-123.
169. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives Of General Psychiatry*. 1995; 52:1048–1060.
170. Campbell R, Wasco SM, Ahrens CE, Sefl T, Barnes HE. Preventing the “second rape” rape survivors' experiences with community service providers. *Journal Of Interpersonal Violence*. 2001; 16:1239–1259
171. Ullman SE. Mental health services seeking in sexual assault victims. *Women & Therapy*. 2007; 30:61–84.
172. Kearns MC, Ressler KJ, Zatzick D, Rothbaum BO. Early interventions for PTSD: A review. *Depression and Anxiety*. 2012; 29:833–842.
173. Kıvrak Y, Gey N, Kıvrak HA, Kokaçya MH, Çöpoğlu ÜS, Arı M. Kadına yönelik eş şiddeti, çocukluk travmaları, depresyon ve yaşam kalitesi: Toplum temelli çalışma *Anatolian Journal of Psychiatry* 2015; 16:314-322
174. Altay B, Gönener HD, İslam K, Göv P. Fizik tedavi alan hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Gaziantep Tıp dergisi* 2010; 16 (2): 29-35.
175. Hızlı FG. Depreme bağlı eşikaltı travma sonrası stres bozukluğu ve ilişkili faktörler. Uzmanlık Tezi. Başkent Üniversitesi, Ankara, 2005.
- 176.** Dalbudak E. Erkek alkol bağımlılarında travma sonrası stres bozukluğu ve kişilik özelliklerinin yaşam kalitesi ile ilişkisi. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 5. Psikiyatri Birimi, İstanbul, 2008.

