



T. C.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Ruh ve Sinir Hastalıkları Anabilim Dalı

**TRAVMA SONRASI KAHIRLANMA BOZUKLUĞUNUN
ANKSİYETE HASTALARINDA KLİNİK GÖSTERİMİ VE
EŞTANILI HASTALIKLAR**

Tıpta Uzmanlık Tezi

Dr. Bahar KILIÇ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Süheyla Ünal

MALATYA-2020

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Ruh ve Sinir Hastalıkları Anabilim Dalı

TRAVMA SONRASI KAHIRLANMA BOZUKLUĞUNUN
ANKSİYETE HASTALARINDA KLİNİK GÖSTERİMİ VE
EŞTANILI HASTALIKLAR

Tıpta Uzmanlık Tezi
Dr. Bahar KILIÇ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Süheyla Ünal

MALATYA-2020

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
SUMMARY	vi
SİMGELER KISALTMALAR DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kahırlanma Bozukluğu	3
2.1.1. Kahırlanma	3
2.1.2. Kahırlanma ve Umut İlişkisi	4
2.1.2.1. Duygu Temelli Kuram.....	5
2.1.2.2. Biliş Temelli Kuram	5
2.1.2.3. Duygu ve Biliş Kombinasyonu Temelli Kuram	5
2.1.2.4. Çoklu Bileşenli Kuram	5
2.1.2.5. Umut Neden Önemlidir?	5
2.1.3. Algılanan Adalet ve Kahırlanma İlişkisi	6
2.1.4. İntikam ve Kahırlanma İlişkisi	7
2.1.5. Hayata Küsme ve Kahırlanma İlişkisi	9
2.2. Travmatik Yaşantılar ve Kahırlanma	9
2.2.1. İlişkiler.....	10
2.2.2. İş	10
2.2.3. Göç	11
2.2.4. Kronik Hastalıklar	11
2.2.5. Ebeveyn Olmak	12
2.2.6. Yaşlılık, Yas, Yaşamın Dönüm Noktaları	12
2.3. Travma Sonrası Kahırlanma Bozukluğu	12
2.4. TSKB Hangi Spektrumda İncelenmelidir?	14
2.4.1. Uyum Bozukluğu	14
2.4.1.1. Uyum Bozukluğuna İlişkin Psikopatoloji Kuramlar	15

2.4.1.2. Uyum Bozukluğu ve TSKB Benzerlikleri ve Farklılıkları	16
2.4.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve TSKB	16
2.4.2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Patogenezi.....	18
2.4.2.2. TSSB Kuramsal Bakış	21
2.5. Sık Görülen Eşanlı Hastalıklar	22
2.5.1. Kahırlanma ve Anksiyete Bozukluğu.....	22
2.5.2. Kahırlanma ve Depresif Bozukluk	23
2.5.3. Kahırlanma ve Kişilik	23
2.6. Kahırlanma Türleri.....	23
2.7. Araştırmanın Önemi.....	24
2.8. Araştırmanın Amacı	24
2.9. Araştırmanın Soruları.....	24
2.10. Araştırmanın Hipotezleri.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Katılımcılar	26
3.2. Veri Toplama Araçları	26
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	26
3.2.2. Yaşam Sorunları Tarama Listesi	27
3.2.3. Buss-Perry Öfke ve Saldırganlık Ölçeği	27
3.2.4. Travma Sonrası Kahırlanma Bozukluğu Ölçeği	27
3.2.5. Kısa Semptom Envanteri.....	28
3.3. Veri Toplama	28
3.4. Verilerin Analizi.....	28
4. BULGULAR.....	30
4.1. Sosyodemografik Veriler	30
5. TARTIŞMA.....	48
5.1. Kahırlanma Bozukluğu ve Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması	48
5.2. Erken Yaşam Özellikleri ve Kahırlanma Bozukluğu İlişkisi.....	49
5.3. Yaşam Olayları ve Kahırlanma Bozukluğu İlişkisi	50
5.4. Kahırlanma Tanı ve Eşanlıları	54
5.5. Kahırlanma Bozukluğu ve Umut, Öfke ve Saldırganlık Gibi Duygular	55
5.6. Kahırlanma Bozukluğu Ölçeğinin Maddelerine Ait Sonuçlar	56
5.7. Kahırlanma Bozukluğunu Cinsiyetler Açısından Farklı Kılan Faktörler	57
5.8. Çalışmanın Güçlü Yanları.....	57

5.9. Çalışmanın Sınırlılıkları	58
6. SONUÇ	59
KAYNAKLAR	61
EKLER	89
Ek 1. Sosyodemografik Veri Formu	89
Ek 2. Yaşam Sorunları Tarama Listesi	90
Ek 3. Buss-Perry Öfke ve Saldırganlık Ölçeği.....	91
Ek 4. Travma Sonrası Kahırlanma Bozukluğu Öz Değerlendirme Ölçeği	92
Ek 5. Kısa Semptom Envanteri	93
Ek 6. Etik Kurul	95



TEŞEKKÜR

Öncelikle tüm uzmanlık eğitimim boyunca bana yol gösteren, tezimin her aşamasında karşılaştığım zorlukların üstesinden gelmemi sağlayan, adım adım araştırmayı öğreten ve sevdiren, birlikte şevkle ve istekle çalıştığım, insana olan saygısını ömrüm boyunca örnek alacağım, psikiyatri eğitimimiz için mesai saatleri dışında bile bize ders anlatan, klinikte bir aile olmamızı sağlayan, gönülden bağlandığım sevgili hocam Prof. Dr. Süheyla Ünal'a,

Mütevazı ve sakin tavrını örnek aldığım değerli hocam Prof.Dr.Ahmet Ünal'a, empatik yaklaşımına hayran olduğum değerli hocam Prof.Dr.Rıfat Karlıdağ'a, terapi eğitimimde tecrübelerini aktaran ve her zaman yardımını esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Şükrü Kartalcı'ya, her türlü konuya olumlu yaklaşımını örnek aldığım değerli hocam Doç. Dr. Lale Gönenir Erbay'a,

Yöntem ve istatistik konusunda sorduğum sorulara sabırla yanıt veren ve beni hiçbir zaman geri çevirmeden yardımcı olan farklı bakış açısını ve algoritmik yaklaşımını kendime örnek aldığım değerli hocam Prof. Dr. Cemal Özcan'a,

Eğitimim boyunca bana klinik deneyimlerini aktaran hepsini tanımaktan ayrı ayrı mutlu olduğum psikiyatri anabilim dalındaki tüm doktor arkadaşlarıma ve ekibime,

Son olarak hayatım boyunca olduğu gibi bu çalışma sırasında da desteğini esirgemeyen anneme ve babama, hayatımdaki en büyük desteğim ve en yakın arkadaşım olan biricik kardeşime, ailemden sonra eğitim hayatım boyunca bana destek olan ve hayata bakış açımı şekillendiren tüm öğretmenlerime sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Bahar KILIÇ

ÖZET

Giriş: Kişinin kendine yapılan haksızlık olarak nitelendirdiği kontrol edemeyeceği ve hayatını artık eski haline geri döndüremeyeceği şeklinde algıladığı yaşam olayı sonrasında depresif duygudurumu, öfke, intikam duygularına neden olan altı ayın üzerinde işlevselliği bozan kahır duygusuyla karakterize tedavide direnç ve uzamaya neden olabilen tabloya travma sonrası kahırlanma bozukluğu denilmiştir. Bu tablo henüz tanı kılavuzlarında bulunmamaktadır. Ancak klinisyenler açısından önem arz etmektedir.

Gereç ve Yöntem: Anksiyete polikliniğine gelen hastalar standardize kahırlanma bozukluğu maddeleri göz önünde bulundurularak değerlendirilmiştir. Sonrasında toplamda 344 kişiden oluşan örnekleme öz değerlendirme ölçekleri uygulanmıştır.

Bulgular: Kahırlanma bozukluğu anksiyete polikliniğine gelen DSM-5 tanıli ve tanısız semptomatik kişilerde %47,3 ve %4,6 olmak üzere %51.9oldukça yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir. Bunun dışında sağlıklı gönüllülerde %0.8 oranında patolojik olmayan düzeyde kahır duygusu olduğu tespit edilmiştir. Kadınlarda ev hanımlığı erkeklerde özel şirkette çalışan olmakla kahırlanma bozukluğu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Semptomlar ve kahırlanma bozukluğu şiddeti arasında pozitif korelasyon vardır.

Tartışma: Çalışmada kahırlanma bozukluğunun anksiyete polikliniğine başvuran örnekleme oldukça yaygın olduğu tespit edilmiştir. Yüksek DSM-5 eş tanıları diğer ülkelerde yapılan çalışmalarla benzerdir. Türkiye’de kahırlanma bozukluğunu psikiyatri pratiğinde araştıran ilk araştırma olması açısından önem taşımaktadır. Literatürle sosyodemografik açıdan özellikler arasında kültür farkı nedeniyle oluşan farklar ve bazı benzerlikler mevcuttur. Stresör çeşiti ve sayısı arttıkça kahırlanma bozukluğu arttığı tespit edilmiştir. Yine kültürel farklılık nedeniyle cinsiyete göre stresörün tipinde farklılık ön plana çıkmıştır. Kadınlar için ev hanımlığı, erkekler için özel şirkette çalışmak kahırlanma bozukluğu gelişimi için risk olabilir. Hastalık süresi ile kahırlanma bozukluğunun pozitif korele olması kronisitenin işlevsellikteki önemini ifade etmektedir. DSM-5 tanısı olmayıp semptomatik olan kişilerde yüksek kahırlanma bozukluğu oranı saptanması klinikte tedavisi yetersiz kalan popülasyonu gösteriyor olabilir.

Sonuç: Klinik pratiğimizde travma sonrası kahırlanma bozukluğu yaygındır. Psikopatolojinin tanı ve tedavisinde eştanılı durum ya da tek başına tanı olarak göz önünde bulundurulmalıdır. Kahırlanma bozukluğu için özel terapötik müdahaleler mevcuttur ve tedavi planlarına eklenmesinin tedavi başarısını arttırdığı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: travma sonrası kahırlanma bozukluğu, anksiyete, psikiyatri polikliniği, eştanı

SUMMARY

CLINICAL DISPLAY AND COMORBID DISEASES OF THE POSTTRAUMATIC EMBITTERMENT DISORDER IN ANXIETY OUTPATIENT CLINIC

Introduction: If there is a life, then there is a stressor. When the numbers and the kinds of stressors increase, both our perception and our reactions depending on this state will change. Feeling in a situation of desperate, helpless and irrevocable, we might lose our hopes. If this situation is perceived as weakness, injustice, the emotions of anger and heartsickness will appear. If this case continues too long, it will turn into posttraumatic embitterment disorder that causes the loss of physical and mental functionality, which ruins work, family and social life of the person.

Material and Methods: The patients who have come to the anxiety outpatient clinic have all been evaluated by considering the items of standardizing the posttraumatic embitterment disorder. Some self evaluation measures have been carried out at a sample that consists of 344 people afterward.

Results: Posttraumatic embitterment disorder has been determined as the proportions of %47,3 and %4,6 for diagnosed and undiagnosed DSM-5 symptomatic people who have come to the anxiety clinic. This rate of %51,9 is quite high in total. Apart from this, %0,8 of distressed emotion which is not pathological has been determined for some healthy volunteers. Some significant connections of embitterment disorder have been detected between the women who are housewives and the men who work in private companies. There is a positive correlation between the symptoms and the intensity of the posttraumatic embitterment disorder.

Discussion: In this study, the posttraumatic embitterment disorder has been determined as quite common among the people who was examined in the anxiety outpatient clinic. The identical diagnosis of higher DSM-5 are similar to the works done in other countries. This is significant as the first work in Turkey which studies the posttraumatic embitterment disorder in terms of psychiatric experience. There are some differences and similarities due to cultural diversity between literature and demographic features. It is understood that when the variety and number of stressors increase, the posttraumatic embitterment disorder will increase. And also the change in being perceived of stressor according to gender has come into prominence because of cultural diversity. The improvement of posttraumatic embitterment disorder might be risky for women who are housewives and men who work in private companies. The positive correlation of the posttraumatic embitterment disorder with disease duration explains the significance of chronicity in functionality. The rate of higher posttraumatic embitterment disorder on symptomatic people who are not diagnosed as DSM-5 might indicate the population whose treatment is inadequate in the clinic.

Conclusion: The posttraumatic embitterment disorder is common in our clinical experience. It should be considered as comorbid or a single diagnosis for this disorder and treatment of psychopathology. There are some specific therapeutic interventions for the posttraumatic embitterment disorder, which are thought to increase the success of treatment by being added to the therapy plan.

Key Words: posttraumatic embitterment disorder, anxiety, psychiatric outpatient, comorbidity

SİMGELER KISALTMALAR DİZİNİ

TSKB	: Travma sonrası kahırlanma bozukluğu
TSSB	: Travma sonrası stres bozukluğu
DSM	: Mental bozuklukların tanısı ve istatistiksel el kitabı
ICD	: Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırması
HPA	: Hipopitüiter aks
OSS	: Otonom sinir sistemi
NA	: Noradrenalin
T3	: Triiyodotironin
T4	: Tiroksin
ACh	: Asetilkolin
CRF	: Kortikotropin salıcı hormon
GABA	: Gama aminobütirik asit
NMDA	: N-metil-D-aspartik asit
REM	: Hızlı göz hareketi
SDF	: Sosyodemografik form
PFK	: Prefrontal korteks

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. Anksiyete polikliniğine gelen hastaların gruplandırılması.....	30
---	----



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Sosyodemografik özelliklerin gruplar arasında karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.2. Travma yaşantısı ve TSKB varlığına ilişkin verilerin gruplar arası karşılaştırılması	32
Tablo 4.3. Hastalık süresi ve hastalığın başlama yaşına ilişkin verilerin gruplar arası karşılaştırılması	33
Tablo 4.4. Erken yaşam olaylarının gruplar arasında karşılaştırılması	34
Tablo 4.5. DSM-5 tanıların gruplar arasında karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.6. Yaşam stresörlerinin gruplar arasında karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.7. Kısa semptom envanterinin alt bileşenlerinin gruplar arasında karşılaştırılması	39
Tablo 4.8. Buss-Perry öfke ve saldırganlık ölçeği alt ölçeklerinin gruplar arasında karşılaştırılması	40
Tablo 4.9. Umutsuzluğun gruplar arasında karşılaştırılması	42
Tablo 4.10. Travma sonrası kahırlanma bozukluğu ölçeğinin maddelerinin gruplar arasında karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.11. Travma sonrası kahırlanma bozukluğu özdeğerlendirme ölçeği puanları ile diğer değişkenlerin korelasyonları	45
Tablo 4.12. DU ve SU örnekleminde kahırlanma bozukluğu olanlarda cinsiyetler arasında anlamlı farka neden olan değişkenler	46
Tablo 4.13. Anlamlı fark elde edilen değişkenlerin tüm örnekleme erkeklerde ve kadınlarda lojistik regresyonu.....	47

1. GİRİŞ

Olumsuz yaşam olaylarına duygusal tepkiler çok uzun zamandır araştırmacıların en çok ilgilendiği konular arasındadır. Dünya Sağlık Örgütü travmaya tepki olarak ortaya çıkan ruhsal bozuklukları üçe ayırır: Akut stres tepkisi, travma sonrası stres bozukluğu ve uyum bozukluğu. DSM-5’de benzeri bir sınıflandırma söz konusudur.

Uyum bozukluğu tanısı günlük uygulamada hakettiği kadar konulmayan bir tanıdır. Birçok epidemiyolojik araştırmada uyum bozukluğu göz ardı edilir. Bunun nedeni altı ayın sonunda belirtileri devam eden hastanın ne olarak değerlendirileceği konusundaki belirsizliktir. Genelde belirtiler başka bir bozukluğun ölçütünü karşılarsa tetikleyici etken gözardı edilerek tanı konur. Travma sonrası stres bozukluğu tanısını koymak için ise tetikleyici etken yanısıra tekrar yaşantılama, aşırı uyarılma ve kaçınmanın olması gerekir.

Ancak herhangi bir bozukluğun tanı ölçütünü karşılamayan, depresif duygudurumun eşlik ettiği belirtiler yumağı olan bedensel belirtilerin ön planda olduğu, sosyal geri çekilme ve enerji kaybının eşlik ettiği, travmadan değil içinde bulunulan durumun doğal parçası olarak algılanan bir kategori de bulunmaktadır. Linden ve arkadaşları tarafından travma sonrası kahırlanma bozukluğu (TSKB) olarak adlandırılan bu klinik tabloda bireyin hayatında hayal kırıklığı yaratma olasılığı yüksek olan, temel yaşamsal ve bilişsel değer yargılarını örseleyebilecek, alışılmışın dışında ama hayatı tehdit etmeyen olumsuz bir yaşam olayının varlığı hastalığın başlaması için esas olmakta ve bireyler içinde bulundukları sorunların kaynağını bu yaşam olayı olarak görmektedirler. Bireyler bu olayı “haksızlık” olarak adlandırmakta ve olayı tekrar tekrar gündeme getirerek küskünlük tepkisi vermektedirler. Bu durum bireyin işlevselliğini, yaşam kalitesini, kişilerarası ilişkilerini, duygu durumunu yakından etkilemektedir. Kendini yalnız ve anlaşılmamış hissettiği için başkalarına güven kaybı yaşamakta ve onlara karşı düşmanlık duyguları hissetmektedir (1).

Travma sonrası stres bozukluğunda dehşet duygusu hastalığa özgülken, kahırlanma bozukluğunda yaşanan olay hastada daha çok hiddet ve küskünlük yaratır. Kahırlanmanın klinik gösterimleri oldukça fazladır (2). Anksiyete bozuklukları, bedenselleştirme bozuklukları, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, uyum bozukluğu, madde bağımlılığı gibi hastalıklarda eştanı alma oranı oldukça yüksektir (3).

Ancak bu hastalığa özgü belirtiler sorgulanmadıkça gözden kaçabilmekte, hastaya yaklaşımda bu duruma dikkat edilmemektedir (4). Tedaviye yanıtı olumsuz etkileyen bir durum olduğu için birçok hastada özellikle sorgulanması ve hastayla terapötik ilişkide öncelikle ele alınması gereken bir durumdur.

Ancak ülkemizde travma sonrası kahırlanma bozukluğunun yaygınlığı, eşlik eden durumlar belirtilerin şiddetiyle ilgili literatürde yeterince çalışma bulunmamaktadır. Tedaviye yanıtı olumsuz etkileyen bu klinik durum konusunda ruh hekimlerinin farkındalığını artırmanın gerekli olduğu düşüncesindeyiz. Uyum bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu arasındaki bu ara durumun tespiti ve tedavisine yönelik öneriler açısından bu çalışmanın önemli olacağını öngörmekteyiz.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kahırlanma Bozukluğu

2.1.1. Kahırlanma

Kahır çok eski zamanlardan beri bilinen bir duygudur. Bilinen ilk tanımlama Aristoteles'e aittir (5). Nickomanik adlı eserinde kahırlanmayı hazmedilemeyen uzun süreli öfke olarak tanımlar. Kişinin ödeşmemesi durumunda kahırlanma hissinin tatminle yer değiştiremediğini, bu durumda da içsel kaygının devam ettiğini belirtir.

Kahırlanma umutsuzluk, çökkünlük veya öfkeden ayırt edilebilen farklı bir duygudur. Yıkıcı ve hayatı derinden etkileyen bir duygu olmasına rağmen hakkında az araştırma yapılmıştır. 17. yüzyılda yaşamış olan Napier delilikten daha az akut ve daha az şiddetli olan hastaların *gamlı* olarak tanımlanabileceğini belirtmiştir. Napier bu hastaların başta iç sıkıntısı ve yalnızlık olmak üzere melankoli belirtilerinden yakındıklarını ve bu durumun dışsal zorlanmalarla ilişkili olduğunu belirtmiştir (4,6).

Pirhacova kahırlanmayı sosyal adaletsizlik sonucu ortaya çıkan bir duygu olarak tanımlarken (7), Zemperl ve Frese, uzun işsizlik dönemine tepki olarak geliştiğini ifade etmişlerdir (8). Baures aşırı travmaya bağlı kahırlanma ve nefretin oluştuğunu belirtmektedir (9–11). Travma alan yazınının önemli ismi Judith Herman, travmayı güçsüzlük acısı olarak tanımlamaktadır (12). Kahırlanmayı travmatik-travmatik olmayan yaşam olayına bağlı olacak şekilde ayırmak zordur çünkü kişinin algısı, yaşanan olayın tipi ve sürekliliği ortaya çıkan klinik tabloyu değiştirmektedir (7).

İnsanı derinden etkileyen, dengesini keskin bir şekilde bozan, aklını yoran bir duygu olan kahırlanma duygu ve bilişten oluşuyor gibi görünmektedir (13,14).

Bilişsel değerlendirme süreci yaklaşımına göre duygular bilişsel değerlendirmenin ürünüdür. Örneğin insan amacına ulaşamazsa utanç duyar ve kişinin stres yanıtı artar. Bu yaklaşıma göre insan haksızlığa uğradığında ya da haksızlık olduğunu algıladığında kaynaklarını, sevdiklerini, hayallerini ya da bedensel sağlığını kaybettiğinde kahırlanmaya başlar. Bu duyguda öfke ve umutsuzluk birbirine karışmış gibidir.

Ancak nasıl hissettiğimizi sadece bu sistemle açıklamak mümkün değildir. İnsan çevresinde bilinçli değişiklikler yaparak da kendisini daha iyi hissedebilir. Buradaki önemli nokta çevresel koşulları değiştirebilme şansı, kontrol edebilme gücüdür. Kişi

değişim yapabileceğine inanırsa kendini güçlü, sorunu çözülebilir olarak görebilir. Algıları tam tersi yönde olup sorunu çözülemez, kontrol edilemez olarak görürse kendini güçsüz görüp üzülebilir, suçluluk ve utanç duyabilir (15,16).

İnsan emosyonel dengesini bir şekilde korumaya çalışır (17). Umut /umutsuzluk ve kontrol edebilme gücü dengeyi sağlamada iki önemli eksendir. Dengenin uzun süre bozulmasıyla ortaya çıkan tablolardan olan depresyon, kontrol odağının içe dönmesi ve umutsuzlukla karakterizeyken, agresyon diğerlerinin kendi üstünde kurduğu engellenmenin algılanması ve bundan duyulan hoşnutsuzlukla durumu değiştirmeye çalışma durumunda ortaya çıkar. Kronik durumda kişi kendini yıkıcı nefretle dolu hale gelmiş bulabilir(18).

Linden ve arkadaşları (19) kahırlanmayı umut ve hayal kırıklığını kontrol etme ile kendine ve diğerlerine karşı içsel ve dışsal yanıt kontrolünü kaybetme olarak iki eksenle tanımlamışlardır. Bu iki ekseni de dört birime bölmüşlerdir;

- 1- Umut ve zevk alma
- 2- Öfke, agresyon, isyan
- 3- Ayrılma, karamsarlık, kahırlanma, nefret, yabancılaşma
- 4- Suçluluk, depresyon, intihar, vazgeçme

Kahırlanma, depresyonla agresyon arasında bir bağlantı gibidir. İçsel ve dışsal kontrol sistemi tehdit karşısında “savaş-kaç” ya da “birşey yapamıyorsan donakal” kararını verir. Bu sistem durumun kontrol edilebilirlik ya da değiştirilebilirlik algısına göre çalışır. Kahırlanmada duruma “değiştirilemez” algısı hakim olur ve kişi kendi kendini tüketir. Bu durum bir nevi *duygusal kanser* olarak da adlandırılmaktadır (18).

Burada bahsedilen duygular ve bileşenleri kahırlanma için önem taşıdığı için burada ayrıntılı şekilde ele alınacaktır.

2.1.2. Kahırlanma ve Umut İlişkisi

Yunan mitolojisinde tanrıların Pandora’nın kutusunda insanlığa armağan ettiği bir şey olan umut filozofların inceledikleri önemli konulardan biridir. Kırk dokuz yayını inceleyen bir derlemede umut duygu temelinde, biliş temelinde, duygu ve biliş birlikte ve çok bileşenlilik temelinde ele alınmıştır (20).

2.1.2.1. Duygu Temelli Kuram

Umut içsel ve dışsal gerçekliğe karşı algılanan zorluğun çözülebilir bulunduğu hissedilen duygudur (21). Benzer şekilde bir şeylerin sonucunu olumlu algılama sonrası oluşan olumlu beklentinin o anda hissettirdiği şey olarak da yorumlanmaktadır (22). Bir başka çalışmada insanın aile, din, eğitim, ekonomik koşullarıyla ilgili kaynaklarını güçlü algıladığında hissettiği duygu olarak yorumlanmıştır (23). Kültürden kültüre ölçüm araçlarının ve tanımının değişebileceğine değinilmiştir (20).

2.1.2.2. Biliş Temelli Kuram

Bilişsel açıdan umut, hedefe ulaşmada algılanan olumlu beklentidir (24). Stotland'ın güdülenme kuramında umutlu olma olaylar sonucunda uyumsal davranış ve olumlu duygulanımla ilişkiliyken, umutsuzluk adapte olamama sonucu uyumsuz davranış ve olumsuz duygulanımla ilişkilendirilmiştir. Gelecekte gerçekleşecek olayın öznel olarak olumlu olacağı algısı varsa umut, olumsuz olacağı algısı ön planda ise hayal kırıklığı söz konusudur.

Beck ve arkadaşlarına göre ise umut kişinin şu ana kadar aktiviteleri ve yaşamında karşılaştığı şeylerle oluşan ve gelecekle ilgili beklentilerini şekillendiren iyimserliğinin ölçüsüdür (24, 25).

2.1.2.3. Duygu ve Biliş Kombinasyonu Temelli Kuram

Bu kurama göre umut gelecekte olabilirliğin algılanması ve bu olumlu beklentiyle ilişkili memnuniyet hissidir (26).

2.1.2.4. Çoklu Bileşenli Kuram

Bu kuram, kişinin geleceği kadar geçmişindeki deneyimleri nasıl algıladığı, dışsal uyaranlara yanıtı, güdülenmesi, enerjisi, karakteri, yetiştiği çevre, hayata bakış açısı, hayata verdiği anlam, gelecekle ilgili amaçları birlikte dikkate alınarak umudun değerlendirilmesine dayanır (24, 27).

2.1.2.5. Umut Neden Önemlidir?

Umut psikiyatrik hastalıkların iyileşmesinde ana bileşenlerden birisidir (28). İnsanın çevreye uyumu ve psikoterapotik değişimi için şarttır (28, 29, 30). Umut depresyon, anksiyete, distres terapisinde genel belirti azalması için temel olarak gösterilmektedir (31).

Travmaya uğrayan ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olan insanlarda umudun düşük olduğu gösterilmiştir (32). Yine travmatize intihar girişimi olan kadınların, diğer girişimi olan kişilere göre umudunun daha düşük olduğu bildirilmiştir (33). Çeşitli çalışmalarda cinsel istismarda depresyon ve anksiyeteye ilişkili olarak umudun azaldığı (34), terörist saldırılar sonrası çocuklarda hızla umudun azaldığı (35, 36), savaş gazilerinde TSSB tedavisinde iyileşmeyle umudun pozitif ilişkili olduğu (34), Kosova savaşına maruz kalanlarda umudun travmatik büyümeyle ilişkili olduğu saptanmıştır (35, 36). Ayrıca işsizlerde sosyodemografik statünün karşılaştırıldığı bir çalışmada umutla depresyon ters ilişkili bulunmuştur (37).

Bir nevi ölümün istenmesi, özkıyım düşüncesinin dışsallaştırılmamış yıkıcı olmayan hali gibi olan umutsuzluk melankolik depresif belirtilere neden olmaktadır (38). Depresyon ve distreste olumlu duygulanım elde edilmesi umutla ilişkili bulunmuştur (39).

Kahırlanmada umut ek belirtiler içinde en önemli belirtilerden birisidir (3, 40). Amaçlarına ulaşmak için içsel ve dışsal kaynakların kaybı umutsuzluğa, bu da kişinin kendini güçsüz algılamasına ve depresif duyguduruma götürmektedir. Kahırlanmada kişide oluşan hayal kırıklığı geleceği olumsuz algılamaya neden olmaktadır. Çevreye bakışı değişen kişinin kendisini umutsuz ve güvensiz hissetmesi uyumunu bozmakta, kişilerarası ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. Kişide umut oluşturabilirse yeniden güdülenme, enerji, güçlenme oluşturulabilmektedir (3,40).

2.1.3. Algılanan Adalet ve Kahırlanma İlişkisi

Kişinin dünyaya karşı olan adalet inancı ile öznel kendini iyi hissetmesi arasında ilişki vardır (41). Kişiler arası ilişkide güven duygusu ile dünyaya karşı adalet inancı pozitif ilişkili bulunmuştur (42). Güçlü bireysel adalet inancına göre iyi şeyler iyi insanların, kötü şeyler kötü insanların başına gelir. Bireysel olarak kendimizi iyi insan olarak kabul ederiz, bu da geleceğe iyimser yaklaşmamızı sağlar (42, 45). Yaşanan beklenilmeyen ve adaletsiz olarak değerlendirilen olay bireyin bu inancını sarsar ve narsistik kırılma yaşatır. Dışsal faktörler (hırsızlık) veya içsel faktörler (özkıyım) kişide kontrol hissinin kalkması şeklinde algılanır, bu da çevreden korku duymasına neden olur. Kişinin güçlü adalet inancı olması, ancak kişiler arası ilişkide kontrol yeteneğinin düşük olması psikopatoloji gelişimi için daha fazla risk teşkil edebilir (46).

Bireysel adalet inancı, kişinin hedeflerini yerine getirme özgüveniyle olumlu ilişkili bulunmuştur (47). Kişilerin yüksek adalet inancıyla okul performansı, iş başarısı

arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (48). Laboratuvar görevlerinde güçlü inancı olanlar daha iyi performansa ulaşmıştır. Bu yüzden adaletli bir dünyaya inanmak kişisel olarak önemlidir (49, 50). Haksız davranışlara maruz kalma olumsuz benlik algısına ve dünyaya karşı adalet inancının azalmasına neden olmaktadır (50).

Haksızlığa uğrama tecrübesi sonrası öfke duygusu açığa çıkar. Kronik tablolarda kişilerde sözel dışavurum başta olmak üzere öfke dışı vurumu artar, paranoid tutum gelişir ve kişilikte olumsuz değişimler olabilir. Kişi adaletsizlik temel inancına daha güçlü inanmaya başlar ve bunu özümser (51, 55). Haksızlık sonrası kendini suçlamalar başlar ve bu şekilde adaletsizlik işlendikçe benlik saygısı da azalır. Adalet güdülenme kuramındaki süreçler daha çok bilinçsiz basamaklarla kendiliğinden işler (46, 56–59). Aldığı darbelerle kişinin temel güven inancı sarsılır. Olumsuz yaşam olayları birikerek güvensizlik temel inancını güçlendirir ve travma sonrası kahırlanma bozukluğu (TSKB) ortaya çıkar (3,13,19,60).

Kişi dışlanma durumlarında örneğin sosyal karışıklıklarda, azınlık olduğunda, uzun süre işsiz kaldığında ya da işyerinde bezdirme uygulandığında adaletsizliği deneyimleyebilir(61),(62,63)3,(62–64).Güven ve adalet temel inançlarının sarsılmasına ek olarak kişide diğer sosyal ve kişisel faktörlerde de bozulma eklenir ve psikopatolojik düzeye ulaşır kahırlanma bozukluğu gelişir. Ancak patofizyolojik mekanizmasının aydınlatılması için daha fazla çalışmanın gerekliliği vurgulanmaktadır (3,13,19,60).

2.1.4. İntikam ve Kahırlanma İlişkisi

Travma sonrası kahırlanma bozukluğunda insanda onun iyilik haline zarar veren ciddi bir kayıp algısı söz konusudur. Bu kişilerde kaybettiğini geri alma arzusu veya dürtüsü olarak adlandırılan bir motivasyon tetiklenir (5). Beklenmedik, kontrol edilemez ve yoğun hislere neden olan olay sonrası acı veren düşünceler kişinin yardım edilemez halde ve yalnız olduğunu hissetmesine neden olur. Bunun sonucunda bu ciddi kayıp kişide intikam senaryolarını tetikler (65).

Kahırlanma duygusu ve intikam düşünceleri duygusal tekrar yaşantılamayla (5),yaş, cinsiyet, travma tipi, öznel travma şiddeti algısıyla ilişkili bulunmuştur (66). Kosova, Afganistan, Uganda’da savaş sonrası çocuklarda, sivillerde ve askerlerde TSSB olanlarda ve stres belirtileri olan grupta intikam düşüncelerinin varlığı gösterilmiştir (67,68),(69,70).Travmatizasyonda tehlikeli ve adaletsiz çevre algısı intikam düşünceleri için önemli bir fenomendir ve insan eliyle oluşan travmalarda bu durum çok daha sıktır.

Hesaplaşma, öç alma, intikam birçok dilde eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Kin, içerleme, gücenme, kızgınlık da haksızlığa eşlik eden duygulardır. Suç/saldırı orantısız olunca haksızlık olarak algılanır ve intikam duygusu şeklinde yıkıcı bir yanıt oluşturulur(71,72), (73–75), (76). Haksızlık, cezalandırılmak olarak algılanır ve karşıt tepkiyle misillemeye gidilir (77,78).

Bellekle ilgili ağ kuramına göre travma, *korku* yapısının ürünü tipik düşünceler, anılar ve tepkilerle bağlantılıdır. Korku ve öfkeyle yakından bağlantılı zihne dalışlar (intrüzyonlar) ve anılar agresyonu, intikam hissini ve düşüncelerini tetiklemekte, bu da aşırı uyarılmaya neden olmaktadır. Aşırı uyarılma korkuyla ilişkili sistemi tetikleyerek öfkeye neden olmakta, öfke ilişkileri ve bilişi etkilemekte, bu da intikam düşüncesini ve duygusunu arttırarak bir tür kısırdöngü oluşturmaktadır (79–81). Burada korkunun ve öfkenin azaltılması, intikamla ilgili duygu ve düşünceleri azaltıcı rol oynayacaktır.

İntikam fenomeninin duygu ve düşünceden oluştuğunu savunan hipotezler de mevcuttur. Bilişsel yaklaşıma göre suç ya da günah sonrası intikam düşüncesi gelişmektedir (82). Ahlâk sistemine göre faili cezalandırma isteği intikam duygusunu tetikler. Travma sonrası stres belirtileriyle intikam arasında çeşitli duygu ve bilişler düzenleyici rol oynar (3,13,19,60). İntikam fenomeni doğrudan veya dolaylı yollarla ya sinirlilik ve öfkeyle dışsallaştırılır ya da utanma veya korkuya çevrilip içselleştirilir. Öznel bir değerlendirmeye ya affedilir ya da intikam planları yapılır. Bu iki seçeneği de kişinin kendini değerlendirme ve kontrol konusunda etkinliği, başa çıkma becerileri ve motivasyonel faktörler etkiler (3,13,19,60). Bazı çalışmalarda TSSB şiddeti affedememe ya da affetme zorluğuyla pozitif ilişkili bulunmuştur (83,84).

İntikam fenomeniyle ilişkili bir diğer duygu olan nefret, bir gruba veya kişiye karşı aşırı derecede düşmanlık duyma hissi olarak tanımlanmaktadır (82). Adaletsizliğin yoğun hissedildiği insan eliyle oluşturulan savaş benzeri travmalarda bu duygunun sık eşlik ettiği stres belirtileri gösterilmiştir (67, 68, 69, 70).

Kahırlanmada intikam, altı çizilen önemli bir duygudur. Kahırlanma bozukluğunda da yukarıda bahsettiğimiz mekanizmalar işler. Adaletsizlik sonrası faile karşı yoğun öfke ve nefret duyma kahırlanmaya neden olur. Negatif duygulanım, intikamla ilişkili davranışlar, tutumlar, adaletsiz dünya inancının pekişmesi, değer yargılarının dengesinin bozulması, kendilik değerinde olumsuzlukların artması, kişinin etkinliğini yetersiz görmesi ve bunun uzun sürmesi, affedememesi halinde işlevselliğinin olumsuz yönde etkilenmesi, karakterinde değişiklikler meydana gelmesi görülebilir (13,18,64,85–88).

Ruminatif karakterde intikam imajinasyonlarının varlığı dikkati ve odaklanmayı azaltır, umutsuzluğa neden olur ve tedaviyi ketleyebilir (73–75). Travma sonrası stres bozukluğu veya kahırlanma bozukluğu olup, intikam düşüncesine sahip bireylere güven vermek tedavide önemli bir aşamadır. Güven vererek adalet ve güç inancını onarmak gerekir. Bu şekilde intikam düşüncelerine neden olan düşmanlık gibi olumsuz duygular azaltılırken olumlu duygular arttırılabilir. Güven yoluyla “dünya tehlikeli” şeklindeki olumsuz düşüncesi azaltılabilir. İmajinasyonla sembolik intikam, hesaplaşma sağlanarak agresyon, öfke ve düşmanlık azaltılabilir (89).

2.1.5. Hayata Küsme ve Kahırlanma İlişkisi

İnsanlar olumsuz yaşam olaylarıyla karşılaştıktan sonra dünya algıları değişebilir. “Hiçbirşey görüldüğü gibi değil, herşey anlamsız” olarak açıklanabilecek nihilistik bakış açısı baskın hale gelir ve kişi hayata küser. Hayatın eskisi gibi olmayacağını düşünür. Herhangi bir fırsatının olduğuna ihtimal vermez. Dünya suçlu, insanlar kurbanlar olarak algılanır, bu da sürekli mutsuzluk, somurtkanlık, kederli hale neden olur. Acı ve intikam düşünceleriyle yaşamlarına devam ederler. Nefretle birlikte öfke ve agresif davranışlar gelişir. Kişi bu olumsuz davranışları nedeniyle kendinden de nefret edebilir. Kişilerin bu acı ve intikamla yaşamamaları için yeni bir anlam bulması veya bakış açısını değiştirmesi gerekir. Hayat hastalıklar ve kazalarla doludur ve iyi insanların başına da şanssızlıklar, kötü olaylar gelebilir. Bu tamamen rastlantısalıdır. Tedavi sürecinde bu biliş üzerinde durulabilir ve kendini açma, paylaşım ve empati yöntemleriyle yeni anlamlar bulmaya yönlendirilebilir. Geçmişle ilgili donan görüntüler umuda dönüştürülmelidir. Ya acı ve intikamla hayata küsmeyi, ya da bunlara rağmen hayatı sevmeyi öğrenebileceği belirtilmelidir (11). Affetme terapisi de hayatla yeniden barışmada etkili bulunmuştur (90).

2.2. Travmatik Yaşantılar ve Kahırlanma

Travmatik yaşantı bireyin algısı ve yorumuyla öznel olarak şekillendiği için, patofizyolojik faktörler arasında travmanın oluş biçiminden çok öznel değerlendirmenin öne çıkabileceği söylenebilir. Sosyal kayıplar yaşamın ve geleceğin artık eskisi gibi olmayacağıyla ilişkili olduğu için, insan eliyle olan travmalar iyi ve güvenilir dünya algısını yitirmeye neden olduğu için, göç gibi olaylar veya iş kaybı kişinin güvence üssünün kaybı olduğu için travmatik algıyı arttırmaktadır. Ebeveyn yokluğuna benzer

ilk travma olan ayrılık travmasını ve orada hissedilen çaresizlik hissini insana tekrar yaşatabilmektedir.

İş yükü artarak devam eden askerlerde görüldüğüyle (91,92), nesiller arasında değiştiğiyle ilgili (91,92), felaket sonrasında (93) ve işyerlerinde ortaya çıkmasını öngördürücü özelliklerle ilgili (94), hemşirelerde akademik olmak ya da olmamakla ilgili (95) olduğunu ileri süren çalışmalar bulunmaktadır.

2.2.1. İlişkiler

İlişkinin temel değişkenlerinden birisi güvendir. Güven düzeyiyle bağlantılı olarak olayı algılama, genelleme, travmatik kabul edip etmeme değişmektedir. Güvensizlik travmatik algıya ve hayata küsmeye neden olabilmektedir. Kişilerarası ilişkilerde güven düzeyi ile travma sonrası hayata küsme düzeyi arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada güvensiz ve endişeli bağlanmanın kahırlanma gelişimi için bir kırılma faktörü olduğu gösterilmiştir (96).

Evlilik ve eş stresi psikopatoloji arasındaki ilişki gösterilmiştir (33). Ruhsal hastalıkların cinsiyetler arasındaki farkına değinen birçok çalışma vardır (97). Stres algısında cinsiyet farkı olduğu ve stres kaynaklarının değiştiğine değinen yayınlar da bulunmaktadır (98). Evlilikte depresyonun sıklığına değinen (99), evli çiftlerde depresyon ve cinsiyet açısından farka değinen (99,100) yayınlar bulunmaktadır. Yine çiftlerde TSSB gelişimi üzerinde ilişkinin önemini belirten çalışmalar vardır (101). TSSBunda kadınlarda duygusal düzenlemedeki zorluklara değinilmiştir (102). Psikosomatik hastalıkların kültürle değişimi gibi stresörle ilişkili diğer hastalıklarda da kültürel farklılıklar bulunabilir (103, 104). Nitekim Almanya’da evliliklerde kahırlanma erkeklerde daha yüksek tespit edilmiştir (87).

2.2.2. İş

İş hayatı kişinin erişkin yaşlarında odaklandığı, üretici evrede kendisini kanıtladığı evredir. Haksız muamele sonucu kişi kendisini başarısız algılayabilir(105). Adalet ihlali olarak algılanan durumlar, kötü iş performansı ve daha yüksek hastalık dönemleriyle ilişkilendirilmiştir. İşyeriyle ilgili yapılan bir kahırlanma bozukluğu çalışmasında algılanan adalet, algılanan örgütsel destek, yönetici ve eş desteği, rol ve değişimde kahırlanan grupta anlamlı düzeyde düşük skorlar elde edilmiştir (105). İşyerinde algılanan zorbalık TSSB ile pozitif ilişkilidir. Buna nörotizmin katkıda bulunduğu ileri sürülmüştür (106).

Bir meta analizde işle ilgili yüksek talep, düşük tolerans, yüksek efor ve düşük maaşın psikopatoloji gelişimi için risk faktörü olduğu bulunmuştur (105,107,108). Kazanım ve ödüller kadar işyerindeki kabulün önemine değinen yayınlar da mevcuttur (109).

Bir çalışmada çalışanların sözlü, fiziksel, cinsel ima, taciz, dedikodu gibi farklı şekillerde şiddete maruz kalmasının travma sonrası stres belirtileri geliştirdiği belirtilmiştir (110). Yine askerlerde savaş stresörüyle ilgili kahırlanma bozukluğu gelişimi gösterilmiştir (111).

2.2.3. Göç

Linden TSKB'nu ilk defa Doğu Almanya'dan göçen göçmenlerde tespit etmiştir(14) Karmaşık bir olgu olan göçün etkilerini açıklamak için çok sayıda faktöre dikkat edilmesi gerekir. Kişinin göç zamanındaki zihinsel ve fiziksel durumu, yolculuğun uzunluğu ve zorluğu, göç edilen yerin koşulları önemlidir. Göç öncesi, sırası ve sonrası etkenlerin ayrıntılı değerlendirilmesi gerekir. Bunlardan en önemlisi göçün nedeni ve göçle kaybedilecek şeylerdir. Zorunlu göç bu yüzden daha sıkıntılıdır(5). Zorunlu göçte kişilerin depresyon, somatizasyon bozukluğu, major depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, ilişki problemleri, yoğun kaygı ve umutsuzluk hisleri yaşadıkları bildirilmiştir (5,112). Siyasi, kültürel, nüfus büyüklüğü gibi etkenler de durumun şiddetini etkilemektedir. Yeni kültürle uyum sağlama bu süreçte önemlidir. Uyum sağlanamadığı durumlarda stres belirtileri veya psikopatoloji ortaya çıkabilir (113,114).

2.2.4. Kronik Hastalıklar

Daha önce TSSB'nin ciddi hastalıklar sonrasında ortaya çıktığı gösterilmiştir (103). Kahırlanmayla ilgili ilk çalışmalar kronik kanser hastaları üzerinde olmuştur. Kronik hastalıkla takipli bazı hastalar aktif hayatın gerisinde kaldıklarını, haksızlığa uğradığını, bu kaderin haksızlık olduğunu ifade etmektedirler. Çaresizlik ve umutsuzluk yanısıra öfkeli dirler. Mağdur olma ve buna bağlı isyan mevcuttur. İntikam duyguları da eşlik edebilir. Örneğin hemodiyalize başlangıç, kronik böbrek hastası bir birey için son evreyi ifade eder. Bu da TSKB için tetikleyici olabilir. TSKB kronik uyum bozukluğudur ve yaşam kalitesini ciddi düzeyde düşürür (115). Uzun yıllardır Cushing tanısıyla takip edilen hastalarda depresif başa çıkma, önemsizleştirme, zihinsel uğraş olumsuz başa çıkma stratejileri ile kahırlanma arasında ilişki bulunmuştur (116). Yatan

hasta grubunda psikosomatik hastalığın ciddiyetiyle kişiliğin kahır lanmayı birlikte yordadığından bahseden bir çalışma bulunmaktadır (117).

2.2.5. Ebeveyn Olmak

Yanık hasarı oluşan çocukların anne babalarında yanıkla ilgili suçluluk duygularının travma sonrası stres semptomlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Kronisite arzeden bu suçluluk duygusu travma sonrası kahır lanma bozukluğunda karamsar düşüncelerle korele bulunmuştur(118,119). Yine bir çalışmada zihinsel yetersizlikten etkilenmiş çocuğu olan ebeveynlerin psikopatoloji skorlarının daha yüksek olduğu, sıkıntıyı kabullenme ve baş etme kapasitelerinin düşük olduğu belirlenmiştir (120).

2.2.6. Yaşlılık, Yas, Yaşamın Dönüm Noktaları

Erişkinlik döneminde stresörlerin daha fazla olduğuna değinen yayınlar bulunmaktadır. Buna bağlı bu dönemde psikopatolojik belirtiler artabilir (121,122). Çocukluk ve erişkinlik dönemine değinen çalışmalar mevcuttur (121).

İleri yaşta reaktif depresyon belirtilerinden bahsedilmiştir(123).İleri yaşta kayıpların artması ayrıca bir risk faktörüdür. Yasda melankoliden bahseden çalışmalar mevcuttur (124).Yine savaşlarda kayıplardan sonra yasla kahır lanma arasındaki ilişkiye değinilmiştir(125,126). Kişinin hayallerinin kaybı da bir nevi yastır ve ciddi acı hissine neden olur (127).

2.3. Travma Sonrası Kahır lanma Bozukluğu

Linden'in ilk kez Doğu Almanya'dan göçen göçmenlerde sosyal geri çekilme ve enerji kaybıyla karakterize olarak gözlemlediği bu tablo, günlük işlevsellikte bozulmaya, yalnızlaşmaya, sık sık geçmiş anılarla uğraş, kaçınmalara neden olmuştur.(14). Mevcut tanımlarla adlandırılmadığı bu tabloyu önce uyum bozukluğunun bir alt tipi olarak değerlendirmiş, daha sonra sonrasında işlevsellikteki ciddi bozulma açısından travma spektrumunda olduğunu düşünüp "travma sonrası" tabirini eklemiştir(5).

Tek bir cümleyle tanımlanırsa kahır lanma bozukluğu; adaletsiz ve geri dönüşümsüz bir şekilde değıştirilemez olarak algılanan, dehşet verici olmayan olumsuz bir yaşam olayından sonra ortaya çıkan süregen umutsuzluk, nefret, öfke, tekrarlayan istemsiz intikam düşünceleri ve çökkün duygudurumla karakterize, sosyal işlevselliği

ciddi derecede bozan, tedaviyi zorlaştıran ya da tedavi reddine yol açan önemli bir psikopatolojidir.

Kronik strese veya travmaya verilen tepkiler arasında yer almakla birlikte genellikle tanısı konulamayan, simulasyon veya kişilik bozukluğu olarak değerlendirilebilen bir klinik tablo olan kahırlanma bozukluğu konusunda farkındalık oluşturmak, tedavisi zor, dirençli bu hasta grubuna uygun klinik yaklaşımı belirlemek açısından bu çalışma önem taşımaktadır. Mevcut sınıflandırmaların özgüllüğü bu hastaları tespitinde yeterli değildir.

Kahırlanma insanı etkileyen olumsuz ve geri dönüşümsüz kontrol edilemez olarak algılanan her türlü yaşam olayında veya bu olayların tekrar tekrar yaşanması ya da üst üste gelmesi durumunda gösterilen duygusal bir tepkidir. Travma sonrası kahırlanma bozukluğu ise bu duygusal tepkinin şiddetli ve süregelen olması durumunda ortaya çıkan klinik bir tablodur. Linden ve arkadaşları 2004'te bu klinik tablonun henüz kılavuzlara girmeyen tanı kriterlerini şu şekilde belirlemişlerdir(5);

Ana Kriterler

- 1- Olumsuz bir yaşam olayının deneyimlenmesi
- 2- İyilik halinin bozulmasından bilinçli olarak bu olayın sorumlu tutulması
- 3- Olayın haksızlık olarak algılanması
- 4- Olaydan bahsedilince öfke ve kahırlanma hissedilmesi
- 5- Olay tekrar tekrar hatırlanması
- 6- Olayın anımsanmadığı zamanlarda duygudurumun düzenlenebilmesi
- 7- Herhangi bir ruhsal bozukluğu öncesinde olmaması veya mevcut haliyle başka bir ruhsal bozuklukla açıklanamaması.

Ek Bulgular

- 1- Çaresizlik, baş edememe, güçsüzlük hissi
- 2- Durmadan kendisini suçlama
- 3- İyileşmeyi umursamama
- 4- Özkıyım düşünceleri
- 5- Disforik, agresif ve depresif duygudurum
- 6- Uyku bozukluğu, iştah sorunu, bedensel belirtilerden yakınma
- 7- Olayın geçtiği yer ya da olayın kendisiyle ilgili fobik belirtiler gösterme
- 8- Enerji kaybı, güçsüz ve bitkin hissetme.

Linden ve arkadaşları araştırmaları doğrultusunda zaman içinde birkaç değişim yapmışlar, kriterleri aşağıdaki şekilde değiştirmişlerdir(128);

Ana Kriterler:

- 1- Olumsuz olay sonrası ortaya çıkan duygusal ve davranışsal belirtiler olması
 - 2- Olayla başlayan hastalık algısı, haksızlığa uğramışlık hissi, aşağılanma /adaletsizlik olarak algılama ve kişinin buna acı, yardım edilemezlik, çaresizlik hissederek karşılık vermesi, son olarak olayı hatırlayınca emosyonel uyarılma oluşması
 - 3- Karakteristik belirti olan zihne dalıcı düşünceler; olayı hatırlayınca zihinsel iyilik halinde kalıcı olumsuz değişikliklere neden olan intikam, öfke dolu hayaller ya da olayı değiştirerek tamamlamayla ilgili resimler
 - 4- İyilik halindeki bozulmanın başka bir hastalıkla açıklanamaması
 - 5- Günlük aktivite ve işlevselliğe zarar vermesi
 - 6- Belirtilerin 6 aydan uzun sürmesi
- Ek belirtiler aynı şekildedir.

2.4. TSKB Hangi Spektrumda İncelenmelidir?

Stresli yaşam olayı sonrası görüldüğü için uyum bozukluğu ve travma spektrumu, kişilik özelliklerinde değişim ve depresif duygudurum nedeniyle de duygu düzenleme açısından incelenebilir. 2003'te Linden uyum bozukluğunun bir alt tipi olarak değerlendirmiştir. Sonrasında işlevsellikteki ciddi bozulma açısından travma spektrumunda olduğunu düşündürür (5). Nitekim stresörün travmatik etki büyüklüğü algıya dayalıdır. Bu yüzden daha önceki klavuzlardan farklı olarak uyum bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, tepkisel bağlanma bozukluğu ve sınırsız toplumsal katılım bozukluğu DSM-5'te travma ve stresörle ilişkili bozukluklar kategorisi altındadır (129).

Ortak özellikleri stresör sonrası ortaya çıkmalarıdır.

2.4.1. Uyum Bozukluğu

Uyum bozukluğu fiziksel ya da ruhsal olarak zorlayıcı (belirgin değişikliklere yol açan) bir yaşam olayının ardından üzüntü, kaygı, endişe ya da gerginlik gibi duygusal belirtiler oluşturan, işlevselliği olumsuz etkileyen bir durumdur. DSM-1'de geçici durumsal kişilik bozukluğu, DSM-3'te geçici durumsal bozukluk olarak tanımlanmıştır (130). DSM-3'te altı ayı geçmez denmişken, DSM-4'te kronik tablolar için tanı

genişletilmiştir (131). DSM-5'te olaydan sonra 3 ay içinde başlama ve 6 aydan uzun surmeme kabul edilmiş, kronikleşme çıkarılmış ve travma başlığı altına kaydırılmıştır (129).

ICD-10'a göre belirtiler olaydan sonra 1-3 ay içinde başlamalı, stresörün etkisi geçtikten sonra 6 aydan uzun surmemelidir (132). Devam eden vakaları tanımlamak için uzamış depresif reaksiyon tanısı eklenmiştir. ICD-11'de (132–134)tanı gözden geçirilmiş, iki çekirdek belirti tanımlanmıştır;

1- Stresör ve sonuçlarıyla ilgili zihinsel aşırı uğraş (preokupasyon), zihne dalıcı düşünceler (intrüzyonlar), ilgi ve istekte azalma

2- Stresör sonrası uyumsal olmayan duygusal-davranışsal tepkiler (135,136)

Uyum bozukluğunun yüksek geçerliliğe sahip bir leği bulunmamaktadır (137).

2.4.1.1. Uyum Bozukluğuna İlişkin Psikopatoloji Kuramlar

Strese duyarlılık modeli

Olayın şiddetli ve baş etmenin zayıf algılanması durumunda stres tepkileri tetiklenir. Düşük sosyoekonomik düzey, travmatik yaşantılar, ek hastalıklar bunu kolaylaştırır (130). Eştanı sıklığı fazladır. Depresyon, kişilik değişikliği, madde kullanımı eştanıları bildirilmiştir. Özkıyım riskinin arttığına yönelik bildirimler de vardır (138, 139). Nrotizm ve dışa dönük olmamayla ilişkilendirilmiştir (140).

Stresi açıklayan kuramlar

1-Genel uyum sendromu yaklaşımı

Organizmanın strese ilk verdiği tepkinin alarm tepkisi olduğunu, sempatik sinir sisteminin etkinleşmesiyle “*savaş-kaç ya da donakal*” tepkilerinden birisinin verildiğini belirtir. Bu aşamadan sonra parasempatik sistem etkin olmaya başlar, uyum veya direnme aşamasına geçilir. Uyum sağlanamadığı durumlarda geçilen üçüncü aşamada organizmanın başa çıkma kaynakları tükenmiştir. Stresör halen mevcuttur, ancak organizma baş edemeyip pes etmiştir (141–143).

2- Bilişsel transaksiyonel model

İnsan ve evre arasındaki etkileşimle ortaya çıkan karmaşık dinamik, kişiye özel bir süreç olarak tanımlanır. Bu modele göre stres geçmiş, şimdi ve gelecek açısından değerlendirilir. Bir durumun nasıl değerlendirileceği kişisel amaçlar, değerler, bağlılıklar, dünya ve ben hakkındaki inançlar, kontrol edilebilirlik ve yakınlık gibi

kişisel faktörlere bağlıdır. Baş etme yolları, stresör hakkındaki düşünceyi değiştirme (bilişsel başa çıkma), stres yaratan durumu değiştirmeye çalışma (problem odaklı başa çıkma), duygu düzenleme ve tolere edebilme (duygu odaklı başa çıkma) olarak üç şekildedir (144,145).

3- Biyolojik etyoloji

Deksametazon supresyon testine HPA eksenii yanıtı depresyondan farklı bulunmuş, ancak nörogörüntülemeye depresyondan anlamlı fark elde edilememiştir. (130). Son zamanlarda prefrontal korteks (PFK) işlevinde bozulmayı düşündürecek tarzda sağ medial frontal, sağ posterior singulat, sağ anterior singulat, sol subkallozal, sol kaudatta azalmış metabolizma tespit edilmiştir (146,147). Bir başka çalışmada sağ medial frontal girusta azalmış gri madde hacmi tespit edilmiş, duygu düzenleme sorunu yanı sıra strese tepkide, dikkati odaklama, planlama, zihinsel esneklik gibi baş etmede gerekli yürütücü işlevlerle ilgili sorunlar olabileceğine değinilmiştir (148). Elektrofizyolojik bir araştırmada uyum bozukluğunda görsel ve işitsel uyaranlara P300 amplitüd yanıtı daha düşük bulunmuştur. Bu durum duyuları bütünleştirme güçlüğüne işaret etmektedir(149). Sol süperior temporal kalınlıkta azalma ile sosyal uyum zorlukları arasındaki ilişkiyi belirten başka bir çalışma da mevcuttur (138).

2.4.1.2. Uyum Bozukluğu ve TSKB Benzerlikleri ve Farklılıkları

Olumsuz ancak dehşet verici olmayan bir stresör sonrası oluşmaları, algılanma ve tepki süreci, sonuçta ortaya çıkan belirtiler açısından benzerlikleri bulunmaktadır. Ancak uyum bozukluğu çoğu zaman altı ay içinde gerilemektedir ve tedaviye yanıt genelde iyidir. TSKB’da ise en az altı ay süre gereklidir ve tedaviye dirençli ya da tedaviyi reddeden hasta grubu daha fazladır. Bu iki grubu ayıracak spesifik belirtiler tespit edilmelidir. Horowitz strese yanıt modelindeki spektrumda uyum bozukluğundan ayrı bir başlık olarak değerlendirilebileceği ya da uyum bozukluğunun bir alt tipi sayılabileceğini savunan yayınlar bulunmaktadır (125,137,150).

2.4.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve TSKB

Travmatik olan/olmayan olay tanımını yapmak son derece zordur. Travma niteliği kazandıran etmenler neler, bir yaşantı ne zaman ve hangi koşullarda travma niteliği kazanır sorularını cevaplamak önemlidir. Travma Yunanca bir kelime olup *teiro* yaralamak, delmek, sürtmek anlamına gelmektedir.

DSM-5 e göre TSSB'nin ön koşulu olan travma tanımı şöyledir;

Aşağıdaki yollardan biriyle ya da birden çoğuyla gerçek ya da göz korkutucu biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma:

- Doğrudan yaşama,
- Başkasının başına gelen olaya doğrudan tanık olma,
- Bir yakının başına travmatik olay geldiğini öğrenme (aile bireyi ya da arkadaşının gerçek ölümü veya ölüm olasılığının kaza ya da kaba güçle gerçekleşmesi sözkonusudur)

- Travmatik olayın sevimsiz yüzüyle işi gereği karşı karşıya kalma (işiyile ilgili değilse diğer yollar örn. medyadan maruziyet gibi dahil edilmemektedir)(129).

DSM-4'e dönersek nesnel A1 ve öznel A2 olmak üzere iki kriter mevcuttur. A1 olayı tanımlarken, A2 ise olay sonucu oluşan aşırı korku, çaresizlik, dehşet duygusu olması gerektiğini belirtmektedir(130). Biri için travmatik olan bir olayı başka bir insan travmatik algılamayabilir, bazen bellekte yer eden bir şey sonradan ifade bulabilir. Bunun yanında bu tanımda psikolojik bütünlük tam anlamıyla dikkate alınmamıştır. Annenin terk etmesi ya da kaybı gibi katastrofik kayıplar, duygusal ihmal, istismar, tehdit ve fiziksel şiddet içermeyen aşağılama, küçük düşürme gibi olaylar da insanlar tarafından travmatik algılanabilir(151).

Bunun yanında travmatik olaya bireysel-toplumsal olup olmama, insan eliyle-doğal afet olup olmama, tekil ya da çoğul, kesitsel ya da süreğen travma şeklinde olmak üzere farklı boyutlardan da bakılması gerekmektedir. Toplumsal travma, belli bir topluluğun kültürel, psikososyal, ekonomik yapı taşlarını sarsmakta, kolektif belleğe ve kimliklerine etki etmektedir. Daha derin etkileri olabilmekte, geleceğe bakışı ciddi anlamda olumsuz etkileyebilmektedir (152). İnsan eliyle kasıtlı oluşturulan travmalar daha yıkıcıdır. Uzun süreli tekrarlayan travma maruziyeti daha karmaşık bir tablo oluşturur.

Travmatik kabul edilen olay tanımını daraltmak özgüllüğü arttırsa da duyarlılığı düşürmekte, yani bazı vakaları atlamamıza neden olmaktadır. Burada bahsettiğimiz psikolojik bütünlüğü bozan olumsuz olaylara travma sonrası kahırlanma bozukluğunda da değinilmiştir. Yani aynı olumsuz olaylar kahırlanmaya da neden olabilir. Bu iki tanı grubu aynı spektrumda yer alırken, belirti çeşidi ve şiddetinde değişiklikler söz konusudur (60,153).

2.4.2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Patogenezi

Ödül sistemi, emosyonel sistemler ve travma

Merkezi sinir sisteminin ana çalışma işlevi yaklaşma ve uzaklaşma üzerine kuruludur. Emosyonel sistem tarafından evrimsel uyarlamalara uygun şekilde faydalı olan ve haz verene yaklaşma, zararlı ve kaygı verenden uzaklaşma, sonrasında faydalı olanı, haz vereni alışkanlık haline getirme, diğerlerinden kaçınma kararı temel yanıt sistemidir (154). Uyarının niteliğine göre iç sinyaller olumlu ya da olumsuz karar verme sürecini yönetirler. Uyararla ilgili olumsuz iç sinyaller travmatik belleğin de tetikleyicisi olarak travma sonrası ortaya çıkan belirtilerin başlatıcısı olarak değerlendirilebilir.

Tehlikeden korunma, uyumsal yanıtın bir sonucu olarak emosyonel sistemin ana görevidir. Makro sistem yaklaşımına göre emosyonel sistem makro sistemdir, hangi mikrosistemin kapatılıp hangisinin açılacağına karar verir (155,156).

Emosyonel yanıt basit başlatıcılarla başlamakla birlikte, sistemde hızlı ve karmaşık yanıtlara dönüştürülür. Uyarı önce talamusa, oradan ilgili duyu kortekse gider. Bununla birlikte korteks altı işleme süreci hızlı yüzeyel yanıt için devreye girer. Pulvinar nükleustan girdi alan amigdalanın, uyarana milisaniyede yanıt oluşturduğu yol, *aşağı hızlı yol* olarak tanımlanmıştır (157). Kısaca açıklarsak 50.msn'de tanıdık uyarılar kapılır, 300. msn'de yeni uyarı algılanır. Bu duruma *nöral farkındalık* denir (158). Amigdala kısa sürede lateral hipotalamus üzerinden otonom sinir sistemini (OSS) uyarır. Merkezi gri maddeyle donma tepkisini meydana getirebilirken, paraventriküler nükleus üzerinden endokrin sistemi, nükleus akkumbens üzerinden de motor sistemi harekete geçirir (157).

Yukarı yol ise geçmiş bilgiler, deneyimler, değer yargıları, tehlike durumuna karşı öğrenilmiş bilinç düzeyindeki stratejileri içeren korteks bölümleri ve hipokampusla iletişim kurar. Uyarının kaynağını, nedenini değerlendirir ve otonom yanıtın sönmesine veya devam etmesine karar verir. Zararlı bir uyarı algılandığında amigdala bunu duyu yüklü olarak kaydeder. Amigdalada oluşan ve dilsel ifadesi bulunmayan bu emosyonel belleğe örtük bellek denir. Örtük bellekle olağan dışındaki uyarı özelliklerini sürekli hatırlatma, dış dünyada ön belirleyicileri sürekli tarama sağlanır. Travmatik anı benzeri durumla tekrar karşılaşıncaya daha önce yaşanan korku ve dehşet duygularını hatırlatarak durumdan hızla uzaklaşma gerçekleştirilir (159).

Modülasyon hipotezi

Amigdala mediyal temporal lob yapılarını düzenlediği için duygusal uyaranlar daha iyi hatırlanır (160,161)(162). Orta derece streste hipokampus kayıt hakimiyeti, ağır ve hafif streste ise hipokampusta aktivite azalması tespit edilmiştir. Belirtilerin ilk günkü canlılığını koruması travmaya bağlı öğrenme süreçlerinin hassasiyetiyle ilişkilendirilmiştir (163). Yaşamsal önemine göre bazı uyaranlar söndürülmekte, bazıları ertelenmekte, bazıları da söndürülmemektedir (örneğin ağrı gibi) (164).

Nörokimyasal mekanizmalar

Noradrenalin

TSSB’de merkezi ve periferik sinir sisteminde noradrenalin (NA) seviyeleri yüksektir(165). NA bazolateral amigdala üzerinden korku koşullanmasına, mediyal prefrontal korteks üzerinden söndürülmesinin engellenmesine neden olur. Bu nedenle adrenerjik deşarj travmatik bellek ve yatışmayan uyarılmışlıkla ilgilidir (165). Öğrenilmiş çaresizlik hayvan modelinde umudunu kaybeden ve mücadeleden vazgeçenlerde NA seviyesinde düşme bulunmuştur(166).

HPA eksen ve glukokortikoidler

Glukokortikoid reseptör duyarlılığı travmatik yaşantıyla artmakta, sonraki dönemlerde travmaya maruz kalınmasıyla TSSB oluşumu kolaylaşmaktadır (167). Erken dönemde maruz kalınan stresli yaşantılar glikokortikoid sistemin genetik ekspresyonunu da etkileyebilmektedir(168).

Farklı bir hormonal bulgu olarak T3’ te T4’e nazaran artış tespit edilmiştir (168,169).

Asetilkolin ve vagus siniri

Vagus sinirinin uyarılması intrinsik sinir lifleri ve düz kaslarla sinaptik birleşiminde asetilkolin (ACh) salınmasına yol açar. ACh nikotinik ve muskarinik reseptörlere bağlanarak parasempatik sinir sistemindeki kas kasılmaları aracılığıyla kalp atış hızını, sindirim sistemini, bağışıklık yanıtını ve ruh halini düzenler (170).

Vagus siniri hipotalamus üzerinden katekolaminerjik nöronlarla kortikotropin salgılatıcı faktör (CRF) salınımını da tetikler. Bağışıklık sistemiyle ilgili sitokinlerin salınımını sağlayarak antienflamatuvar etki gösterebilir (171). Öğrenme üzerine de etkili olduğu gösterilmiştir (172).

Dopamin

Beyindeki başlıca dopaminerjik yollar nigrostriatal, mezolimbik ve mezokortikaldir. Stresle ilişkili başlıcası mezokortikal yoldur. Kronik strese PFK ve nükleus akkumbens dopamin yıkım ürününün arttığı gösterilmiştir (173,174). Korku belleğinde sönme dopaminle ilişkilendirilmektedir. Dopamin yolağındaki bozukluk, travmatik bellekte yeniden düzenlenmeyi bozarak istemsiz tekrarlayan düşüncelere (ruminasyon) neden olabilmektedir. Stres yüzünden hayattan keyif alamama hali, nükleus akkumbens üzerinden mezolimbik yolağı ödül sisteminin etkilenmesiyle ilişkilendirilmiştir.

DRD2 A1 aleli, TSSB ile ilişkili bulunmuştur(175).

Serotonin

Strese verilen kardiyovasküler, nöroendokrin ve motor yanıtla ağrı iletiminde rol oynar (176). TSSB olan hastaların serumlarında serotonin düzeyi düşük saptanmıştır (177). Serotonin eksikliğinde dürtüsellik, depresyon, agresyon, intihar eğiliminde artış olmakta, bu belirtiler de TSSB’de sıkça görülmektedir. Serotonin taşıyıcısı SS aleli TSSB ile ilişkili bulunmuştur(178).

Diğer biyokimyasallar

TSSB’de GABA yollarında bozulmalar gözlenmiştir. Benzodiyazepin reseptör afinitesi azalmıştır. Yine glutamat ve NMDA’nın korku öğrenmesi ve sönümlenmesinde önemi bulunmaktadır(179). Naloksonla korku öğrenmesinin bozulduğu gösterilerek opioidlerin etkisine değinilmiştir(180,181). Nörotensin, HPA üzerinden stres yanıtını arttırmaktadır(182). Nöropeptid Y bellek konsolidasyonunda noradrenerjik sistemin tersine düzenleme yapmaktadır (183,184). Vazopresin CRF’yle beraber salgılanmakta, bellek ve uykunun REM fazında etki göstermektedir. Tensel temas erkeklerde vazopresin reseptörünü, kadınlarda oksitosin reseptörünü arttırmaktadır. Bu farklı etkinin erken travmatik yaşantılarda önemli olabileceği öne sürülmektedir (185).

2.4.2.2. TSSB Kuramsal Bakış

1-Psikanalitik kuram

Travma benliğin uyarıcı bariyerini aşır, denge halini bozar, bastırılmaz ve benliği tehdit eder. Bu durumda regresyonla birlikte tekrar kompulsiyonu oluşur. Travmatik anılar tekrar yaşantılanarak benliğe uyumlu hale getirilmeye çalışılır (186).

2-Klasik koşullanma kuramı

Travmatik olay nötr uyarıken korku tepkisi sonrasında koşullu uyarıcı haline gelir ve genelleştirilir. Kaçınmayla birlikte sönme engellenir ve davranış koşullanması pekiştirilir. Sempatik belirtiler böylece devam eder (187,188).

3-Horowitz strese tepki yaklaşımı

Yeni giren bilgi önce ön çalışma belleğinde kodlanır, var olan şemalarla karşılaştırılır.

Yeni bilgi şemalarla uyumsuz ve kabul edilemez ise çalışma belleğinde kalır ve stres belirtileri ortaya çıkar.

Travmaya ilk tepki protesto/isyandır, yoğun korku, üzüntü, öfkeye karşılık gelir. Bu duygular yok sayılır, bastırılır ya da ertelenirse bölünmüşlük ortaya çıkar. İkinci aşamanın belirgin özelliği olan inkar, hissizlik, seçici dikkatsizlik, amneziyle karakterizedir. Üçüncü aşamada istemsiz düşünceler yaşanmaktadır. Dördüncü aşamada olayla yüzleşirken rahatsız edici düşünce ve resimler artar. Beşinci ve son aşama, bütünleştirme ve hayata kaldığı yerden devam etmektir. Bu gerçekleşmezse bedensel yakınmalara ve işlevsellik kaybına neden olur. Daha uzun dönemlerde karakter değişimine kadar gidebileceği belirtilmektedir (65).

4-Sarsılmış varsayımlar kuramı

Travmayla kişinin dünya ve kendisiyle ilgili olumlu inancı parçalanır, narsistik kırılma yaşar, öngörülemez bu olayla güvenlik algısı bozulur. Bu olumlu temel inançların yerine olumsuzları geçer (189,190).

5-Bilişsel kuram

Ehlers ve Clark'ın bilişsel kuramı (191–193) iki faktörün etkili olduğunu söyler: Travma öncesi ve sonrası değişikliklerin bilişsel değerlendirilmesi ve bellekte depolanan travmatik anıların doğası ile bu anıların otobiyografik bellekte bulunan anılarla etkileşim farkı. Olumsuz değerlendirme kişide olumsuz duyguların ortaya çıkmasına neden olur ve olumsuz baş etmeyle belirtilerin sürmesine yol açar. Olayı hatırlayamama ve tekrar yaşama ise açık ve örtük bellekteki ayrışmadan, örtük belleğin baskın olmasından kaynaklanır (191–193).

2.5. Sık Görülen Eşanlı Hastalıklar

Travmatik olay kişide önemli bir kırılma noktası oluşturarak uyum bozukluğundan psikoza kadar gidebilen birçok psikopatolojik gösterime yol açabilmektedir. Travma sonrasında ortaya çıkan klinik tablolarda travmanın etkileri arasında kahırlanmayı da sorgulamak önem taşımaktadır. Savaş gazilerinde travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) yanında travma sonrası kahırlanma bozukluğu da (TSKB) tespit edilmiştir (125).

Stresten köken alan birçok ruhsal ve bedensel hastalıkla birlikte görülme sıklığı oldukça fazladır. Klinik tablo olarak uyum bozukluğu, anksiyete bozuklukları, depresyon, travmayla ilişkili bozukluklar gibi ruhsal hastalıklara olduğu kadar bedensel hastalıklara da eşlik etmektedir. Bosshard, böbrek diyalizi hastalarında kahırlanma tespit etmiştir (13,194). Kore'de yaşlı kadınlarda bedensel belirtilerle giden benzer bir kültürel hastalığa değinilmiştir(195).

2.5.1. Kahırlanma ve Anksiyete Bozukluğu

Anksiyete bozukluklarının başlangıcında veya dönemsel şiddetlerinin artmasında olumsuz bir yaşam olayı sıklıkla tetikleyicidir (196). Yine anksiyete stres ilişkisi birçok yayında vurgulanmıştır. Panik bozuklukta (197), somatizasyonda (198), stresörler üzerinde durulmuştur. Başka bir çalışma da stresörü olan insanların daha kaygılı ve depresif olduklarına değinilmiştir (199–201). Kahırlanma bozukluğunun hangi sınıfta değerlendirileceği sorusuna aranan cevaplarda anksiyete spektrumu önemli yer tutmaktadır (202). Daha çok yaygın anksiyete bozukluğuyla ilişkilendirilmektedir (3). Kahırlanma bozukluğu ile anksiyete bozuklukları sık bir arada görülmektedir. Linden'in bir çalışmasında TSKB'na %35.4 yaygın anksiyete, %18.8 sosyal fobi, %12.5 panik bozukluğunun eşlik ettiği bildirilmektedir (203).

2.5.2. Kahırlanma ve Depresif Bozukluk

Kahırlanmada depresif belirtiler sık görülür (14). Olayı hatırlayınca artan depresif duygudurum mevcuttur (3). Ancak olayın adaletsizlik, haksızlık olarak algılanması sonucu ortaya çıkan öfke, agresyon, intikam duygularının eşlik ettiği dışadönük belirtilerin olması tanıyı depresyondan uzaklaştırır. Klinik tablo ICD-8’de bahsi geçen reaktif depresyon özelliklerine yakındır (150). Depresyonda dikkat, konsantrasyon, geriye dönük bellek, ileriye dönük bellek, organizasyon ve planlama bozulur. Kahırlanmada ilk ikisinde bozukluk gösterilmiştir (204). Ancak yine de duygudurumu düzenleyememeleri nedeniyle duygudurum bozukluğu spektrumuna yakın olduğunu bildiren yayınlar bulunmaktadır (18). Ayrıca depresyonda olduğu gibi kahırlanmada da intihar düşünceleri artmış olabilir (205).

2.5.3. Kahırlanma ve Kişilik

Reaktif zihinsel hastalıklar ICD-10 tanı klavuzunda geçmektedir. Bu tanı ile stresör, kişilik ve semptomlar arasında bağlantı gösterilmiştir (199–201). Erken yaşam stresörlerinden endişeli bağlanmanın kahırlanmayla ve kişilikle ilişkisi gösterilmiştir (96). Kahırlanmanın bir psikopatoloji olarak normal kişide ortaya çıkması yanısıra kahırlanmaya yatkın içselleştirici kişilerde kompleks TSKB gelişebileceği bildirilmiştir (2,13,19,85). İletişim problemlerine dikkat edilmesini öneren çalışmalar mevcuttur (92).Yine kişilik bozuklukları terapisinde kullanılan Bilgelik terapisinin kahırlanma bozukluğunda etkili olduğuna dair yayınlar bulunmaktadır (18, 206).

İş yerinde zorbalık ve nörotiklikte psikopatoloji sıklığının ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar da kişiliğin zihinsel hastalıklarla ilişkisini desteklemektedir (207, 208).Yine başka bir çalışmada sınırda kişilik özellikleri ve kahırlanmada da sıkça karşılaştığımız stresle ilgili ruminasyonlara değinilmiştir (207, 208).

Kahırlanma kişilik bozukluğu ortaya çıkaran bir etken olabilir ya da stresörlerin kronisite arz etmesi kişinin kişilik örüntüsünü değiştirebilir. Bu durum henüz netleştirilememiştir.

2.6. Kahırlanma Türleri

Bir makalede Znoj ve ark. (13) kahırlanmanın dört farklı tipini tanımlamışlardır. Bunlar; kahırlanmaya eğilimli kişilik, çoklu negatif yaşam olayı olan karmaşık kahırlanma, tek bir travmatik olaya tepki olarak kahırlanma, diğer ruhsal sorunlara eşlik eden ikincil kahırlanmadır.

2.7. Araştırmanın Önemi

Kronik strese veya travmaya verilen tepkiler arasında yer almakla birlikte genellikle tanısı konulamayan, simulasyon veya kişilik bozukluğu olarak değerlendirilebilen bir klinik tablo olan kahırlanma bozukluğu konusunda farkındalık oluşturmak, tedavisi zor, dirençli bu hasta grubuna uygun klinik yaklaşımı belirlemek açısından bu çalışma önem taşımaktadır. Mevcut sınıflandırmaların özgüllüğü bu hastaları tespitte yeterli değildir.

2.8. Araştırmanın Amacı

Travma sonrası kahırlanma bozukluğunun algılanışı ve ele alınışı her toplumda farklılık göstermektedir. Bu nedenle bu çalışmada Malatya'da İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri Anabilim Dalı Anksiyete Bozuklukları polikliniğine başvuran hastalarda kahırlanma bozukluğunun gelişmesi ve sürmesine neden olan etkenleri, klinik gösterimlerini, eş tanı görülme sıklığını incelemek istedik. Kahırlanma bozukluğu olan bireylerde ruhsal belirtilerin daha şiddetli olacağı ve DSM-5 eştanılarının yüksek oranda olacağı hipotezini test etmeyi amaçladık. Aynı zamanda bu hastalarda kahırlanmayı en çok öngören faktörleri ve bu faktörler arasında ilişkileri araştırmayı planladık.

2.9. Araştırmanın Soruları

1-Cinsiyet ve medeni duruma göre kahırlanma bozukluğu sıklığında değişim var mıdır?

2-Kahırlanma bozukluğu olan kişilerde kişilik bozukluğu diğer tanılara göre anlamlı olarak daha yüksek midir?

3-Kahırlanma bozukluğu olan kişilerin öfke puanları ve öfke ifade şekilleri farklı mıdır?

4- Psikiyatrik hastalık süresiyle kahırlanma bozukluğu sıklığı arasında ilişki var mıdır?

5-Yaşam stresörlerinin türü ile kahırlanma bozukluğu arasında ilişki var mıdır?

6-Yaşam stresörlerinin sayısı ile kahırlanma bozukluğu arasında ilişki var mıdır?

7-Geçmişte yaşanan erken travmalarla kahırlanma bozukluğu arasında ilişki var mıdır?

8-Kahırlanma bozukluğunu öngören en önemli faktörler hangileridir?

9-Bu faktörler arasında ilişki var mıdır?

10-Psikopatoloji sıklığı kahırlanan hastalarda daha fazla mıdır?

2.10. Araştırmanın Hipotezleri

1-Klinik gözlemimize dayanarak evli kadınlarda kahırlanma sıklığının daha fazla olacağı öngörülmektedir.

2-Kahırlanma bozukluğunda stresörler kronisite arz ettiği için kişilerde kişilik bozukluğunun sık eşlik edeceği öngörülmektedir.

3-Kahırlanan kişilerin öfke puanlarının daha yüksek olacağı ve daha çok pasif agresif özellikler taşıyacağı öngörülmektedir.

4-Kadınlarda evlilik ve erkeklerde işle ilgili stresörün kahırlanma bozukluğuna daha fazla neden olacağı düşünülmektedir,

5-Hastalık süresi ve stresör sıklığı arttıkça kahırlanma sıklığının artacağı öngörülmektedir.

6-Kahırlanmayı yordayan en önemli faktörlerin adaletsizlik algısı, intikam düşüncesi, olayın geri döndürülemez olduğu algısı ve umutsuzluk olacağı öngörülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Katılımcılar

Çalışmanın örneklemini anksiyete polikliniğimize 2019 Şubat ve Mart aylarında başvuran, çalışma ölçütlerine uygun özellikler taşıyan, çalışmaya katılmayı kabul eden ardışık 304 hasta ve sağlam raporu almak için başvuran 40 sağlıklı gönüllü kişi oluşturmaktadır. Yazılı onamları alındıktan sonra her bir denekle klinik görüşme yapılmış ve anketler uygulanmıştır. Klinik görüşmede hastalar DSM-5 tanı kriterlerine göre değerlendirilmiştir.

18 yaşından küçük olanlar, bilişsel fonksiyonlarında bozukluk olan, okuryazar olmayan ve Türkçe bilmeyen hastalar dışlanmıştır. Rapor başvurusu kısıtlı olduğu için daha az sayıda sağlıklı gönüllü çalışmaya katılabilmektedir.

3.2. Veri Toplama Araçları

Her bir katılımcıyla yapılan klinik görüşme sonrasında sosyodemografik veri formu (SDF), kahır lanma için hayata küsme bozukluğu ölçeği, öfke belirti şiddetini belirlemek için Buss –Perry ölçeği, son üç aydır yaşamında var olan sorunları ölçmek için yaşam sorunları ölçeği, kısa semptom envanteri verilmiş, yönergeleri açıklandıktan sonra doldurmaları istenmiştir.

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik veri formu, katılımcıların demografik bilgileri yanısıra çocukluk yaşantılarını ve aile öykülerini içerecek, geçmiş travmalarını da değerlendirecek şekilde hazırlanmıştı. SDF katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni hali, eğitim düzeyi, mesleği, nerede doğduğu, nerede yaşadığı, birincil bakımvereni, bakım şekli, bakım verenin uyguladığı disiplin şekli, anneden ayrılık yaşamış olup olmama durumu, cinsel istismar yaşayıp yaşamadığı, travmatik bir olay yaşayıp yaşamadığı, kendisinde ya da anne babasında önemli fiziksel ya da ruhsal hastalık olup olmadığı, hangi yaş periyodunda ve kaç kez hasta olduğu, hastalık başlangıç yaşları, süreleri, travmatik bir olay deneyimleyip deneyimlemediğiyle ilgili değerlendirmeleri içermektedir. Özbildirime dayalı bu formu ve diğer ölçekleri katılımcılar test odasında doldurmuşlardır. Bazı soruları evet - hayır şeklinde yanıtlarken, bazılarını ayrıntılı

biçimde el yazısıyla doldurmuş, bazı ölçekleri de likert tipte değerlendirmeye işaretlemişlerdir.

3.2.2. Yaşam Sorunları Tarama Listesi

DSM-IV'nin dördüncü eksenini için hazırlanmış bir tarama listesinden uyarlanmıştır (209). Son 3 ay içinde kişilerin yaşadığı 7 yaşam sorunu alanını değerlendiren bir listedir. Evlilik ve karşı cinsle ilişkiler (nişan, evlilik, uyuşmazlık, ayrılma, boşanma vs), mesleki (iş, okul, ev işleri ile ilgili sorunlar, emeklilik, işsizlik), parasal (düşük gelir, gelir düzeyinde değişiklik vs), diğer kişilerarası ilişkiler (arkadaş, komşu, ortak ile ilişkiler), anababalık (anababa olma, doğum, çocuğun hastalığı vs), yaşam koşulları (ev değişikliği, göç, tatil vs), gelişimsel (ergenlik, orta yaşlılık, menopoz, yaşlanma ve kronik hastalıklar) sorunlar başlıklarını içermektedir.

3.2.3. Buss-Perry Öfke ve Saldırganlık Ölçeği

Buss ve Perry tarafından öfke ve saldırganlığın değerlendirilmesi için geliştirilmiştir (210). Yirmidokuz maddenin ters puanlanan maddeleri negatif skor olarak hesaplanarak toplam puan elde edilmektedir. Maddelerin puanlanması 5 aralıklı likert tiptedir. Sözel saldırganlık, fiziksel saldırganlık, sinirlilik, düşmanlık alt ölçekleri incelenmiştir. Kesme noktası olmamakla birlikte toplam puana göre <29 çok düşük, 30-39 arası düşük, 40-44 arası düşük orta, 45-55 arası orta, 56-59 orta yüksek, 60-69 yüksek ve >70 çok yüksek olarak sınıflandırılmaktadır(211). Türkçe geçerlilik güvenilirliği normal popülasyonda ve madde bağımlılarında yapılmıştır. Tüm ölçek için elde edilen alfa değeri 0,85dir (96,212–214).

3.2.4. Travma Sonrası Kahırlanma Bozukluğu Ölçeği

Linden tarafından geliştirilen (1) travma sonrası kahırlanma bozukluğu ölçeği, hastaların kendilerini değerlendirmelerine dayanan 19 sorudan oluşan 5 dereceli likert tarzı puanlanan bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması 1333 kişi TSSB tanısı almış ayaktan ve yatarak tedavi gören hastalar, genel psikiyatrik tanılarından en az birini almış yatarak tedavi görmekte olan hastalar, normal popülasyonda travmaya maruz kalmış herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan kişiler, normal popülasyonda psikiyatrik tanısı olmayan travma tariflemeyen kişiler olmak üzere 4 farklı gruptan oluşan bir örnekleme yapılmıştır. Ölçeğin iki faktörlü özgün yapısıyla Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiştir (215).

Kahrılanma bozukluğuyla ilgili Linden ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kesme puanı 2,5 olarak belirlenmiştir (13). Çalışmamızda da bu kesme noktası kullanılmıştır.

3.2.5. Kısa Semptom Envanteri

Kısa semptom envanteri Derogatis tarafından geliştirilmiştir. Elliüç maddelik kendini değerlendirme ölçeğidir. Doksan soruluk semptom belirleme listesi olan SCL-90'nın kısaltılmış formudur. Zaman kazanımı için yaklaşık 10 dakika içinde doldurulabilir hale getirilerek semptom tarama amacıyla geliştirilmiştir. SCL-90'da olduğu gibi alt ölçekleri vardır ve skarlama 4'lü likert tiptedir.

Kısa formun daha güçlü psikometrik özelliklere sahip olduğu belirtilmektedir (216,217).Türkçe uyarlaması Şahin ve Durak tarafından 1994'de yapılmıştır. Türkçe uyarlamasının geçerlilik güvenilirlik çalışmasında 3 ayrı çalışma sonucunda anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik ve düşmanlıktan oluşan beş faktörlü yapı elde edilmiştir (218). Kesme puanı daha önceki çalışmalarda bir ve üzeri skorlar anlamlı olacak şekilde değerlendirildiği için (219) çalışmamızda da bu kesme puanı kullanılmıştır.

3.3. Veri Toplama

İnönü Üniversitesi Etik Kurulundan çalışma onayı alındıktan sonra psikiyatri anksiyete polikliniğine başvuran anksiyete hastaları ve sağlam raporu için başvuran sağlıklı gönüllülerden oluşan 18 yaşın üzerinde olup, nörobilişsel işlevlerinde bozukluk olmayan ve okuma yazma bilenlerden yazılı bilgilendirilmiş onam alınarak veri formlarını doldurmaları istenmiştir. Çalışma Şubat-Mart 2019 tarihleri arasında ardışık gelen hasta popülasyonundan katılmaya onay verilenlerle yapılmıştır. Toplamda 344 kişinin klinik görüşmesi yapıldıktan sonra ölçekleri doldurmaları istenmiştir.

3.4. Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler IBM SPSS 23.0 programı kullanılarak yapıldı. Veriler medyan (min-maks), ortalama (standart sapma) ve sayı (yüzde) ile özetlendi. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testiyle yapıldı. İstatistiksel analizlerde Yatesin düzeltmeli ki-kare testi, Spearman korelasyon katsayısı uygun olan yerlerde kullanıldı. Bağımlı değişkeni en çok etkileme ihtimali olan değişkenleri tespit etmek

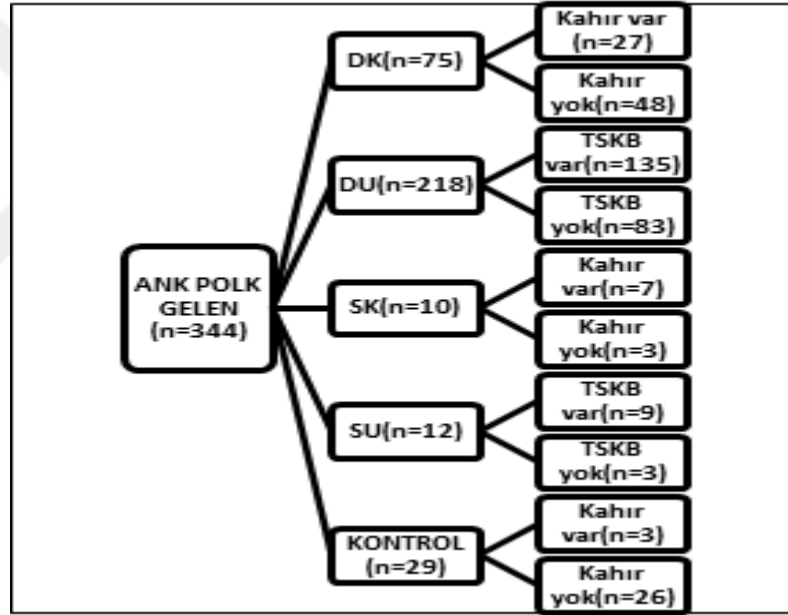
amacıyla lojistik regresyon analizi yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.



4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Veriler

Toplamda 344 kişiden oluşan anksiyete polikliniğine başvuranlardan oluşan örneklem 5 gruba ayrılmıştır. Grupların ayırım biçimleri şu şekildedir; DSM-5 tanısı olup 6 aydan kısa semptom tarifleyen 75 kişi (%21.8), DSM-5 tanısı olup 6 aydan uzun süredir semptom tarifleyen 218 kişi (%63.3), DSM-5 tanısı olmayıp olup 6 aydan kısa semptomu olan 10 kişi (%2.9), DSM-5 tanısı olmayıp 6 aydan uzun süre semptomu olan 12 kişi (%3,4), kontrol sağlıklı rapor hastaları 29 kişidir (%8.4).Gruplandırılma şekil 4.1 de gösterilmiştir. Grupların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur.



DK: DSM-5 tanısı olup 6 aydan kısa hastalık süresi olanlar, DU: DSM-5 tanısı olup 6 aydan uzun hastalık süresi olanlar, SK: DSM-5 tanısı olmayıp 6 aydan kısa semptom tarifleyenler, SU:DSM-5 tanısı olmayıp 6 aydan uzun semptomu olanlar, K:Kontrol

Şekil 4.1. Anksiyete polikliniğine gelen hastaların gruplandırılması

Tablo 4.1. Sosyodemografik özelliklerin gruplar arasında karşılaştırılması

GRUPLAR	DK %(n)	DU %(n)	SK %(n)	SU %(n)	K %(n)	P
Yaş	M:41,5 SD:16,0	M:38,1 SD:12,3	M:35 SD:14,4	M:33 SD:13,7	M:33,5 SD:12,8	,458
Cinsiyet						,254
Kadın	60,0%(45)	65,1%(142)	60,0%(6)	33,3%(4)	65,5%(19)	
Erkek	40,0%(30)	34,9%(76)	40,0%(4)	66,7%(8)	34,5%(10)	
Medeni hal						,622
Evli	45,3%(34)	37,6%(82)	30,0%(3)	50,0%(6)	34,5%(10)	
Bekar	54,7%(41)	62,4%(136)	70,0%(7)	50,0%(6)	65,5%(19)	
Eğitim						,553
Eğitimsiz	2,7%(2)	5,5%(12)	0,0%(0)	0,0%(0)	3,4%(1)	
İlköğretim	29,3%(22)	38,5%(84)	50,0%(5)	50,0%(6)	20,7%(6)	
Lise	28,0%(21)	27,1%(59)	20,0%(2)	25,0%(3)	31,0%(9)	
Lisans	40,0%(30)	28,9%(63)	30,0%(3)	25,0%(3)	44,8%(13)	
Meslek						,030
İşsiz	12,0%(9)	8,7%(19)	10,0%(1)	33,3%(4)	13,8%(4)	
Ücretli çalışan	14,7%(11)	14,2%(31)	20,0%(2)	0,0%(0)	31,0%(9)	
SM ve ÖŞÇ	17,3%(13)	23,9%(52)	40,0%(4)	50,0%(6)	17,2%(5)	
Ev hanımı	24,0%(18)	30,3%(66)	20,0%(2)	0,0%(0)	24,1%(7)	
Emekli	8,0%(6)	10,6%(23)	0,0%(0)	8,3%(1)	3,4%(1)	
Öğrenci	24,0%(18)	12,4%(27)	10,0%(1)	8,3%(1)	10,3%(3)	
Yaşam yeri						,092
Kırsal	16,0%(12)	17,0%(37)	20,0%(2)	16,7%(2)	10,3%(3)	
Şehir	84,0%(63)	83,0%(181)	80,0%(8)	83,3%(10)	89,7%(26)	

ki kare testi $p < 0,05$

DK: DSM-5 tanısı olup 6 aydan kısa hastalık süresi olanlar, DU:DSM-5 tanısı olup 6 aydan uzun hastalık süresi olanlar, SK:DSM-5 tanısı olmayıp 6 aydan kısa semptom tarifleyenler, SU:DSM-5 tanısı olmayıp 6 aydan uzun semptomu olanlar, K:Kontrol

DSM-5 tanılı 6 aydan uzun hastalık süresi olan kadınlarda ev hanımı DSM-5 tanılı 6 aydan uzun hastalık süresi olan erkeklerde özel şirkette çalışanlar en büyük grubu oluşturuyordu. Meslek gruplar arasında ki-kare testinde fark oluşturdu ancak beşten küçük hücre sayısı %63.5 olduğu için güvenilir kabul edilmedi. Bunun dışında diğer sosyodemografik değişkenlerde gruplar arasında anlamlı fark elde edilmedi. Örneklemenin ortalama yaşı 38,8 sd:15 ve minimum 18 maksimum 86 yaş arasındaydı.

Tablo 4.2. Travma yaşantısı ve TSKB varlığına ilişkin verilerin gruplar arası karşılaştırılması

GRUPLAR	DK %(n)	DU %(n)	SK %(n)	SU %(n)	K %(n)	P
TSKB						,000
Yok	64,0%(48)	38,1%(83)	30,0%(3)	25,0%(3)	89,7%(26)	
Var	36,0%(27)	61,9%(135)	70,0%(7)	75,0%(9)	10,3% (3)	
Travma						,000
Var	64,0%(48)	49,5%(108)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	
Yok	36,0%(27)	50,5%(110)	100,0%(10)	100,0(12)	100,0%(29)	

kikaretesti $p<0,05$

344 kişide kontrollerden kahırlanma bozukluğu olmaksızın kahırlanması olan %0,8 (3 kişi) tespit edilmiştir. DSM-5 tanısı olup 6 aydan kısa süre semptomu olanlarda kahırlanma %7.8 (27 kişi), DSM- 5 tanısı olmayıp semptomatik olan 6 aydan kısa semptomu olanlarda %2 (7 kişi) kahırlanma tespit edilmiştir. Kahırlanma ölçeğinden anlamlı puan alıp 6 aydan uzun süre semptom tarifleyen yani bozukluk kriterini karşılayanlar kişilerde ise %41,8 (144 kişi) kahırlanma bozukluğu tespit edilmiştir. Bu kişilerden DSM-5 tanısı olup kahırlanma bozukluğu olan %39,2 (135 kişi) olarak saptanmıştır.

Tablo 4.3. Hastalık süresi ve hastalığın başlama yaşına ilişkin verilerin gruplar arası karşılaştırılması

GRUPLAR	DK %(n)	DU %(n)	SK %(n)	SU %(n)	K %(n)	P
Başlama Yaşı						,000
Çocukluk	10,7%(8)	15,6%(34)	0,0%(0)	66,7%(8)	0,0%(0)	
Gençerişkin	29,3%(22)	23,4%(51)	0,0%(0)	16,7%(2)	0,0%(0)	
Erişkin	36,0%(27)	40,8%(89)	0,0%(0)	16,7%(2)	0,0%(0)	
İlerierişkin	21,3%(16)	16,5%(36)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	
İleriyaş	2,7%(2)	3,7%(8)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	
Hastalık Süresi						,000
0-1 ay	29,3%(22)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	
1-6ay	70,7%(53)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	
6ay-1 yıl	0,0%(0)	23,9%(52)	0,0%(0)	8,3%(1)	0,0%(0)	
1-2yıl	0,0%(0)	17,4%(38)	0,0%(0)	8,3%(1)	0,0%(0)	
2-5 yıl	0,0%(0)	19,3%(42)	0,0%(0)	25,0%(3)	0,0%(0)	
5-10yıl	0,0%(0)	10,1%(22)	0,0%(0)	8,3%(1)	0,0%(0)	
10 yıl üzeri	0,0%(0)	29,4%(64)	0,0%(0)	50,0%(6)	0,0%(0)	

Ki kare testi p<0,05

Hastalık başlama yaşı tüm gruplar için anlamlı olarak farklı dönemi gösteriyordu ve gruplar arasında başlama yaşı açısından anlamlı olarak fark tespit edildi. DSM-5 tanıli altı aydan uzun süre hastalık tanısı olanlarda erişkinlik döneminde başlangıç en fazla iken kahırlanma için ikinci önemli grubumuz olan DSM-5 tanısız altı aydan uzun süre hastalık tarifleyenlerde çocukluk döneminde hastalık başlangıcı yüksek oranda tespit edildi.

Hastalık süresi gruplar arasında anlamlı fark gösteriyordu. Özellikle 10 yıl üzeri hastalık süresi DSM-5 tanısı olan 6 aydan uzun hastalık süresi içeren grupta ve semptomatik olup 6 aydan uzun süredir şikayetleri devam eden grupta sırasıyla %29.4 ve %50 oranındaydı. İlk grupta hastaların %70 i bir ile altı ay arasında hastalık süresi tariflemişti.

Tablo 4.4. Erken yaşam olaylarının gruplar arasında karşılaştırılması

GRUPLAR	DK %(n)	DU %(n)	SK %(n)	SU %(n)	K %(n)	p
Bakım şekli						,236
aşırı	16,0%(12)	14,2%(31)	30,0%(3)	16,7%(2)	20,7%(6)	
yeterince	26,7%(20)	20,2%(44)	20,0%(2)	33,3%(4)	3,4%(1)	
ilgisiz	57,3%(43)	65,6%(143)	50,0%(5)	50,0%(6)	75,9%(22)	
Disiplin						,138
aşırı	26,7%(20)	24,8%(54)	30,0%(3)	25,0%(3)	10,3%(3)	
yeterli	58,7%(44)	54,1%(118)	50,0%(5)	33,3%(4)	79,3%(23)	
az	14,7%(11)	21,1%(46)	20,0%(2)	41,7%(5)	10,3%(3)	
Aile şekli						,001
parçalanmış	13,3%(10)	14,7%(32)	10,0%(1)	50,0%(6)	0,0%(0)	
bütün	86,7%(65)	85,3%(186)	90,0%(9)	50,0%(6)	100,0%(29)	
Anne işi						,003
çalışmıyor	93,3%(70)	81,7%(178)	90,0%(9)	50,0%(6)	86,2%(25)	
çalışıyor	6,7%(5)	18,3%(40)	10,0%(1)	50,0%(6)	13,8%(4)	
Ebeveyn Hast.						,253
yok	78,7%(59)	71,6%(156)	70,0%(7)	58,3%(7)	86,2%(25)	
var	21,3%(16)	28,4%(62)	30,0%(3)	41,7%(5)	13,8%(4)	
Kişisel Hast.						,033
yok	89,3%(67)	82,6%(180)	60,0%(6)	66,7%(8)	93,1%(27)	
var	10,7%(8)	17,4%(38)	40,0%(4)	33,3%(4)	6,9%(2)	
Ayrılık						,248
yok	90,7%(68)	86,2%(188)	90,0%(9)	91,7%(11)	100,0%(29)	
var	9,3%(7)	13,8%(30)	10,0%(1)	8,3%(1)	0,0%(0)	
İstismar						,252
yok	94,7%(71)	92,2%(201)	100,0%(10)	83,3%(10)	100,0%(29)	
var	5,3%(4)	7,8%(17)	0,0%(0)	16,7%(2)	0,0%(0)	

Ki kare testi $p<0,05$

DK: DSM-5 tanısı olup 6 aydan kısa hastalık süresi olanlar, DU:DSM-5 tanısı olup 6 aydan uzun hastalık süresi olanlar, SK:DSM-5 tanısı olmayıp 6 aydan kısa semptom tarifleyenler,SU:DSM- 5 tanısı olmayıp 6 aydan uzun semptomu olanlar K:kontrol

Aile şekli parçalanmış olanlar arasında en fazla orana sahip grup semptomatik olup DSM-5 tanısı almamış 6 ay üzerinde şikayet tarifleyen hastalardan oluşmaktaydı. En az oran ise %0 ile kontrol grubundaydı. Gruplar arasında aile şekli anlamlı derecede farklıydı.

Annenin çalışma durumu şaşırtıcı şekilde 6 aydan uzun süre şikayet tarifleyen iki grupta diğer gruplara göre yüksek oranda tespit edildi. Sırasıyla %18.3 ve %50 olmak üzere gruplar arasında kıkare karşılaştırma sonucu $p=0,003$ tespit edilmiştir.

Kendisinde ciddi hastalık var olduğunu söyleyen kişi sayısı en fazla 38 kişiyle (%17.4), DSM-5 tanılı 6 aydan uzun hastalık tarifleyen grup iken en yüksek oran %40 ile semptomatik olup altı aydan kısa hastalık süresi olanlara aitti. Gruplar arasında anlamlı fark elde edildi ($p=0,033$).



Tablo 4.5. DSM-5 tanılarının gruplar arasında karşılaştırması

GRUPLAR	DK %(n)	DU %(n)	SK %(n)	SU %(n)	K %(n)	p
DSM5						,000
Tanı yok	0,0%(0)	0,0%(0)	100,0%(10)	100,0%(12)	100,0%(29)	
Ayrılık Kaygısı	2,7%(2)	0,9%(2)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	
Sosyal Fobi	0,0%(0)	2,3%(5)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	
Panik Boz	9,3%(7)	10,6%(23)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	
YAB	2,7%(2)	7,8%(17)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	
Sağlık D.B.K.	6,7%(5)	14,2%(31)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	
Tanımlanmış K.	54,7%(41)	17,0%(37)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	
OKB	2,7%(2)	10,6%(23)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	
Travma ilişkili B.	5,3%(4)	20,2%(44)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	
BBB	4,0%(3)	7,8%(17)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	
Diğer	12,0%(9)	8,7%(19)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	

kikare testi p<0,05

DK: DSM-5 tanısı olup 6 aydan kısa hastalık süresi olanlar, DU:DSM-5 tanısı olup 6 aydan uzun hastalık süresi olanlar, SK:DSM-5 tanısı olmayıp 6 aydan kısa semptom tarifleyenler,SU:DSM- 5 tanısı olmayıp 6 aydan uzun semptomu olanlar K:Kontrol
YAB:Yaygın anksiyete bozukluğu, Sağlık DBK:Sağlık durumuna bağlı kaygı, Tanımlanmış k:Tanımlanmış kaygı bozukluğu,BBB:Bedensel belirti bozukluğu

DSM-5 tanıları açısından gruplar arasında anlamlı fark elde edilmesine rağmen beşten küçük hücre sayısı %30 un üzerinde olduğu için sonuç güvenilir değildi. Gruplarda hastalıkların dağılımı açısından DSM-5 tanısı olup 6 aydan kısa hastalık süresi tarifleyenlere tanımlanmış kaygı bozukluğu tanısı %54.7 oranıyla en fazla konulan tanıdır. DSM-5 tanısı olup altı aydan uzun hastalık süresi tarifleyenlerde ise en fazla konulan tanı %20,2 oranla travmayla ilişkili bozukluklardır. İkinci sırada ise %17 ile tanımlanmış kaygı bozukluğu yer almaktadır. Üçüncü sırada sağlık durumuna bağlı kaygı %14.2 sıklıkta bulunmuştur. Bu kişilerden kahrılanma bozukluğu olanları topladığımızda en yüksek eştanı %19,2 (51 kişi) ile tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu, %17.6 (47 kişi) ile ikinci sırada travma ilişkili bozukluklar ve %12.4 (33 kişi ile)başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu üçüncü en sık DSM-5 tanısı olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4.6. Yaşam stresörlerinin gruplar arasında karşılaştırılması

GRUPLAR	DK %(n)	DU %(n)	SK %(n)	SU %(n)	K %(n)	p
Evlilik sorunları						,775
Yok	78,7%(59)	74,3%(162)	80,0%(8)	83,3%(10)	82,8%(24)	
Var	21,3%(16)	25,7%(56)	20,0%(2)	16,7%(2)	17,2%(5)	
İş sorunları						,135
Yok	52,0%(39)	60,6%(132)	60,0%(6)	50,0%(6)	79,3%(23)	
Var	48,0%(36)	39,4%(86)	40,0%(4)	50,0%(6)	20,7%(6)	
Maddi sorunlar						,045
Yok	73,3%(55)	58,3%(127)	60,0%(6)	50,0%(6)	79,3%(23)	
Var	26,7%(20)	41,7%(91)	40,0%(4)	50,0%(6)	20,7%(6)	
Kişilerarası sorunlar						,042
Yok	53,3%(40)	64,2%(140)	80,0%(8)	75,0%(9)	82,8%(24)	
Var	46,7%(35)	35,8%(78)	20,0%(2)	25,0%(3)	17,2%(5)	
Ebeveynlik sorunları						,258
Yok	73,3%(55)	78,4%(171)	70,0%(7)	75,0%(9)	93,1%(27)	
Var	26,7%(20)	21,6%(47)	30,0%(3)	25,0%(3)	6,9%(2)	
Yaşam Koşulları						,472
Yok	66,7%(50)	72,5%(158)	70,0%(7)	83,3%(10)	82,8%(24)	
Var	33,3%(25)	27,5%(60)	30,0%(3)	16,7%(2)	17,2%(5)	
Yaşam Dönümleri						,369
Yok	73,3%(55)	68,8%(150)	90,0%(9)	83,3%(10)	79,3%(23)	
Var	26,7%(20)	31,2%(68)	10,0%(1)	16,7%(2)	20,7%(6)	

Ki kare testi $p<0,05$

DK: DSM-5 tanısı olup 6 aydan kısa hastalık süresi olanlar, DU:DSM-5 tanısı olup 6 aydan uzun hastalık süresi olanlar, SK:DSM-5 tanısı olmayıp 6 aydan kısa semptom tarifleyenler,SU:DSM- 5 tanısı olmayıp 6 aydan uzun semptomu olanlar K:Kontrol

Maddi stresör DSM-5 tanı 6 aydan kısa hastalık süresi olanlarda %26,7 ve %20,7 oranındayken 6 aydan uzun hastalık tarifleyen DSM-5 tanılılarda %41,7 ve semptomatiklerde her iki grupta sırasıyla %40 ve %50 olmak üzere kontrol grubunun iki katından yüksek orandaydı. Bu yüzden maddi sorunlar gruplar arasında anlamlı bulunmuştur ($p=0,045$).

Kişiler arası sorunlar %46,7 ve %35,8 ile DSM-5 tanısı olan altı aydan kısa ve altı aydan uzun hastalık süresi tarifleyen gruplarda daha yüksek oranda tespit edilmiştir. %20 ve %25 oranla da semptomatik grupta da kontrol grubundan yüksek oranda kişiler arası ilişki problemi tespit edilmiştir ($p=0,042$).



Tablo 4.7. Kısa semptom envanterinin alt bileşenlerinin gruplar arasında karşılaştırılması

GRUPLAR	DK %(n)	DU %(n)	SK %(n)	SU %(n)	K %(n)	p
Toplam						,000
yok	42,7%(32)	29,8%(65)	0,0%(0)	0,0%(0)	100,0%(29)	
var	57,3%(43)	70,2%(153)	100,0%(10)	100,0%(12)	0,0%(0)	
Anks						,000
yok	9,3%(7)	5,5%(12)	0,0%(0)	0,0%(0)	62,1%(18)	
var	90,7%(68)	94,5%(206)	100,0%(10)	100,0%(12)	37,9%(11)	
Dep						,000
yok	41,3%(31)	25,2%(55)	0,0%(0)	0,0%(0)	89,7%(26)	
var	58,7%(44)	74,8%(163)	100,0%(10)	100,0%(12)	10,3%(3)	
Benlik						,000
yok	12,0%(9)	11,0%(24)	0,0%(0)	0,0%(0)	51,7%(15)	
var	88,0%(66)	89,0%(194)	100,0%(10)	100,0%(12)	48,3%(14)	
Som						,000
yok	54,7%(41)	41,3%(90)	30,0%(0)	8,3%(1)	86,2%(25)	
var	45,3%(34)	58,7%(128)	70,0%(10)	91,7%(11)	13,8%(4)	
Host						,000
yok	45,3%(34)	35,8%(78)	0,0%(0)	8,3%(1)	93,1%(27)	
var	54,7%(41)	64,2%(140)	100,0%(10)	91,7%(11)	6,9%(2)	

Kikare testi p<0,05

DK: DSM-5 tanısı olup 6 aydan kısa hastalık süresi olanlar, DU:DSM-5 tanısı olup 6 aydan uzun hastalık süresi olanlar, SK:DSM-5 tanısı olmayıp 6 aydan kısa semptom tarifleyenler,SU:DSM- 5 tanısı olmayıp 6 aydan uzun semptomu olanlar K:kontrol

Toplam: Kısa semptom envanteri genel değeri, Anks: Anksiyete alt ölçeği, Dep: Depresyon alt ölçeği, Benlik: Olumsuz benlik alt ölçeği, Som: Somatizasyon alt ölçeği, Host: Hostilite alt ölçeği

Kısa semptom envanteri alt ölçeklerinde gruplar arasında anlamlı fark vardır. Anksiyete, depresyon ve olumsuz benlik alt ölçekleri semptomatik grupta %100 tespit edilmiştir. Süre hem altı ayın üzerinde hem altı ayın altında aynı sonucun elde edilmesi dikkat çekicidir. Somatizasyon ve hostilite de semptomatik grupta diğer gruplara göre yüksek tespit edilmiştir. Hostilite semptomatik olup sürenin altı ayın altında olduğu grupta bulunanlarda %100 tespit edilmiştir. p değeri tüm alt ölçekler için =0,000'dır.

Tablo 4.8. Buss-Perry öfke ve saldırganlık ölçeği alt ölçeklerinin gruplar arasında karşılaştırılması

GRUPLAR	DK %(n)	DU %(n)	SK %(n)	SU %(n)	K %(n)	p
Fiziksel A.						,004
yok	53,3%(40)	56,9%(124)	40,0%(4)	16,7%(2)	79,3%(23)	
var	46,7%(35)	43,1%(94)	60,0%(6)	83,3%(10)	20,7%(6)	
Sözel A.						,002
yok	50,7%(38)	49,5%(108)	40,0%(4)	8,3%(1)	75,9%(22)	
var	49,3%(37)	50,5%(110)	60,0%(6)	91,7%(11)	24,1%(7)	
Sinirlilik						,000
yok	48,0%(36)	42,7%(93)	20,0%(2)	16,7%(2)	82,8%(24)	
var	52,0%(39)	57,3%(125)	80,0%(8)	83,3%(10)	17,2%(5)	
DüşmanT.						,000
yok	48,0%(36)	46,3%(101)	20,0%(2)	8,3%(1)	82,8%(24)	
var	52,0%(39)	53,7%(117)	80,0%(8)	91,7%(11)	17,2%(5)	

Ki kare testi p<0,05

DK: DSM-5 tanısı olup 6 aydan kısa hastalık süresi olanlar, DU: DSM-5 tanısı olup 6 aydan uzun hastalık süresi olanlar, SK: DSM-5 tanısı olmayıp 6 aydan kısa semptom tarifleyenler, SU: DSM-5 tanısı olmayıp 6 aydan uzun semptomu olanlar K: Kontrol

Fiziksel A:Fiziksel agresyon, Sözel A:Sözel agresyon, Düşman T:Düşmanca tutum

Fiziksel saldırganlık %83.3, sözel saldırganlık %91.7, sinirlilik %83.3 düşmanca tutum %91.7 oranla en fazla semptomatik 6 aydan şikayet tarifleyen grupta tespit edilmiştir.

Tüm gruplar kontrol grubuna göre Buss-Perry öfke ve saldırganlık alt ölçeklerinden anlamlı puanlar almıştır. Kontrol grubu da dahil olmak üzere sinirlilik ciddi oranda yüksektir. Kontrol grubunda hiçbir şikayeti olmayan insanların bile %17.2 si sinirlidir ($p=0,000$).



Tablo 4.9. Umutsuzluğun gruplar arasında karşılaştırılması

Gruplar	DK %(n)	DU %(n)	SK %(n)	SU %(n)	K %(n)	p
UMUT						,000
yok	32,0%(24)	32,1%(70)	10,0%(1)	16,7%(2)	86,2%(25)	
var	68,0%(51)	67,9%(148)	90,0%(9)	83,3%(10)	13,8%(4)	

Ki kare testi p<0,05

Semptomatik 6 ay altında şikayet grubunda %90, semptomatik 6 ayın üzerinde şikayet grubunda %83.3 oranla umutsuzluk, DSM-5 tanısı alanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. DSM-5 tanısı alanlar sırasıyla %68 ve %67.9 umutsuzluk oranıyla kontrol grubunun umutsuzluk değerinden (%13.8) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksekti. Gruplar arasında semptom tarifleyen herkeste umutsuzluk kontrole göre anlamlı oranda fazlaydı (p=0,000).

Tablo 4.10. Travma sonrası kahırlanma bozukluğu ölçeğinin maddelerinin gruplar arasında karşılaştırılması

Grup	DK %(n)	DU %(n)	SK %(n)	SU %(n)	K %(n)	p
01 yok	56,0%(42)	36,2%(79)	40,0%(4)	50,0%(6)	75,9%(22)	,000
var	44,0%(33)	63,8%(139)	60,0%(6)	50,0%(6)	24,1%(7)	
02 yok	66,7%(50)	37,6%(82)	50,0%(5)	33,3%(4)	86,2%(25)	,000
var	33,3%(25)	62,4%(136)	50,0%(5)	66,7%(8)	13,8%(4)	
03 yok	58,7%(44)	45,4%(99)	60,0%(6)	25,0%(3)	75,9%(22)	,004
var	41,3%(31)	54,6%(119)	40,0%(4)	75,0%(9)	24,1%(7)	
04 yok	48,0%(36)	33,9%(74)	30,0%(3)	33,3%(4)	69,0%(20)	,003
var	52,0%(39)	66,1%(144)	70,0%(7)	66,7%(8)	31,0%(9)	
05 yok	46,7%(35)	36,7%(80)	40,0%(4)	33,3%(4)	65,5%(19)	,038
var	53,3%(40)	63,3%(138)	60,0%(6)	66,7%(8)	34,5%(10)	
06 yok	76,0%(57)	73,9%(161)	60,0%(6)	33,3%(4)	93,1%(27)	,002
var	24,0%(18)	26,1%(57)	40,0%(4)	66,7%(8)	6,9%(2)	
07 yok	61,3%(46)	50,9%(111)	50,0%(5)	33,3%(4)	93,1%(27)	,000
var	38,7%(29)	49,1%(107)	50,0%(5)	66,7%(8)	6,9%(2)	
08 yok	65,3%(49)	51,4%(112)	50,0%(5)	33,3%(4)	86,2%(25)	,001
var	34,7%(26)	48,6%(106)	50,0%(5)	66,7%(8)	13,8%(4)	
09 yok	56,0%(42)	40,8%(89)	40,0%(4)	25,0%(3)	82,8%(24)	,000
var	44,0%(33)	59,2%(129)	60,0%(6)	75,0%(9)	17,2%(5)	
10 yok	62,7%(47)	39,9%(87)	30,0%(3)	25,0%(3)	79,3%(23)	,000
var	37,3%(28)	60,1%(131)	70,0%(7)	75,0%(9)	20,7%(6)	
11 yok	69,3%(52)	53,7%(117)	60,0%(6)	25,0%(3)	93,1%(27)	,000
var	30,7%(23)	46,3%(101)	40,0%(4)	75,0%(9)	6,9%(2)	
12 yok	57,3%(43)	39,4%(86)	20,0%(2)	25,0%(3)	86,2%(25)	,000
var	42,7%(32)	60,6%(132)	80,0%(8)	75,0%(9)	13,8%(4)	
13 yok	60,0%(45)	55,5%(121)	40,0%(4)	58,3%(7)	86,2%(25)	,022
var	40,0%(30)	44,5%(97)	60,0%(6)	41,7%(5)	13,8%(4)	

14 yok	68,0%(51)	48,2%(105)	20,0%(2)	25,0%(3)	82,8%(24)	,000
var	32,0%(24)	51,8%(113)	80,0%(8)	75,0%(9)	17,2%(5)	
15 yok	65,3%(49)	47,2%(103)	40,0%(4)	25,0%(3)	86,2%(25)	,000
var	34,7%(26)	52,8%(115)	60,0%(6)	75,0%(9)	13,8%(4)	
16 yok	62,7%(47)	48,2%(105)	40,0%(4)	50,0%(6)	82,8%(24)	,003
var	37,3%(28)	51,8%(113)	60,0%(6)	50,0%(6)	17,2%(5)	
17 yok	66,7%(50)	45,4%(99)	20,0%(2)	16,7%(2)	86,2%(25)	,000
var	33,3%(25)	54,6%(119)	80,0%(8)	83,3%(10)	13,8%(4)	
18 yok	66,7%(50)	49,1%(107)	70,0%(7)	25,0%(3)	93,1%(27)	,000
var	33,3%(25)	50,9%(111)	30,0%(3)	75,0%(9)	6,9%(2)	
19 yok	61,3%(46)	39,0%(85)	30,0%(3)	25,0%(3)	79,3%(23)	,000
var	38,7%(29)	61,0%(133)	70,0%(7)	75,0%(9)	20,7%(6)	

Ki kare testi $p<0,05$

DK: DSM-5 tanısı olup 6 aydan kısa hastalık süresi olanlar, DU: DSM-5 tanısı olup 6 aydan uzun hastalık süresi olanlar, SK:DSM-5 tanısı olmayıp 6 aydan kısa semptom tarifleyenler,SU:DSM- 5 tanısı olmayıp 6 aydan uzun semptomu olanlar K:Kontrol

01:bezdiren olay yaşama,02:iyilik halini bozan,03:adaletsizlik,04:ruminasyon,05:hatırı üzen,06:intikam,07:kendine kızma,08:vazgeçme,09:somurtkanlık ve mutsuzluk hissetme,10:fiziksel sağlığı bozan,11:kaçınma,12:çaresizlik,13:kahr,14:azalmış yaşam isteği,15:sinirlilik,16:dikkat dağınıklığı,17:aile yaşamını bozan,18:sosyalliği bozan,19:acı verici hatıra

Kahırlanma bozukluğu öz değerlendirme ölçeğinin tüm alt maddeleri gruplar arasında anlamlı fark içermektedir. 3. madde olan “adaletsizlik hissetmelerine neden olan olay tecrübesi” dikkat çekici biçimde %75 ile en fazla semptomatik 6 aydan uzun süre şikayet tarifleyen grupta tespit edilmiştir. 6. madde olan “intikam düşüncesi” %66.7 oranla yine bu grupta en yüksek oranda tespit edilmiştir. %75 ile en fazla somurtkan ve mutsuz hissedenler, kaçınmaları ve çaresizlik hissi olan, sinirliliği olan, yaşam isteği azalan, fiziksel sağlığı bozulan, aile yaşamı ve sosyalliğin bozulan yine bu gruptur. Ayrıca sosyal işlevsellikte diğer maddelerden farklı şekilde ikinci yüksek oran DSM-5 tanısı alan 6 aydan uzun semptom tarifleyen gruptur. Hastalık süresi ve sosyal işlevsellik arasındaki bağlantı burada göze çarpmaktadır. Tüm alt maddeler için $p<0,05$ tespit edilmiştir.

Tablo 4.11. Travma sonrası kahırlanma bozukluğu öz değerlendirme ölçeği puanları ile diğer değişkenlerin korelasyonları

	ptedtotal		ptedtotal		ptedtotal
01	,743** ,000	11	,795** ,000	Ank	,578** ,000
02	,779** ,000	12	,831** ,000	Dep	,626** ,000
03	,753** ,000	13	,711** ,000	Benlik	,638** ,000
04	,800** ,000	14	,780** ,000	Som	,496** ,000
05	,754** ,000	15	,720** ,000	Host.	,617** ,000
06	,617** ,000	16	,753** ,000	Fiziksel A.	,394** ,000
07	,713** ,000	17	,786** ,000	Sözel A.	,312** ,000
08	,676** ,000	18	,752** ,000	Sinirlilik	,418** ,000
09	,842** ,000	19	,834** ,000	DüşmanT.	,465** ,000
10	,773** ,000	Umutsuzluk	,490** ,000	ParanoidT.	,650** ,000
		Stresör Sayısı	,456** ,000		

Spearman korelasyon testi $p<0,001^{**}$, tabloda her bir değişkenin kahırlanma ölçeği total puanıyla (pted) karşılaştırıldığı korelasyon katsayıları ve p değerleri verilmiştir.

01:bezdiren olay yaşama,02:iyilik halini bozan,03:adaletsizlik,04:ruminasyon,05:hatırı üzen,06:intikam,07:kendine kızma,08:vazgeçme,09:somurtkanlık ve mutsuzluk hissetme,10:fiziksel sağlığı bozan,11:kaçınma,12:çaresizlik,13:kahr,14:azalmış yaşam isteği,15:sinirlilik,16:dikkat dağınıklığı,17:aile yaşamını bozan,18:sosyalliği bozan,19:acı verici hatıra

Fiziksel A:fiziksel agresyon, sözel A:sözel agresyon,Düşman T:Düşmanca tutum, anks:anksiyete alt ölçeği,dep:depresyon alt ölçeği,benlik:olumsuz benlik alt ölçeği,som:somatizasyon alt ölçeği,host:hostilite alt ölçeği

Kahırlanma ölçeği toplam puanı normal dağılıma uymadığı için Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Test sonucuna göre kahırlanma toplam puanının tüm değişkenlerle korele olduğu görülmektedir. Hepsinde $p=0,000$ olarak bulunmuştur. Korelasyon katsayılarına bakıldığında, ruminasyon, vazgeçme, somurtkan ve mutsuz olma, hatırı acı veren bir olay tecrübe etme kahırlanmayla en yüksek düzeyde korele olan maddelerdir. Bunun yanında öfke, umutsuzluk, düşmanca tutum ve depresyonla ilişkisi dikkat çekicidir. Ayrıca stresör sayısı ile kahırlanma arasında anlamlı korelasyon olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.12. DU ve SU örnekleminde kahırlanma bozukluğu olanlarda cinsiyetler arasında anlamlı farka neden olan değişkenler

	Kadın	Erkek	
	%(n)	%(n)	p değeri
Meslek	%45.2(76)(eh)	%47.5(47)(öşç)	0,000
Evlilik stresörü	%31,5(53)	%17,2(17)	0,010
İş stresörü	%32,7(55)	%57,6(57)	0,000
İstismar	%10,7(13)	%3(3)	0,032
Fiziksel Agresyon	%37.5(63)	%60.6(60)	0,000
Sözel Agresyon	%46.4(78)	%64.6(64)	0,005
Sinirlilik	%53(89)	%72.7(72)	0,002
Düşmanca Tutum	%50(84)	%70.7(70)	0,001

kikare testi Fisher sonuçları $p<0,05$

DU: DSM-5 tanısı olup 6 aydan uzun hastalık süresi olanlar, SU:DSM- 5 tanısı olmayıp 6 aydan uzun semptomu olanlar

Kahırlanma bozukluğu olanlarda klinik deneyimimizle de uyumlu olarak kadınlarda ev hanımlığı %45,2 ve evlilik stresörü 31,5, erkeklerde özel şirkette çalışan olmak %47,5 ve işle ilgili stresörler 32,7 oranlarıyla anlamlı olarak yüksek tespit edilmiştir. İstismar kadınlarda %10,7 ile erkeklere göre anlamlı olan erken yaşam stresörüdür. Yani kadınlarda istismar kahırlanma ile ilişkili bulunmuştur. Tüm öfke ve saldırganlık alt ölçek puanları erkeklerde istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek tespit edilmiştir. Diğer tüm değişkenlerde cinsiyet açısından anlamlı fark elde edilmemiştir.

Tablo 4.13. Anlamlı fark elde edilen değişkenlerin tüm örnekleme erkeklerde ve kadınlarda lojistik regresyonu

	Toplam	Kadın	Erkek
Doğruluk oranı	94,5	96,1	90,7
	P değeri/odds RR	P değeri/odds RR	P değeri/odds RR
Stresör yükü	,575/1,400	,920/928	,997/994
Depresyon	,090/3,109	,038/6,182*	,973/934
Paranoid	,508/1,490	,470/1,662	,910/819
Öfke	,870/1,097	,578/676	,593/3,773
Ruminasyon	,001/7,075*	,003/7,922*	,339/3,828
İntikam	,001/13,965*	,010/16,547*	,091/28,801
Vazgeçme	,001/6,772*	,039/4,550*	,152/13,706
Somurtkanlık	,032/3,254*	,038/4,853*	,258/9,082
Çaresizlik	,000/8,432*	,034/4,120*	,022/40,327*
Acı veren anı	,000/7,908*	,003/7,326*	,048/47,314*
Adaletsizlik	,521/1,433	,901/1,095	,153/13,477
Umut	,549/1,415	,970/973	,219/8,364
Evlilik	,618/718	,657/1,416	,262/142

Lojistik regresyon $p < 0,05^*$

Regresyon analizi sonucuna göre örneklemin tümünde sırasıyla intikam 13 kat, çaresizlik ve acı veren anı yaklaşık 8 kat, ruminasyon ve vazgeçme 7 kat, somurtkan mutsuz hal 3 kat kahırlanma bozukluğu riskini arttırmaktadır. Kadınlarda buna ek olarak anlamlı depresif belirtilerin olması riski 6.1 kat arttırmaktadır. Erkek örnekleminde ise acı verici anıya sahip olmak ve çaresizlik yaklaşık 40 kat anlamlı olarak kahırlanma bozukluğu riskini arttırmaktadır.

5. TARTIŞMA

Örnekleminizde toplamda %47,3 (163) olmak üzere oldukça yüksek oranda kahırlanma bozukluğu olduğu tespit edilmiştir. Bunun dışında semptomatik olup tanısız grupta %4,6 (16 kişi) ve kontrollerde %0.8 (3) oranında kahırlanma tespit edilmiştir. Kahırlanma bozukluğunda tespit edilenlerin %58.4 ü DSM-5 tanısı almıştır. Eş tanı oranı oldukça yüksektir. Bunlardan en fazla tespit edilen tanımlanmış diğer bir anksiyete bozukluğu onu izleyenler ise travma ilişkili bozukluklar ve başka bir sağlık durumuna bağlı anksiyete tanısı olmuştur. Bizim çalışmamıza benzer şekilde DSM-5 tanıların yüksek eş tanılanması başka çalışmalarda da tespit edilmiştir. Linden ve arkadaşları tarafından kahırlanma bozukluğu olanlarda %68.8 uyum bozukluğu,%52.1 major depresyon, %41.7 distimi, %35.4 yaygın anksiyete bozukluğu, %18.8 sosyal fobi, %18.8 agorafobi, %12.5 panik bozukluk, %6.5 alkol kullanım bozukluğu, %4.2 OKB, %2.1 TSSB tespit edilmiştir.(203). Ülkemizde yapılan bir çalışmada Güneydoğu gazilerinden oluşan popülasyonda komorbidite sıklığı artışı ile travma sonrası stres belirtilerinin arttığı tespit edilmiştir (220).

5.1. Kahırlanma Bozukluğu ve Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Çalışmamızda eğitim düzeyi ve medeni durum açısından kahırlanma bozukluğu olanlarla olmayanlar arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir. Literatürde cinsiyet, eğitim ve medeni durum açısından fark olmadığını gösteren sonuçlar olmakla birlikte (203) farklılık bildiren çalışmalar da bulunmaktadır. Suriyeli göçmenlerde yapılan bir çalışmada kadınların daha fazla travmatik olay tariflediği ve travma sonrası büyümenin bekarlarda ve kadınlarda daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Yine bu çalışmada psikolojik örselenmenin bekar ve yüksek eğitim düzeyine sahip olanlarda daha az olduğuna dair bulgular mevcuttur (222). Başka bir çalışmada yüksek eğitim düzeyinin yaşam boyu depresyon ve anksiyetenin birikici etkisine karşı koruyucu olduğu savunulmaktadır (221).

Evlilik ve eş stresi (33) cinsiyetler arasında fark oluşturmaktadır (97). Stres algısında cinsiyet farkı olduğu ve stres kaynaklarının değiştiğine değinen yayınlar da bulunmaktadır (98). Bazı çalışmalarda kadınlarda psikopatolojinin sıklığı belirtilmiştir (102). Benzer şekilde bizim çalışmamızda ev hanımı olan kadınlarda kahırlanma

bozukluğu daha fazladır. Kültürün stresör  e iti üzerindeki etkisine değinen çalışmalar da bu sonucu desteklemektedir (103,104). Nitekim Almanya da evliliklerde kahırlanma erkeklerde daha yüksek tespit edilmiştir, ülkemizde bu durum tam tersine bulunmuştur (87).

Çalışmamızda meslekler arasında TSKB açısından fark bulunmaktaydı. Özellikle kahırlanma bozukluğu olanlarda kadınların en fazla ev hanımı erkeklerin de özel şirket çalışanı olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç ülkemizde erkeklerde iş yerindeki zorlukların kahırlanma bozukluğu gelişiminde önemli bir stresör olduğunu ortaya koymaktadır. Daha  nceki çalışmalarda meslek farkı stres yükü arasında ilişki gösterilmiştir (92). Özellikle askerlerde TTSB ve eşik altı semptomların fazlalığına dikkat çeken çalışmalar bizim çalışmamızdaki erkek cinsiyet ve iş stresörü arasındaki anlamlı pozitif ilişkiyi desteklemektedir (125). Ülkemizde Güneydoğu gazisi askerlerde stres ilişkili bozukluk sıklığı gösterilmiştir (222).Yine iş stresi ve ikincil travmaya değinilen çalışmalar vardır (223). Bir çalışmada acil ve yoğun bakım ünitesinde çalışanlarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma anlamlı farklı elde edilmiş ve TSSB gelişimi için stresli çalışma ortamı risk faktörü olarak görülmüştür (224).Yine Linden'in hemşirelerle yaptığı çalışmada işle ilişkili kahırlanma anlamlı ilişkili tespit edilmiştir (95).

Çalışmamızda erişkinlik döneminde kahırlanma bozukluğu istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek tespit edilmiştir (121,122). Çocukluk ve erişkinlik dönemine değinen çalışmalar mevcuttur(121). Çocuklarda travma depresyon ve TSSB için aracı bulunmuştur (225). Bizim  alışmamızda hastalık süresi uzunluğu da kahırlanma bozukluğu sıklığı ile anlamlı ilişkilibulunmuştur. Bu daha erken yaşta başlayan hastalıklarla stresin birikici olarak arttığı ve kahırlanma bozukluğuna neden olduğu düşüncesini desteklemektedir. Çocukluk dönemi bu açıdan önceki çalışmalar gibi bizim çalışmamızda da önemli bulunmuştur.

5.2. Erken Yaşam  zellikleri ve Kahırlanma Bozukluğu İlişkisi

Çalışmamızda psikopatolojilerin gelişimi için yatkınlık oluşturran risk faktörleri arasından aile bütünlüğünün bozulması, annenin çalışma durumu ve çocukluğunda hastalık geçirme TSKB açısından anlamlı fark oluşturmuştu. Kişinin kendisinde fiziksel veya ruhsal bir hastalık bulunması ya da daha önce hastalık geçirmiş olması ile kahırlanma bozukluğu arasında anlamlı ilişki tespit edilmesi kronik hastalıklarda kahırlanmanın daha sık görüldüğüne ilişkin yayınlarla benzer niteliktedir (115,116).

Erken yaşlarda anneden ayrılık, ebeveyn yetiştirme tutumları, anne-babanın hastalığı, istatistiksel açıdan anlamlı fark oluşturmamıştır. Ancak ailenin parçalanmış olması anlamlı fark teşkil etmektedir. Kahırlanma bozukluğu örneklemimizde parçalanmış aile yapısı istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksektir. Bir çalışmada erken yaşta anne babadan ayrılık, aileyi reddedici algılama ve duygusal yakınlık eksikliğiyle ilişkilendirilmiştir (88,150). Başka bir çalışmada anne reddinin kişinin erken kendilik şemalarını bozarak negatif duygulanımı arttırdığı, bunun da yüksek nörotizm, öfkeyle baş etmede azalma, saldırganlık eğilimi ve depresyonda artmaya yol açtığı ileri sürülmektedir (88,150). Yine bir çalışmada endişeli ve güvensiz bağlanma ile kişide oluşan olumsuz şemaların kahırlanma bozukluğu için risk faktörü olduğu belirtilmiştir (96).

Bir çalışmada çocukluk çağı travması ile duygu düzenleme bozukluğunun depresyon ve TSSB gelişiminde kısmi aracılığı tespit edilmiştir (225). Yine bir çalışmada çocukluk travması ve istismar öyküsü olan yetişkinlerde TSSB daha fazla geliştiği gösterilmiştir (226). Çocuklukta istismarla aşırı yaşantılama, depresyonun ve somatik yakınmaların korele olduğuna değinen çalışmalar da mevcuttur (227). Yine bir çalışmada istismar olgularında TSSB ve sınırda kişilik bozukluğu tanıları anlamlı yüksek tespit edilmiştir (228, 229). 2016 yılında yayımlanan cinsel saldırı mağdurlarında TSSB'nin incelendiği bir çalışmada geçmişinde ekonomik güçlük ve zorunlu göç yaşamış olanlarda cinsel saldırıya bağlı TSSB gelişimi anlamlı düzeyde yüksek tespit edilmiştir. Bu sonuç erken yaşam olaylarının psikopatoloji gelişimine katkısını destekler niteliktedir (230). Çalışmamızda erken yaşamda istismar kadınlarda erkeklere göre daha fazla tespit edilmiştir. Bu yüzden ülkemizde istismar kadınlarda kahırlanma bozukluğu için daha fazla risk oluşturmaktadır.

5.3. Yaşam Olayları ve Kahırlanma Bozukluğu İlişkisi

Hipotezlerimizden birisi evli kadınlarda evlilik sorunları ve çalışan erkeklerde işle ilgili sorunların kahırlanmayla ilişkili olacağıydı. Ancak çalışmamızın sonuçları bu hipotezi doğrulamadı. Çalışmanın heterojen bir grupta pek çok meslek dalını içeren sınırlı sayıda kişide yapılmış olması bu sonuca neden olmuş olabilir. Literatürde evlilik ile ilgili sorunların kahırlanmayla ilişkisine değinen yayınlar bulunmaktadır. Kore'de eşleri tarafından aldatılan kadınlarda yanma hissi olarak tariflenen Hwa-Bung olarak

isimlendirilen psikosomatik hastalığın kronik kahırlanma bozukluğu olabileceğine değinilmiştir (195). Bu tablo bastırma ile öfkenin dışı vurum şekli olarak yorumlanmış, çözülmemiş duygusal stresin karmaşık psikiyatrik reaksiyonlara neden olabileceğine değinilmiştir. Kahırlanmada algılanan stres akut, Hwa-Bung'da ise kronik bulunmuş, bu kişilerin öfkeye eğilimli ve dürtüsel kişilik yapılarına değinilmiştir. Benzer şekilde bizim çalışmamızda da kahırlanma bozukluğu olan kişilerde özellikle sözel saldırganlık olmak üzere öfkeye eğilim ve sinirlilik irritabl hal ve düşmanlıkta artış tespit edilmiştir. Kısa semptom envanterinin somatizasyon alt grubu da kahırlanma bozukluğunda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu ve benzer sonuçlar doğu kültüründe ortak savunma mekanizmalarının kullanılması, acılı hali, stresi, öfkeyi ortak ifade ediş biçimiyle açıklanabilir (195). Ancak çalışmamızda aldatma stresörü spesifik olarak ele alınmamıştır. Stresörü sınırlandırılmış bir evli kadın örnekleminde çalışma yapılırsa bu konuda daha anlamlı sonuçlar elde edileceğini düşünmekteyiz.

Linden ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada işsiz kalmanın kahırlanmayı yordayıcı bir değişken olduğunu göstermişlerdir (203).Yine Güney Korede ekonomik kriz sonrası işsizlerde kahırlanma olduğunu bildiren yayınlar bulunmaktadır (231). Çalışmamızda en sık tariflenen stresör maddi sorunlar olarak tespit edilmiştir.

İş stresi ve yaşam olaylarının ikincil travmaya neden olabileceği belirtilmiştir (223). İşle ilgili kahırlanma bozukluğu gelişimi adaletle de ilişkilidir(94). Psikosomatik yakınmalarla tedavi olan hasta grubunda Almanya'da yapılan bir çalışmada en sık işle daha sonra ilişki sorunlarıyla, üçüncü sırada kayıp ve hastalıkla ilgili stresörler tariflenmiştir(203). Bizim çalışmamızda kadınlar da evlilik stresörü ve erkeklerde iş stresörü kahırlanma bozukluğu ile anlamlı pozitif yönde ilişkilidir (232).

Bizim çalışmamızda kişiler arası ilişki problemleri kahırlanma bozukluğunda anlamlı düzeyde yüksek tespit edilen iki stresörden diğerydi. Bu sonuçla benzer bir şekilde Büyükdağ ve Bal'ın (2018) çalışmasında da kişiler arası ilişkilerde güven düzeyi ile travma sonrası hayata küsme düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (96). Burada öznel algı önemlidir (235, 236). Cinsiyet ve kültür farkı da öznel algıyı değiştirebilir (237, 238). Eş şiddetine maruz kalma durumunda da kadın olmak psikopatoloji gelişimi için risktir(235). Kahırlanma bozukluğunda kişiler kendini yalnız ve yardım edilemez, dışlanmış hissedebilirler bu yüzden tedavi de sosyal destek önemlidir. Bir çalışmada sosyal destek kahırlanmayı önleyen bir faktör olarak bulunmuştur (93).

Bir çalışmada olduğu gibi çalışmamızda da yine insan eliyle oluşan travma grubuna dahil edebileceğimiz kişiler arası ilişki sorunlarıyla oluşan olumsuz yaşam stresi kahırlanmada anlamlı artışa neden olmaktadır (237, 238, 239). Çalışmamızda kişiler arası iletişim problemlerinin kahırlanması olan kişilerde anlamlı düzeyde yüksek tespit edilmiş olması duygusal yakınlık kuramama ve ilişki problemleriyle bağlantıyı düşündürmektedir. Yine geçmiş çalışmalarda kendilikle ilgili olumsuz biliş ve nörotiklik TSSB gelişimi için risk faktörü olarak değerlendirilmiştir (167,240,241). İşyerlerinde TSSB için bir risk daha kaygılı ve duygusal açıdan daha depresif olma ile ilişkilendirilmiştir (240). Linden ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada pasif agresif, paranoid kişilik özellikleri ve hostile depresyon özelliklerinin kahırlanmayla ilişkili olabileceği savunulmuştur(203). Bizim çalışmamızda da kahırlanma bozukluğu olan kişilerin anlamlı derecede öfkeli ve saldırgan olmaları, bu kişilerde düşmanlık düşüncelerinin anlamlı fazla olmasının kişiler arası ilişkiye zarar verdiği düşünülmektedir. Yine farklı bir popülasyon olan kayıp yaşayan gebelerde nörotizm ile travma sonrası stres belirtileri arasında ilişki gösterilmiştir (241). Psikosomatik hastalarda nörotizm yine kahırlanma bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur (117). Bizim çalışmamızda kahırlanma bozukluğu olan kişilerde kısa semptom envanteri anksiyete, depresyon, hostile, somatizasyon, olumsuz benlik algısı alt ölçekleri puanlarının anlamlı yüksek olmasının yukarıdaki çalışmalarla benzerliği dikkat çekicidir.

Bir çalışmada kahırlananlarda empati, duyguyu kabul etme, huzur, dinginlik, farkındalık, bağlamsallık, gerçekçilik, belirsizliğe tahammül, uzun vadede değerlendirme, ilişkilendirme, kendiliğiyle tanımlama puanlarının hepsi anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (19,242,243). Bu bileşenlerin kahırlanan grupta anlamlı düşük tespit edilmesi bizim çalışmamız için de önemlidir. Çalışmamızda da kahırlanma bozukluğu tespit edilenlerde sinirlilik, nefret, düşmanlık düşünceleri ve çevreye karşı şüpheli tutum istatistiksel açıdan anlamlı oranda fazladır. Bu durumlar kişilik patolojilerinde olduğu gibi kişiler arası ilişki sorunlarına yol açmaktadır. Bibring kişilik tipi ile psikopatoloji ilişkisini vurgulamıştır (85,88,244). Buna benzer şekilde kronik kahırlanma ile kişilik bozukluğu gelişimini Linden ve arkadaşları da vurgulamıştır (85,88,244). Bu sonucu destekler nitelikte sınırda ve çekingen kişilik özellikleri olanlarda kişiler arası problemler ve sosyal uyumsuzluk tespit edilmiştir (117,245).

Yaşam koşulu değişikliği ve kahırlanma ilişkisi

Yaşam koşulları değişikliğinin anlamlı sonuçlar içermesini öngörüydük. Ancak yaşam koşullarındaki değişiklik kahırlanma bozukluğu olanlarda anlamlı fark göstermedi. Bu sonuç örneklemimizde önemli yaşam koşulu değişikliği stresine maruz kalan deneklerin az sayıda olmasıyla ilişkili olabilir. Bu sonuç, literatürde olduğu gibi aynı stresöre maruz kalan bir grupta çalışmakla daha sağlıklı sonuçlar elde edilebileceğini düşündürmektedir. 1983-1993 yılları arasında Bulgaristan'dan Türkiye'ye zorunlu göçle gelen kişilerin incelendiği bir çalışmada, bu kişilerde SCL-90 alt skalalarının anlamlı düzeyde yüksekliğine vurgu yapılmıştır (246). Bu sonuç zorunlu göç olan kişilerde muhtemel kahırlanma bozukluğu tanısı olduğunu düşündürmektedir. Bu çalışma Linden'in ilk çalışmasıyla da benzer sonuçlar içermektedir (14). Bu özel nüfusta yapılan çalışmalarla ana etkenlerin ve faktörler arasında ilişkinin tespitinin daha doğru sonuçlar vereceğini düşündürebilir.

Yaşamdaki dönüm noktaları, yas ve kronik hastalık stresörü ile kahırlanma arasındaki ilişki

Yaşam stresörünün süresinden çok türü yani ergenlik, yaşlanma, kayıp, ölüm, hastalık, emeklilik gibi yaşam dönemi sorunları ve kişiler arası ilişki problemleri anlamlı stresörler olarak tanımlanmaktadır. Ancak çalışmamızda TSKB ile bu değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir. Yasta uyum bozukluğunun TSSB ile birlikte görüldüğü bir çalışmada gösterilmiştir (247). Yine kronik böbrek yetmezliği olanlarda kahırlanma bozukluğunda öfke ve çaresizlik anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur (115). Cushing hastalarında kahırlanma bozukluğu depresif başa çıkma ve önemsizleştirmeye ilişkilendirilmiştir (116). Yine gelişimsel krizlerde çaresizlik ve gerginlik artışına vurgu yapan bir çalışma mevcuttur (246,248).

Çalışmamızda yaşam stresörü sayısı arttıkça TSKB'nun arttığı belirlenmiştir. Yaşam stresörü sayısının artması birikici etki yapıyor görünmektedir. Birikici etkiyle stresörler travmatik boyuta ulaşıyor olabilir. Literatürde artan allosterik yükün kronik TSSB gelişmesinin sebebi olduğunu belirten yayınlar mevcuttur. Sosyal destekle bunun tamponlanabileceği de eklenmiştir (249). Yine kronik TSSB olan savaş gazilerinde kahırlanma bozukluğunun işlevsellikteki bozulmayı arttırdığını bildiren bir çalışmada bu birikici yüke değinilmiş ve tedavi sürecini zorlayıcı bir faktör olduğu vurgulanmıştır(125). Kronik fiziksel ve ruhsal hastalıklarda kahırlanma bozukluğunun sık eşlik etmesi de birikici etkiyi gösteren yayınlar mevcuttur (102-102).

Psikopatolojinin kahırlanma bozukluğu olan bireylerdeki yaygınlığını saptamamız, kişinin kendisinde fiziksel veya ruhsal bir hastalık bulunması ya da daha önce geçirmiş olması ile kahırlanma bozukluğu arasında anlamlı ilişki tespit etmemiz, stresör sayısı ile kahırlanma bozukluğunu pozitif ilişkili bulmamız bu sonucu desteklemektedir.

5.4. Kahırlanma Tanı ve Eştanıları

Çalışmamızda elde edilen en önemli sonuçlardan birisi de DSM-5 tanısı koymadığımız semptomatik grupta kahırlanma bozukluğunun yüksek saptanmasıdır. DSM-5 tanısı konmayan semptomatik hasta grubunda ciddi kahırlanma sıklığının varlığı sadece tanı kılavuzlarına göre karar verilmemesi gerektiğini, böyle yapıldığı takdirde semptomatik pek çok TSKB hastasının atlanabileceğini düşündürmektedir. Özellikle kişilik bozukluğu veya simulasyon düşünülen hastalarda da TSKB sorgulanması önem taşımaktadır. Bunun dışında başka klinik tanımlar almış hastalarda da atlanma olasılığı yüksektir. ICD-10 göre kişisel esneklik psikopatoloji gelişiminde önemlidir. Kişilik strese cevapta bağımsız faktör yada aracı olabilir (200). Literatürde de değinildiği gibi hızlı etiketleme ve isimlendirme hastaların anlaşılmasını güçleştirebilir (250). Bu durum hastalarda güven sorununa, anlaşılabilirlik hissinin azalmasına ve umutsuzluk artışına neden olup kısır bir döngüyü tetikleyerek tabloyu daha da kötüleştirebilir. Tanınmaması ve müdahale edilmemesi halinde psikopatolojinin şiddeti artabilecek, tedavisi güçleşebilecektir. Kronik tablolarda kişilerde öfkeli hal artabilecek, paranoid tutum gelişebilecek, kişilikte olumsuz değişimler olabilecektir. İşlevsellik kaybına neden olan ciddi bir rahatsızlık olduğu için bu tanının diğer bileşenleri sorgulanmalıdır. Çalışmamızda kahırlananların kısa semptom envanterinde anksiyete, depresyon, düşmanlık, olumsuz benlik algısı, somatizasyon alt ölçeklerinde anlamlı düzeyde yüksek puan almaları bu sorgulamanın önemini bir kez daha vurgulamaktadır. Psikopatolojide tanı sınıfından çok semptom çeşitinin ve şiddetinin önemi her geçen gün artmaktadır (251). Çalışmamızın sonuçları bu görüşü desteklenmektedir. Psikiyatrik tanıları yalın halde tespit etmek güçtür.

Aşırı stres bozukluğu başka türlü adlandırılmayan (DESNOS) tanısı araştırmacıların ilgi odağı olan bir konudur (252). Bizim çalışmamızda en sık tespit edilen tanı olan tanımlanmış kaygı bozukluğunun bulunması uyum bozukluğu tablosuna girmeyen altı aydan uzun hastaları tanımlamaktadır. Bu iki tanı kahırlanma bozukluğu örneklemini ifade ediyor gibi görünmektedir.

Bu düşüncemizi destekler nitelikte bir tez çalışmasında ASB ve TSSB tanısı alanların Hamilton depresyon ve anksiyete ölçeğinde uyum bozukluğu tanısı alanlara göre daha yüksek skorlara sahip oldukları tespit edilmiştir(253). Akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve uyum bozukluğunda ortak olan olumsuz öznel algı zamanla atlatılamamakta ve temel inançlarda olumsuz değişim olarak psikopatoloji geliştirmekte veya kronikleşebilmektedir.

Çalışmamızın örneklemini anksiyete polikliniğine başvuran hastalardan oluşturulduğu için TSKB ölçütlerini karşılayan hastalarda panik bozukluk, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve travmayla ilişkili bozukluklar daha yüksek oranda belirlenmiştir. Yine kısa semptom envanteri anksiyete, depresyon, somatizasyon, düşmanlık semptomlarını kahırlanma bozukluğu ile anlamlı düzeyde yüksek korele bulunmamız Linden ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın sonuçları ile benzerdir (203).

5.5. Kahırlanma Bozukluğu ve Umut, Öfke ve Saldırganlık Gibi Duygular

Örnekleminizde “umut” duygusu kısa semptom envanterinin 35.maddesi ayrıca değerlendirilerek incelenmiştir. Kahırlanma bozukluğu olanlarda tüm gruplarda umutsuzluk anlamlı oranda yüksek tespit edilmiştir. Linden ve arkadaşları da yarı yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğinde TSKB’nun çekirdek belirtileri olarak umutsuzluk, yardım alamama, çaresizlik, geri döndürülemezlik belirtilerine detaylı şekilde değinmektedir (203, 254).

Bir başka çalışmada (255) ise TSSB’de geçmişe yönelik memnuniyet, geleceğe yönelik beklenti ve şu anki yaşam doyumundan oluşan yaşam öyküsündeki bütünlüğün bozulmasının önemine değinilmiştir. Yine bu çalışmada pişmanlık, anlamsızlık ve umutsuzluk TSSB’de anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ve geçmiş, şimdi ve gelecekle ilgili olumsuz inançların TSSB’de depresyona ve diğer TSSB belirtilerine doğrudan neden olduğu ileri sürülmüştür (255). Bu çalışmaya benzer şekilde çalışmamızda kahırlanma bozukluğu ile erken yaşantılar hakkında olumsuz algı, mevcut durum için kısa semptom envanteriyle saptanan negatif duygudurum, depresif hal, olumsuz benlik inancı ve geleceğe yönelik umutsuzluk arasında bir ilişki tespit edilmiştir. Bu da geçmişe yönelik memnuniyet, gelecekle ilgili umut, şu anki iyilik hali sorusunun doğrudan sorularak kahırlanma bozukluğu ya da TSKB için dayanıklılığın ölçülebileceği fikrini destekler niteliktedir.

Çalışmamızda kahırlanma bozukluğunda Buss-Perry öfke ve saldırganlık ölçeğinde sözel ve fiziksel öfke dışavurumu, sinirlilik ve düşmanlık istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir. Bu sonuç literatürle uyumludur. Linden ve arkadaşları kahırlanan grupta sinirliliği ve kısa semptom envanterinin düşmanlık alt ölçeğini anlamlı düzeyde yüksek bulmuştur (203). Kahırlanma bozukluğu spektrumunun iç kontrol- dış kontrol bağlamında irdelendiği bir çalışmada, spektrumun bir ucunda depresyon diğer ucunda ise kahırlanma ve agresyon olduğu belirtilmiştir(13). Benzer şekilde kahırlanma bozukluğunda kahır duygusu, öfke, sinirlilik, agresyon ve depresif ruh hali arasındaki ilişki anlamlı yüksek olarak tarafımızca da gösterilmiştir.

Başka bir çalışma insan eliyle olan travmanın öngörülebilir, kontrol edilebilir, sadece belli bir kesimi etkileyebilir olması nedeniyle öfkeyi daha fazla arttırdığını savunmuştur (256). Sonuçlarımızda kişiler arası ilişki stresörlerinin kahırlanan grupta fazla tespit edilmesi ve yine kahırlanan grupta öfke toplam puanının, Buss-Perry öfke ölçeğinin fiziksel saldırganlık, sözel saldırganlık, sinirlilik, düşmanlık alt başlıklarının anlamlı düzeyde yüksek tespit edilmesi bunu desteklemektedir. İrritabilite, öfke patlamaları işsiz erkeklerdeki kahırlanma bozukluğunda yüksek tespit edilmiştir(60). Kronik kahırlanmada ruminasyonun duygusal disregülasyona neden olduğu tespit edilmiştir. Bu durumun da irritabilite ve işlevsellik azalmasına neden olduğu belirtilmiştir (257).

5.6. Kahırlanma Bozukluğu Ölçeğinin Maddelerine Ait Sonuçlar

Kahırlanma ölçeği alt maddelerinden hepsi DSM-5 tanısı alan ve almayan semptomatik grupta kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklı çıkmıştır. Linden ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da alt ölçeklere verilen yüksek ve çok yüksek skorlar kahırlanma bozukluğu olan grupta istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek tespit edilmiştir. Yine maddelerin her birinin gruplar arasında karşılaştırılmasında bizim çalışmamıza benzer şekilde tüm maddeler kahırlanma bozukluğu olan grupta anlamlı düzeyde yüksek saptanmış, ruminasyon, acı ve intikamla kahır korele bulunmuştur(203).

Bir çalışmada insan eliyle olan travmalarda yoğun olumsuz duyguların, çaresizlik, kontrol edememe, olayı geri çevirememesi, pişmanlık, suçluluk, acı ve kahırlanmanın daha fazla olduğu savunulmuştur. Bunun destek hissetme, empati ve anlaşılabilir olma hissini azalttığı vurgulanmıştır (258). Temel inançlardaki sarsılma düzeyi ile ruminasyonlar korele bulunmuştur. Bu çalışmada olduğu gibi çalışmamızda

da yine insan eliyle oluşan travma grubuna dahil edebileceğimiz kişiler arası ilişki sorunlarıyla oluşan olumsuz yaşam stresi kahırlanmada anlamlı artışa neden olmaktadır (237, 238, 239). Yine alışmamızda kahırlanma leğinin maddeleri içerisinde yer alan ruminasyonla kahırlanma bozukluğunun şiddeti gruplar arasında anlamlı düzeyde farklı saptanmıştır. Bir çalışmada depresyon dış kontrol ve ruminasyonla ilgili bulunmuş, agresyonu bastıramama, tahammülsüzlük üzerinden nrotizmle ilişkilendirilmiştir (88,150).

Çalışmamızda “adalet inancı” maddesi açısından gruplar arasında anlamlı düzeyde fark elde edilmiştir. Adaletsizlik temel inancının önemine değinen çalışmalar mevcuttur (203, 64, 90). İntikam, adaletsizlik ve geri döndürülemezlik temel inançları kahırlanma bozukluğunun alt maddeleriyle değerlendirilmiş ve kahırlanma bozukluğu ile anlamlı ilişkileri gösterilmiştir. Literatürde nefret ve intikam ile kahırlanma arasındaki ilişkiyi gösteren yayınlar bulunmaktadır (64, 90, 203).

5.7. Kahırlanma Bozukluğunu Cinsiyetler Açısından Farklı Kılan Faktörler

Literatürde posttravmatik stres belirtilerinin tüm semptomlarının kadınlarda daha fazla görüldüğü ile ilgili (259) ve kadınlarda zihne dalıcı ruminatif düşüncelerin, kaçınmaların, flashbacklerin ve disosiasyonun daha fazla erkeklerde ise irritabilitenin, gelecekle ilgili umutsuzluğun ve ilgi kaybının daha fazla olduğuyla ilgili bir TSSB konulu çalışma bulunmaktadır (260) Bizim alışmamızda yapılan regresyon analizinde kadınlarda ruminasyon benzer şekilde fazladır. Toplam psikopatolojik belirti sayısı kadınlarda fazla tespit edilmiştir. Kadınlarda ikinci çalışmadan farklı olarak depresif semptomlar daha fazla saptanmıştır. Erkeklerde psikiyatrik semptom sayısı daha az olmakla birlikte kahırlanmayı daha fazla öngören katsayılar da tespit edilmiştir. Bu durum kontrol edilemezliğin, çaresizlik ve güçsüzlük hissettirdiği için erkeklerde daha fazla kahırlanma bozukluğu riskini arttırdığı düşüncesini akla getirmektedir.

5.8. Çalışmanın Güçlü Yanları

Türkiye’de psikiyatri polikliniğine gelen örneklemde kahırlanma bozukluğunu inceleyen ve yaygınlığını tespit eden ilk çalışma olması bu çalışmanın güçlü yanıdır.

Yine hipotezlerimizin doğrulanması klinik gözlemin pratikteki önemini vurgulamaktadır.

5.9. Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın kesitsel olması, sadece anksiyete polikliniğine başvuranlar arasında yapılması, grupların eşit sayıda dağılmaması yapılan istatistiksel analizlerin kısıtlılığına neden olmuştur.

İleri çalışmaların spesifik stresör grupları arasında ve kohort şeklinde yapılması önerilmektedir. Ayrıca bilişsel değerlendirmeye ilgili ölçeklerin de kullanılmasında fayda olabilir.



6. SONUÇ

Travma sonrası kahırlanma bozukluğunun algılanışı ve ele alınışı her toplumda farklılık göstermektedir. Bu nedenle bu çalışmada Malatya’da İnönü Üniversitesi Hastanesi Anksiyete Bozuklukları polikliniğine başvuran hastalarda kahırlanma bozukluğunun gelişmesi ve sürmesine neden olan etkenleri, klinik gösterimlerini, eş tanı görülme sıklığını araştırdık. Çalışmamızın sonucunda kahırlanma bozukluğu olan bireylerde ruhsal belirtilerin daha şiddetli olduğu ve DSM-5 eştanılarının yüksek oranda olduğu hipotezini doğruladık. Aynı zamanda bu hastalarda kahırlanmayı en çok öngören faktörleri ve bu faktörler arasında ilişkileri araştırdık. İyileşmeye karşı direnç oluşturabilecek olumsuz duygulanım ve bilişleri belirledik. Özellikle umutsuzluk, öfke dışı vurumu ve düşmanlık duygularının arttığını saptadık. Hastanın kişiler arası ilişkilerine genellikle geri çekilme-saldırma-savunma tutumuyla yansıyan bu klinik tablonun kronisite kazandığını gözledik.

İşlevsellik kaybına neden olan ve tedaviye direnç oluşturan ciddi bir rahatsızlık oluşturan bu vakaların klinik değerlendirme sırasında belirlenmesi ve uygun terapi sürecinin başlatılması gerekmektedir. Kişilik özelliklerinden nörotizm, negatif duygulanımla, dışadönüklük ise pozitif duygulanımla ilişkilidir. Dolayısıyla bu hastalarda sosyal destek sağlamak üzere dışa dönüklüğü artırmanın tedavi edici etkisi olabileceğini bildiren yayınlar bulunmaktadır(15,261).Stresörlerle otonomi kaybı sonrası kişi pes ederse yenilgi algısı oluşur. Tam bir yenilgiyle psikolojik ölüm TSSB olarak tanımlanırsa, kahırlanma bozukluğu ağır yaralı hal ya da can çekişmeye benzetilebilir ve acil müdahalesi gereklidir. Bazen doğru çözüm değil, farklı çözüm sorunu çözebilir (262).

TSKB tedavisinde bir diğer yaklaşım, hastayı kritik yaşam olayından uzaklaştırma ve yeni yaşam perspektifi oluşturma konusunda güçlendirmeyi amaçlayan bir tür bilişsel-davranışçı terapi olan Linden tarafından geliştirilen bilgelik terapisi (242,243). Negatif yaşam olaylarına kişinin belli bir dayanma kapasitesi vardır. Bilgelik terapisi bunu psikolojik kaynak ya da direnç faktörü olarak adlandırır. Eğer negatif yaşam olaylarının üstesinden gelemiyorsa kişinin bilişsel parçalarında eksiklik mevcuttur. Yanlış yapılandırılmış veya eksik kalmış bilişsel parçalar bilgelik terapisi aracılığıyla düzeltilerek tamamlanır. Terapi sürecinde davranış analizi, bilişsel prova, şema analizi, yeniden yapılandırma, maruz bırakma, davranış ödevleri gibi tutum

değişikliği ve sorun çözmeye ilişkin genel bilişsel stratejiler yanı sıra perspektif değiştirme, empati kurma, duyguların algılanması ve kabullenilmesi, duygusal denge, mizah duygusu, değer göreceliliği, belirsizliğe tolerans gibi konularda bilgelik eğitimi uygulanır (243).

TSKB'nun terapisinde ayrıca bağışlama terapisi de önerilmektedir. Bağışlama terapisinde öfke, acı gibi negatif duygular, kaçınma, intikam gibi negatif davranışlar ve zihne dalıcı tekrarlayan düşünceler gibi negatif bilişlerin azaltılması, empatinin geliştirilerek yeni bir bakış açısı oluşturmaya affetmeyi kişinin içsel olarak gerçekleştirmesi beklenir. Affetmek kişinin içinde gerçekleşen bir süreçtir. Kişiler arası ilişkiler nedeniyle yara almış bu kişilerin terapisine onu anlayarak başlamak gereklidir. Bu kişiler ciddi haksızlığa uğrama duygusu ve ciddi adalet kaybı hissettikleri için dünyayı ve Tanrıyı da affedememektedirler. Affetme öncesinde bu kişilerde Yalom'un tedavi edici bileşenlerinden umut aşılama, özgecilik, duygusal boşalma, bütüncüllüğün kullanılması faydalıdır. Bunlar izolasyonu azaltır, iyi hissetmesini sağlar ve affetmeye motive eder. Böylece negatif duygulanım azalır, pozitif duygulanım artırılır. Geçmiş yeniden anlamlandırılır, duygusal problemler çözülür ve affedilerek tedavi edici değişim sağlanır(90).

İnsanın tam olarak sağlıklı olabilmesi ve yaşama devamı için psikolojik bütünlüğü de korunmalıdır. Korku ve anlamsızlık karşısında bireyin kendi anlamını oluşturmaya destek olunmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Linden M, Baumann K, Lieberei B, Rotter M. The Post-Traumatic Embitterment Disorder Self-Rating Scale (PTED Scale). Clin Psychol Psychother. 2009 Mar;16(2):139–47.
2. Linden M, Rotter M. Spectrum of embitterment manifestations [Internet]. Vol. 10, Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2018. p. 1–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000307>
3. Linden M, Baumann K, Rotter M, Schippan B. Posttraumatic embitterment disorder in comparison to other mental disorders. Psychother Psychosom. 2008;77(1):50–6.
4. Linden M, Baumann K, Rotter M, Schippan B. Diagnostic criteria and the standardized diagnostic interview for posttraumatic embitterment disorder (PTED) [Internet]. Vol. 12, International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. 2008. p. 93–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/13651500701580478>
5. Linden M, Schippan B, Baumann K, Spielberg R. Die posttraumatische Verbitterungsstrung (PTED) [Internet]. Vol. 75, Der Nervenarzt. 2004. p. 51–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00115-003-1632-0>
6. Özgüven HD, Tuncer ET. Uyum Bozukluğu [Internet]. Kriz Dergisi. 1997. p. 087–94. Available from: http://dx.doi.org/10.1501/kriz_0000000016
7. Linden M. Hurting Memories and Beneficial Forgetting: 7. Hurting Memories and Intrusions in Posttraumatic Embitterment Disorders (PTED) as Compared to Posttraumatic Stress Disorders (PTSD). Elsevier Inc. Chapters; 2013. 240 p.
8. Frese M. Alleviating depression in the unemployed: adequate financial support, hope and early retirement. Soc Sci Med. 1987;25(2):213–5.
9. Znoj H. Die Bedeutung von Emotionen auf dem Weg zu einer allgemeinen Psychotherapie [Internet]. Vol. 3, PiD - Psychotherapie im Dialog. 2002. p. 153–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1055/s-2002-32444>.

10. Caspar F, Znoj H. The Bern Psychotherapy Research Group [Internet]. History of psychotherapy: Continuity and change (2nd ed.). p. 389–94. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/12353-017>.
11. Baures MM. Letting Go of Bitterness and Hate [Internet]. Vol. 36, Journal of Humanistic Psychology. 1996. p. 75–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/00221678960361007>.
12. Turkus JA. Trauma and recovery. By Judith Lewis Herman. Basic Books: Glenview, IL, 1992, 276 pages. (Hardbound 27.00, paperback 14.00) [Internet]. Vol. 7, Journal of Traumatic Stress. 1994. p. 497–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/jts.2490070321>.
13. Znoj H, Abegglen S, Buchkremer U, Linden M. The Embittered Mind [Internet]. Vol. 37, Journal of Individual Differences. 2016. p. 213–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1027/1614-0001/a000208>.
14. Linden M. Posttraumatic embitterment disorder. Psychother Psychosom. 2003 Jul;72(4):195–202.
15. Larsen RJ, Ketelaar T. Personality and susceptibility to positive and negative emotional states [Internet]. Vol. 61, Journal of Personality and Social Psychology. 1991. p. 132–40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.61.1.132>.
16. Maack DJ, Ebesutani C. A re-examination of the BIS/BAS scales: Evidence for BIS and BAS as unidimensional scales [Internet]. Vol. 27, International Journal of Methods in Psychiatric Research. 2018. p. e1612. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/mpr.1612>.
17. Perry BD, Pollard R. Homeostasis, stress, trauma, and adaptation. A neurodevelopmental view of childhood trauma. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 1998 Jan;7(1):33–51, viii.
18. Znoj H. Embitterment — a larger perspective on a forgotten emotion [Internet]. Embitterment. 2011. p. 5–16. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-211-99741-3_2.

19. Dvir Y. Posttraumatic Embitterment Disorder: Definition, Evidence, Diagnosis, Treatment by Michael Linden, Max Rotter, Kai Baumann, and Barbara Lieberei; Cambridge, Massachusetts, Hogrefe and Huber, 2007, 155 pages, \$29.80 [Internet]. Vol. 58, Psychiatric Services. 2007. p. 1507–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1176/ps.2007.58.11.1507a>.
20. Schrank B, Stanghellini G, Slade M. Hope in psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand*. 2008 Dec;118(6):421–33.
21. Lynch WF. Images of Hope [Internet]. 1974. Available from: <http://dx.doi.org/10.2307/j.ctvpg840j>.
22. Lazarus AA. Disenchantment and hope: Will we ever occupy center stage? A personal odyssey [Internet]. Vol. 28, Behavior Therapy. 1997. p. 363–70. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7894\(97\)80082-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7894(97)80082-2).
23. Obayuwana AO, Carter AL. The anatomy of hope. *J Natl Med Assoc*. 1982 Mar;74(3):229–34.
24. Stotland E, Kobler AL. Faith, Hope, Data and Abstractions [Internet]. Vol. 12, Contemporary Psychology: A Journal of Reviews. 1967. p. 44–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/008997>.
25. Beck FA, Byrski T, Costa G, Engelstein P. Lifetime measurements in 29 Al [Internet]. Vol. 218, Nuclear Physics A. 1974. p. 213–20. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/0375-9474\(74\)90032-3](http://dx.doi.org/10.1016/0375-9474(74)90032-3).
26. Staats S. Hope: A Comparison of Two Self-Report Measures for Adults [Internet]. Vol. 53, Journal of Personality Assessment. 1989. p. 366–75. Available from: http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5302_13.
27. Buckley J, Herth K. Fostering hope in terminally ill patients. *Nurs Stand*. 2004;19(10):33–41.
28. Bonney S, Stickley T. Recovery and mental health: a review of the British literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2008 Mar;15(2):140–53.
29. Hayes AM, Feldman GC, Beevers CG, Laurenceau J-P, Cardaciotto L, Lewis-Smith J. Discontinuities and cognitive changes in an exposure-based cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol*. 2007 Jun;75(3):409–21.

30. Kirn T, de Jong-Meyer R, Engberding M. Überprüfung eines Trainings zur Verbesserung emotionaler Vorstellungsfähigkeit [Internet]. Vol. 6, Verhaltenstherapie. 1996. p. 124–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1159/000258979>.
31. Cheavens JS, Dreer LE. Relationship between hope and depression: Incorporating hope into treatment [Internet]. PsycEXTRA Dataset. 2008. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/e500792008-001>.
32. Hobfoll S, Butler L, Maercker A, Pat-Horenczyk R. Posttraumatic Growth: Promises and Pitfalls [Internet]. PsycEXTRA Dataset. 2007. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/e517322011-105>.
33. Meadows LA, Kaslow NJ, Thompson MP, Jurkovic GJ. Protective factors against suicide attempt risk among African American women experiencing intimate partner violence. *Am J Community Psychol*. 2005 Sep;36(1-2):109–21.
34. Ai AL, Cascio T, Santangelo LK, Evans-Campbell T. Hope, Meaning, and Growth Following the September 11, 2001, Terrorist Attacks [Internet]. Vol. 20, *Journal of Interpersonal Violence*. 2005. p. 523–48. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0886260504272896>.
35. Irving LM, Cannon R. Starving for Hope [Internet]. *Handbook of Hope*. 2000. p. 261–83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/b978-012654050-5/50016-6>.
36. Martha H, Irving LH, Gustave L. Introduction: Psychological Study of The War [Internet]. *Psychology of the Great War*. 2018. p. 17–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.4324/9781351307727-2>.
37. From Tragedy Towards Hope [Internet]. 2001. Available from: <http://dx.doi.org/10.14217/9781848597495-en>.
38. Grewal PK, Porter JE. Hope theory: a framework for understanding suicidal action. *Death Stud*. 2007 Feb;31(2):131–54.
39. Magyar-Moe JL. Predictors of Therapy Outcome: The Role of Personal Growth Initiative [Internet]. PsycEXTRA Dataset. 2004. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/e632022007-001>.

40. Linden M. Ist die Bezeichnung «Verhaltenstherapie» noch zeitgemäß [Internet]. Vol. 17, Verhaltenstherapie. 2007. p. 149–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1159/000107617>.
41. Dalbert C, Sallay H. The Justice Motive in Adolescence and Young Adulthood: Origins and Consequences. Routledge; 2004. 288 p.
42. Zuckerman M, Gerbasi KC. Belief in a just world and trust [Internet]. Vol. 11, Journal of Research in Personality. 1977. p. 306–17. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/0092-6566\(77\)90039-3](http://dx.doi.org/10.1016/0092-6566(77)90039-3).
43. Measurement issues in criminal justice [Internet]. Vol. 13, Journal of Criminal Justice. 1985. p. 96. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/0047-2352\(85\)90038-8](http://dx.doi.org/10.1016/0047-2352(85)90038-8).
44. Messick DM. Choosing justice [Internet]. Vol. 7, Social Justice Research. 1994. p. 415–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/bf02334866>.
45. Tenbrunsel AE, Messick DM. Behavioral Research, Business Ethics, and Social Justice [Internet]. Vol. 9, Social Justice Research. 1996. p. 1–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/bf02197653>.
46. Dalbert C, Lipkus IM, Sallay H, Goch I. Unjust World Scale [Internet]. PsycTESTS Dataset. 2012. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/t13646-000>.
47. Sutton RM, Winnard EJ. Looking ahead through lenses of justice: The relevance of just-world beliefs to intentions and confidence in the future [Internet]. Vol. 46, British Journal of Social Psychology. 2007. p. 649–66. Available from: <http://dx.doi.org/10.1348/014466606x166220>.
48. Blascovich J, Tomaka J. Measures of Self-Esteem [Internet]. Measures of Personality and Social Psychological Attitudes. 1991. p. 115–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/b978-0-12-590241-0.50008-3>.
49. Dalbert C, Stoeber J. The belief in a just world and distress at school [Internet]. Vol. 8, Social Psychology of Education. 2005. p. 123–35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11218-005-1835-2>.

50. Dalbert C, Stoeber J. The personal belief in a just world and domain-specific beliefs about justice at school and in the family: A longitudinal study with adolescents [Internet]. Vol. 30, *International Journal of Behavioral Development*. 2006. p. 200–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0165025406063638>.
51. Wortman M. Monsters of feeling [Internet]. Vol. 39, *Critical Quarterly*. 1997. p. 51–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8705.00107>.
52. Strelan P. The Stress-and-Coping Model of Forgiveness [Internet]. *Handbook of Forgiveness*. 2019. p. 63–73. Available from: <http://dx.doi.org/10.4324/9781351123341-7>.
53. Strelan P, McKee I. Transgression-Specific Forgiveness Measure [Internet]. *PsycTESTS Dataset*. 2015. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/t36270-000>.
54. Pearce H, Strelan P, Burns NR. Barriers to Forgiveness Scale [Internet]. *PsycTESTS Dataset*. 2018. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/t69455-000>.
55. Strelan P. Who forgives others, themselves, and situations? The roles of narcissism, guilt, self-esteem, and agreeableness [Internet]. Vol. 42, *Personality and Individual Differences*. 2007. p. 259–69. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2006.06.017>.
56. McClelland SI. Intimate Justice [Internet]. *Encyclopedia of Critical Psychology*. 2014. p. 1010–3. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-5583-7_522.
57. McClelland SI. Intimate Justice: A Critical Analysis of Sexual Satisfaction [Internet]. Vol. 4, *Social and Personality Psychology Compass*. 2010. p. 663–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00293.x>.
58. McClelland SI. Social Justice Research and Q Methods: A Forgotten Methodological Alternative [Internet]. *PsycEXTRA Dataset*. 2011. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/e658912011-001>.
59. Dalbert C. The Justice Motive as a Personal Resource [Internet]. *Critical Issues in Social Justice*. 2001. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4757-3383-9>.
60. Belaise C, Bernhard LM, Linden M. [The post-traumatic embitterment disorder: clinical features]. *Riv Psichiatri*. 2012 Sep;47(5):376–87.

61. Adoric VC, Kvartuc T. Effects of Mobbing on Justice Beliefs and Adjustment [Internet]. Vol. 12, *European Psychologist*. 2007. p. 261–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040.12.4.261>.
62. Dalbert C. Social Justice Research [Internet]. Vol. 15. 2002. p. 123–45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1023/a:1019919822628>.
63. Dalbert C, Maes J. Belief in a Just World as personal Resource in School [Internet]. *The Justice Motive in Everyday Life*. 2002. p. 365–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/cbo9780511499975.020>.
64. Dalbert C. Embitterment — from the perspective of justice psychology [Internet]. *Embitterment*. 2011. p. 30–41. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-211-99741-3_4.
65. Horowitz MJ. Stress-Response Syndromes [Internet]. *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. 1993. p. 49–60. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4615-2820-3_4.
66. Orth U. Do Trials of Perpetrators Retraumatize Crime Victims? [Internet]. *PsycEXTRA Dataset*. 2003. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/e352542004-001>.
67. Lopes Cardozo B, Talley L, Burton A, Crawford C. Karenni refugees living in Thai-Burmese border camps: traumatic experiences, mental health outcomes, and social functioning. *Soc Sci Med*. 2004 Jun;58(12):2637–44.
68. Cardozo MTAL, Lopes MT. A Critical Theoretical Perspective on Education and Social Change in Bolivia [Internet]. *Education and Social Change in Latin America*. Available from: <http://dx.doi.org/10.1057/9781137366634.0012>.
69. Cardozo BL. Mental Health, Social Functioning, and Disability in Postwar Afghanistan [Internet]. Vol. 292, *JAMA*. 2004. p. 575. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.292.5.575>.
70. Cardozo BL. Mental Health, Social Functioning, and Attitudes of Kosovar Albanians Following the War in Kosovo [Internet]. Vol. 284, *JAMA*. 2000. p. 569. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.284.5.569>.

71. Some Ghetto Thoughts On Rescue And Revenge [Internet]. Documents On The Holocaust. 1981. P. 240–1. Available From: <http://dx.doi.org/10.1016/b978-0-08-035849-9.50118-0>.
72. Poser M. Madness, Revenge, and the Metaphor of the Theater in Shakespeare's Hamlet and Pirandello's Henry IV [Internet]. Vol. 24, Modern Drama. 1981. p. 338–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.3138/md.24.3.338>.
73. Ysseldyk R. Dispositions toward forgiveness and revenge in relation to coping styles and psychological well-being [Internet]. Available from: <http://dx.doi.org/10.22215/etd/2005-08007>.
74. Ysseldyk R, Matheson K, Anisman H. Forgiveness and the appraisal-coping process in response to relationship conflicts: Implications for well-being [Internet]. PsycEXTRA Dataset. 2007. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/e633982013-823>.
75. Ysseldyk R, Matheson K, Haslam AS, Anisman H. There's probably no... hostility? Collective self-esteem promotes positive religious outgroup feelings under threat [Internet]. PsycEXTRA Dataset. 2011. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/e527772014-179>.
76. Patel MS, Malinoski DJ, Nguyen X-MT, Hoyt DB. The impact of select chronic diseases on outcomes after trauma: a study from the National Trauma Data Bank. J Am Coll Surg. 2011 Jan;212(1):96–104.
77. Yoshimura SM, Boon SD. Communicating Revenge in Interpersonal Relationships. Lexington Books; 2018. 168 p.
78. Uniacke S. The Journal of Value Inquiry [Internet]. Vol. 34. 2000. p. 61–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1023/a:1004778229751>.
79. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. Psychol Bull. 1986 Jan;99(1):20–35.
80. Ripley AJ, Clapp JD, Wilkowski BM. PTSD and anger: Evaluation of an indirect effect model in a civilian trauma sample. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2019 Sep;64:149–57.

81. vanOyen Witvliet C, Ludwig TE, Vander Laan KL. Granting forgiveness or harboring grudges: implications for emotion, physiology, and health. *Psychol Sci.* 2001 Mar;12(2):117–23.
82. Cota-McKinley AL, Woody WD, Bell PA. Vengeance: Effects of gender, age, and religious background [Internet]. Vol. 27, *Aggressive Behavior*. 2001. p. 343–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ab.1019.abs>.
83. Hamama-Raz Y, Solomon Z, Cohen A, Laufer A. PTSD symptoms, forgiveness, and revenge among Israeli Palestinian and Jewish adolescents [Internet]. Vol. 21, *Journal of Traumatic Stress*. 2008. p. 521–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20376>.
84. Kaminer D, Stein DJ, Mbanga I, Zungu-Dirwayi N. The Truth and Reconciliation Commission in South Africa: relation to psychiatric status and forgiveness among survivors of human rights abuses. *Br J Psychiatry*. 2001 Apr;178:373–7.
85. Rotter M. Embitterment and personality disorder [Internet]. *Embitterment*. 2011. p. 177–86. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-211-99741-3_14.
86. Linden M. Posttraumatic embitterment disorder, PTED [Internet]. *Embitterment*. 2011. p. 255–73. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-211-99741-3_22.
87. Hahlweg K, Baucom DH. Relationships and embitterment [Internet]. *Embitterment*. 2011. p. 119–28. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-211-99741-3_9.
88. Dodek A, Barnow S. Personality as risk and resilience in embitterment reactions [Internet]. *Embitterment*. 2011. p. 83–100. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-211-99741-3_7.
89. Denzler M, Forster J. The fundamental principles of self regulation? [Internet]. *PsycEXTRA Dataset*. 2007. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/e633982013-144>.
90. Wade NG, Post BC, Cornish MA. 4.2 Forgiveness therapy to treat embitterment: a review of relevant research [Internet]. *Embitterment*. 2011. p. 197–207. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-211-99741-3_16.

91. Lehrner A, Yehuda R. Trauma across generations and paths to adaptation and resilience. *Psychol Trauma*. 2018 Jan;10(1):22–9.
92. Muschalla B, Rau H, Willmund GD, Knaevelsrud C. Work disability in soldiers with posttraumatic stress disorder, posttraumatic embitterment disorder, and not-event-related common mental disorders. *Psychol Trauma*. 2018 Jan;10(1):30–5.
93. Lee SH, Nam HS, Kim HB, Kim EJ, Won SD, Chae JH. Social Support as a Mediator of Posttraumatic Embitterment and Perceptions of Meaning in Life among Danwon Survivors of the Sewol Ferry Disaster. *Yonsei Med J*. 2017 Nov;58(6):1211–5.
94. Michailidis E, Cropley M. Exploring predictors and consequences of embitterment in the workplace [Internet]. Vol. 60, *Ergonomics*. 2017. p. 1197–206. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/00140139.2016.1255783>.
95. van Eckert S, Gaidys U, Martin CR. Embitterment among German academic and non-academic nurses [Internet]. Vol. 6, *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*. 2011. p. 104–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1108/17556221111168959>.
96. Büyükdağ Y. Kişilerarası İlişkilerde Güven Düzeyi ile Travma Sonrası Hayata Küsme Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [Internet]. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2018. Available from: <http://acikerisim.gelisim.edu.tr/xmlui/handle/11363/1250>.
97. Blom D, van Middendorp H, Geenen R. Anxious attachment may be a vulnerability factor for developing embitterment. *Psychol Psychother*. 2012 Dec;85(4):351–5.
98. Widom C. *Sex Roles and Psychopathology*. Springer Science & Business Media; 2013. 402 p.
99. Kaymaz K. Örgütsel Stres Algısında Cinsiyet Temelli Farklılıklar ve Stres Kaynakları Üzerine Bir Araştırma [Internet]. Vol. 10, *Business and Economics Research Journal*. 2019. p. 483–97. Available from: <http://dx.doi.org/10.20409/berj.2019.181>.
100. Beach SRH, Sandeen E, Daniel O’Leary K. *Depression in Marriage: A Model for Etiology and Treatment*. Guilford Press; 1990. 242 p.

101. Raymond MJ. The relationship between gender and depression among married parents. 2001. 384 p.
102. Matsakis AT. Loving Someone with PTSD: A Practical Guide to Understanding and Connecting with Your Partner after Trauma. New Harbinger Publications; 2014. 224 p.
103. Bardeen J, Varkovitzky R, Kumpula M, Orcutt H. Emotion Regulation Difficulties in Females With PTSD [Internet]. PsycEXTRA Dataset. 2009. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/e517292011-681>.
104. Jones C, Griffiths RD. Post-Traumatic Stress Disorder Following Critical Illness [Internet]. Oxford Medicine Online. 2014. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/med/9780199653461.003.0021>.
105. Maden HA, Ahmet Maden H. Psikosomatik Hastalıklar ve Kültür [Internet]. Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi. 1991. p. 193–5. Available from: http://dx.doi.org/10.1501/dtcfder_00000000893.
106. Sensky T, Salimu R, Ballard J, Pereira D. Associations of chronic embitterment among NHS staff. Occup Med . 2015 Aug;65(6):431–6.
107. Balducci C, Fraccaroli F, Schaufeli WB. Workplace bullying and its relation with work characteristics, personality, and post-traumatic stress symptoms: an integrated model. Anxiety Stress Coping. 2011 Oct;24(5):499–513.
108. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review [Internet]. Vol. 32, Scandinavian Journal of Work, Environment & Health. 2006. p. 443–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.5271/sjweh.1050>.
109. Narisada A, Suzuki K, Furui H, Kobayashi F. 658 Psychosocial work environment and mental health of school teachers in japan [Internet]. Work Organisation and Psychosocial Factors. 2018. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2018-icohabstracts.1669>.
110. Abualrub RF, Al-Zaru IM. Job stress, recognition, job performance and intention to stay at work among Jordanian hospital nurses [Internet]. Vol. 16, Journal of Nursing Management. 2008. p. 227–36. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00810.x>.

111. Lenthall S, Wakerman J, Opie T, Dunn S, MacLeod M, Dollard M, et al. Nursing workforce in very remote Australia, characteristics and key issues [Internet]. Vol. 19, Australian Journal of Rural Health. 2011. p. 32–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1584.2010.01174.x>.
112. Sabic D, Sabic A. Embitterment in war veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD) [Internet]. Vol. 41, European Psychiatry. 2017. p. S359–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.02.354>.
113. Zhelyazkova A. Bulgaria in Transition: the Muslim minorities [Internet]. Vol. 12, Islam and Christian-Muslim Relations. 2001. p. 283–301. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/09596410125284>.
114. Berry JW, Sam DL. Multicultural societies [Internet]. Oxford Handbooks Online. 2014. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199796694.013.006>.
115. Romero AJ, Roberts RE. Stress within a bicultural context for adolescents of Mexican descent. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2003 May;9(2):171–84.
116. Lee K, Song HC, Choi EJ, Pae C-U, Kim YK. Posttraumatic Embitterment Disorder in Patients with Chronic Kidney Disease. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2019 May 31;17(2):183–8.
117. Siegel S, Milian M, Kleist B, Psaras T, Tsiogka M, Führer D, et al. Coping strategies have a strong impact on quality of life, depression, and embitterment in patients with Cushing’s disease. *Pituitary*. 2016 Dec;19(6):590–600.
118. Valdes-Stauber J, Kämmerle H, Bachthaler S. Gibt es Zusammenhänge zwischen Verbitterung und klinischen sowie persönlichkeitsbezogenen Faktoren bei psychosomatischen Patienten? [Internet]. Vol. 65, PPM - Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie. 2015. p. 467–75. Available from: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1565087>.
119. Nilsson A, Orwelius L, Sveen J, Willebrand M, Ekselius L, Gerdin B, et al. Anxiety and depression after burn, not as bad as we think-A nationwide study. *Burns*. 2019 Sep;45(6):1367–74.

120. Sveen J, Willebrand M. Feelings of guilt and embitterment in parents of children with burns and its associations with depression. *Burns*. 2018 Aug;44(5):1135–40.
121. Akça F, Özyürek A. Zihinsel Yetersizlikten Etkilenmiş ve Normal Gelişen Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Sıkıntıyı Tolere Etme, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyleri / The Distress Toleration Status, Depression, Anxiety and Stress Levels of Parents Who Have Normally Developed Children and Who Have Intellectual Disability Children [Internet]. Vol. 8, *Journal of History Culture and Art Research*. 2019. p. 347. Available from: <http://dx.doi.org/10.7596/taksad.v8i1.1787>.
122. Cicchetti D. *Developmental Psychopathology, Risk, Resilience, and Intervention*. John Wiley & Sons; 2016. 1152 p.
123. Hankin BL, Abela JRZ. *Development of Psychopathology: A Vulnerability-Stress Perspective*. SAGE; 2005. 520 p.
124. Stern K. Reactive depression in later life [Internet]. *Depression*. p. 144–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/11129-012>.
125. Yas ve melankoli [Internet]. *Kriz Dergisi*. 1993. p. 98–103. Available from: <http://dx.doi.org/10.1501/0000817>.
126. Sabic D, Sabic A, Batic-Mujanovic O. Embitterment in War Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *Mediev Archaeol*. 2018 Apr;72(2):125–30.
127. Phillips C. Conclusion: The war that everyone lost [Internet]. *The Battle for Syria*. 2016. Available from: <http://dx.doi.org/10.12987/yale/9780300217179.003.0012>.
128. Stockdale K. Losing Hope: Injustice and Moral Bitterness [Internet]. Vol. 32, *Hypatia*. 2017. p. 363–79. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/hypa.12314>.
129. Linden M, Baumann K, Lieberei B, Rotter M. Post-Traumatic Embitterment Disorder Self-Rating Scale [Internet]. *PsycTESTS Dataset*. 2018. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/t65771-000>.
130. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub; 2013. 991 p.

131. Baumeister H, Maercker A, Casey P. Adjustment disorder with depressed mood: a critique of its DSM-IV and ICD-10 conceptualisations and recommendations for the future. *Psychopathology*. 2009 Mar 11;42(3):139–47.
132. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Association; 2000. 915 p.
133. WHO, World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. World Health Organization; 1993. 248 p.
134. Lavenda O, Mahat-Shamir M, Lorenz L, Hamama-Raz Y, Greenblatt-Kimron L, Pitcho-Prelorntzos S, et al. Revalidation of Adjustment Disorder-New Module-4 screening of adjustment disorder in a non-clinical sample: Psychometric reevaluation and correlates with other ICD-11 mental disorders. *Psych J*. 2019 Sep;8(3):378–85.
135. Casey P, Doherty A. Adjustment disorder: implications for ICD-11 and DSM-5 [Internet]. Vol. 201, *British Journal of Psychiatry*. 2012. p. 90–2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.112.110494>.
136. Kazlauskas E, Zelviene P, Lorenz L, Quero S, Maercker A. A scoping review of ICD-11 adjustment disorder research. *Eur J Psychotraumatol*. 2017;8(sup7):1421819.
137. Lorenz L, Hyland P, Perkonigg A, Maercker A. Is adjustment disorder unidimensional or multidimensional? Implications for ICD-11. *Int J Methods Psychiatr Res* [Internet]. 2018 Mar; 27(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/mpr.1591>.
138. Fulton JJ, Calhoun PS, Beckham JC. Trauma- and Stressor-Related Disorders: Posttraumatic Stress Disorder, Acute Stress Disorder, and Adjustment Disorder [Internet]. *Psychiatry*. 2015. p. 1142–69. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/9781118753378.ch59>.

139. Na KS, -Y. Jung H. Decreased left superior temporal cortical thickness among young male patients with adjustment disorder [Internet]. Vol. 26, European Neuropsychopharmacology. 2016. p. S626–7. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s0924-977x\(16\)31717-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0924-977x(16)31717-5).
140. Gradus, Gradus. The association between adjustment disorder diagnosed at psychiatric treatment facilities and completed suicide [Internet]. Clinical Epidemiology. 2010. p. 23. Available from: <http://dx.doi.org/10.2147/clep.s9373>.
141. For-Wey L, Fei-Yin L, Bih-Ching S. The relationship between life adjustment and parental bonding in military personnel with adjustment disorder in Taiwan. *Mil Med*. 2002 Aug;167(8):678–82.
142. Selye H. The stress concept. *Can Med Assoc J*. 1976 Oct 23;115(8):718.
143. Selye H. Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. *Can Med Assoc J*. 1976 Jul 3;115(1):53–6.
144. Ösapay G, Ösapay K. [Stress and fertility]. *Orv Hetil*. 2015 Aug 30;156(35):1430–4.
145. Lazarus RS, Folkman S. Cognitive Theories of Stress and the Issue of Circularity [Internet]. Dynamics of Stress. 1986. p. 63–80. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4684-5122-1_4.
146. Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. Springer Publishing Company; 1984. 456 p.
147. Hodgman CH. Adjustment Disorder [Internet]. Pediatric Clinical Advisor. 2007. p. 7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/b978-032303506-4.10003-3>.
148. Kumano H, Ida I, Oshima A, Takahashi K, Yuuki N, Amanuma M, et al. Brain metabolic changes associated with predisposition to onset of major depressive disorder and adjustment disorder in cancer patients--a preliminary PET study. *J Psychiatr Res*. 2007 Oct;41(7):591–9.
149. Myung W, Na K-S, Ham B-J, Oh S-J, Ahn H-W, Jung H-Y. Decreased medial frontal gyrus in patients with adjustment disorder. *J Affect Disord*. 2016 Feb;191:36–40.

150. Kajosch H, Gallhofer B, Corten P, From L, Verbanck P, Campanella S. The bimodal P300 oddball component is decreased in patients with an adjustment disorder: An event-related potentials study. *Clin Neurophysiol.* 2016 Oct;127(10):3209–16.
151. Dobricki M, Maercker A. (Post-traumatic) embitterment disorder: critical evaluation of its stressor criterion and a proposed revised classification. *Nord J Psychiatry.* 2010 May 4;64(3):147–52.
152. Routt G, Anderson L. *Adolescent Violence in the Home: Restorative Approaches to Building Healthy, Respectful Family Relationships.* Routledge; 2014. 190 p.
153. Alexander J. *Cultural Trauma and Collective Identity* [Internet]. 2004. Available from: <http://dx.doi.org/10.1525/california/9780520235946.001.0001>.
154. Scott MJ, Stradling SG. Post-traumatic stress disorder without the trauma [Internet]. Vol. 33, *British Journal of Clinical Psychology.* 1994. p. 71–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8260.1994.tb01095.x>.
155. Ikemoto K, Kitahama K, Nishi K, Nagatsu I. What do D-neurons do in pathogenesis of neuropsychiatric disorders? [Internet]. Vol. 68, *Neuroscience Research.* 2010. p. e202. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neures.2010.07.2466>.
156. Compas BE. Psychobiological processes of stress and coping: implications for resilience in children and adolescents--comments on the papers of Romeo & McEwen and Fisher et al. *Ann N Y Acad Sci.* 2006 Dec;1094:226–34.
157. Rose J. emotional and intellectual development: Romeo and Juliet [Internet]. you and your mid-adolescent. 2018. p. 11–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.4324/9780429485343-2>.
158. LeDoux J. Rethinking the Emotional Brain [Internet]. Vol. 73, *Neuron.* 2012. p. 653–76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuron.2012.02.004>.
159. Polich J, Criado JR. Neuropsychology and neuropharmacology of P3a and P3b. *Int J Psychophysiol.* 2006 May;60(2):172–85.
160. Ledoux JE. Cognitive-Emotional Interactions in the Brain [Internet]. Vol. 3, *Cognition & Emotion.* 1989. p. 267–89. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/02699938908412709>.

161. Silverstein DN, Ingvar M. A multi-pathway hypothesis for human visual fear signaling. *Front Syst Neurosci*. 2015 Aug 24;9:101.
162. Packard MG, McGaugh JL. Inactivation of Hippocampus or Caudate Nucleus with Lidocaine Differentially Affects Expression of Place and Response Learning [Internet]. Vol. 65, *Neurobiology of Learning and Memory*. 1996. p. 65–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1006/nlme.1996.0007>.
163. Cahill L, McGaugh JL. Emotional learning [Internet]. *Encyclopedia of Psychology*, Vol. 3. 2000. p. 175–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/10518-065>.
164. Seppälä EM, Nitschke JB, Tudorascu DL, Hayes A, Goldstein MR, Nguyen DTH, et al. Breathing-based meditation decreases posttraumatic stress disorder symptoms in U.S. military veterans: a randomized controlled longitudinal study. *J Trauma Stress*. 2014 Aug;27(4):397–405.
165. Stahl SM. *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications*. Cambridge University Press; 2013. 608 p.
166. Naegeli C, Zeffiro T, Piccirelli M, Jaillard A, Weilenmann A, Hassanpour K, et al. Locus Coeruleus Activity Mediates Hyperresponsiveness in Posttraumatic Stress Disorder. *Biol Psychiatry*. 2018 Feb 1;83(3):254–62.
167. Sortwell CE, Petty F, Kramer G, Sagen J. In vivo release of catecholamines from xenogeneic chromaffin cell grafts with antidepressive activity. *Exp Neurol*. 1994 Nov;130(1):1–8.
168. van Zuiden M, Kavelaars A, Rademaker AR, Vermetten E, Heijnen CJ, Geuze E. A prospective study on personality and the cortisol awakening response to predict posttraumatic stress symptoms in response to military deployment. *J Psychiatr Res*. 2011 Jun;45(6):713–9.
169. Arnett HA, Kinnison MT. Predator-induced phenotypic plasticity of shape and behavior: parallel and unique patterns across sexes and species. *Curr Zool*. 2017 Aug;63(4):369–78.

170. Wang S, Mason J. Elevations of serum T3 levels and their association with symptoms in World War II veterans with combat-related posttraumatic stress disorder: replication of findings in Vietnam combat veterans. *Psychosom Med.* 1999 Mar;61(2):131–8.
171. Breit S, Kupferberg A, Rogler G, Hasler G. Vagus Nerve as Modulator of the Brain-Gut Axis in Psychiatric and Inflammatory Disorders. *Front Psychiatry.* 2018 Mar 13;9:44.
172. Bernik TR, Friedman SG, Ochani M, DiRaimo R, Susarla S, Czura CJ, et al. Cholinergic antiinflammatory pathway inhibition of tumor necrosis factor during ischemia reperfusion. *J Vasc Surg.* 2002 Dec;36(6):1231–6.
173. Zuo Y, Smith DC, Jensen RA. Vagus nerve stimulation potentiates hippocampal LTP in freely-moving rats. *Physiol Behav.* 2007 Mar 16;90(4):583–9.
174. Arnstein P. The mediation of disability by self efficacy in different samples of chronic pain patients. *Disabil Rehabil.* 2000 Nov 20;22(17):794–801.
175. Biller N, Arnstein P, Caudill MA, Federman CW, Guberman C. Predicting completion of a cognitive-behavioral pain management program by initial measures of a chronic pain patient' s readiness for change. *Clin J Pain.* 2000 Dec;16(4):352–9.
176. Drury SS, Theall KP, Keats BJB, Scheeringa M. The role of the dopamine transporter (DAT) in the development of PTSD in preschool children. *J Trauma Stress.* 2009 Dec;22(6):534–9.
177. Hensler JG, Ferry RC, Labow DM, Kovachich GB, Frazer A. Quantitative autoradiography of the serotonin transporter to assess the distribution of serotonergic projections from the dorsal raphe nucleus. *Synapse.* 1994 May;17(1):1–15.
178. Vermetten E, Laewenstein R, Wilson K, Bremner JD. Overlapping Neurobiological Profiles of PTSD and DID [Internet]. *PsycEXTRA Dataset.* 2002. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/e609232012-053>.

179. Kenna GA, Roder-Hanna N, Leggio L, Zywiak WH, Clifford J, Edwards S, et al. Association of the 5-HTT gene-linked promoter region (5-HTTLPR) polymorphism with psychiatric disorders: review of psychopathology and pharmacotherapy. *Pharmgenomics Pers Med*. 2012 Jan 13;5:19–35.
180. Gafford GM, Ressler KJ. GABA and NMDA receptors in CRF neurons have opposing effects in fear acquisition and anxiety in central amygdala vs. bed nucleus of the stria terminalis. *Horm Behav*. 2015 Nov;76:136–42.
181. da Silva JA, Biagioni AF, Almada RC, de Freitas RL, Coimbra NC. Panicolytic-like effects caused by substantia nigra pars reticulata pretreatment with low doses of endomorphin-1 and high doses of CTOP or the NOP receptors antagonist JTC-801 in male *Rattus norvegicus*. *Psychopharmacology*. 2017 Oct;234(20):3009–25.
182. Coimbra NC, Calvo F, Almada RC, Freitas RL, Paschoalin-Maurin T, Dos Anjos-Garcia T, et al. Opioid neurotransmission modulates defensive behavior and fear-induced antinociception in dangerous environments. *Neuroscience*. 2017 Jun 23;354:178–95.
183. Rowe WB, Nicot A, Sharma S, Gully D, Walker CD, Rostène WH, et al. Central administration of the neurotensin receptor antagonist, SR48692, modulates diurnal and stress-related hypothalamic-pituitary-adrenal activity. *Neuroendocrinology*. 1997 Aug;66(2):75–85.
184. Sah R, Ekhtor NN, Jefferson-Wilson L, Horn PS, Geraciotti TD Jr. Cerebrospinal fluid neuropeptide Y in combat veterans with and without posttraumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology*. 2014 Feb;40:277–83.
185. Sah R, Geraciotti TD. Neuropeptide Y and posttraumatic stress disorder. *Mol Psychiatry*. 2013 Jun;18(6):646–55.
186. Ferraro F, Eipper BA, Mains RE. Retrieval and reuse of pituitary secretory granule proteins. *J Biol Chem*. 2005 Jul 8;280(27):25424–35.
187. Üçok SB, Burcu ÜÇÖK S, Öztemür G. Psikanalitik Kuram: S. Freud [Internet]. *Kişilik Kuramları Gerçek Yaşamdan Kişilik Analizi Örnekleriyle*. 2017. p. 66–103. Available from: <http://dx.doi.org/10.14527/9786052410356.03>.

188. Charney DS. Psychobiologic Mechanisms of Posttraumatic Stress Disorder [Internet]. Vol. 50, Archives of General Psychiatry. 1993. p. 294. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820160064008>.
189. Charney E. Behavior genetics and postgenomics [Internet]. Vol. 35, Behavioral and Brain Sciences. 2012. p. 331–58. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/s0140525x11002226>.
190. Janoff-Bulman R, Frieze IH. A Theoretical Perspective for Understanding Reactions to Victimization [Internet]. Vol. 39, Journal of Social Issues. 1983. p. 1–17. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1983.tb00138.x>.
191. Janoff-Bulman R. World Assumptions Scale [Internet]. PsycTESTS Dataset. 2013. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/t06285-000>.
192. Köhler M, Goebel S, Pedersen A. PTSD severity among emergency personnel: An investigation based on the Ehlers and Clark cognitive model. Psychol Trauma. 2019 Sep;11(6):677–84.
193. Speckens AEM, Ehlers A, Hackmann A, Clark DM. Changes in intrusive memories associated with imaginal reliving in posttraumatic stress disorder. J Anxiety Disord. 2006;20(3):328–41.
194. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder [Internet]. Vol. 38, Behaviour Research and Therapy. 2000. p. 319–45. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00123-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0).
195. Bosshard G. Ethical Theory and Moral Practice [Internet]. Vol. 6. 2003. p. 343–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1023/a:1026049514660>.
196. Joe S, Lee JS, Kim SY, Won S-H, Lim JS, Ha KS. Posttraumatic Embitterment Disorder and Hwa-byung in the General Korean Population. Psychiatry Investig. 2017 Jul;14(4):392–9.
197. Twohig MP, Woidneck MR, Crosby JM. Newer Generations of CBT for Anxiety Disorders [Internet]. CBT for Anxiety Disorders. 2013. p. 225–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/9781118330043.ch9>.
198. Aaronson CJ, Shear MK, Goetz RR, Allen LB, Barlow DH, White KS, et al. Predictors and time course of response among panic disorder patients treated with cognitive-behavioral therapy. J Clin Psychiatry. 2008 Mar;69(3):418–24.

199. Mallorquí-Bagué N, Bulbena A, Pailhez G, Garfinkel SN, Critchley HD. Mind-Body Interactions in Anxiety and Somatic Symptoms. *Harv Rev Psychiatry*. 2016 Jan;24(1):53–60.
200. Santesteban-Echarri O, MacQueen G, Goldstein BI, Wang J, Kennedy SH, Bray S, et al. Personality and risk for serious mental illness. *Early Interv Psychiatry* [Internet]. 2020 Jan 7; Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/eip.12921>.
201. Casey P. Reactive mental disorders: stressors, personality and symptoms [Internet]. *Embitterment*. 2011. p. 295–309. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-211-99741-3_25.
202. First MB. Classification of “reactive” mental disorders in ICD and DSM [Internet]. *Embitterment*. 2011. p. 274–83. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-211-99741-3_23.
203. Sartorius N. Should embitterment be included among mental disorders? [Internet]. *Embitterment*. 2011. p. 248–54. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-211-99741-3_21.
204. Linden M, Baumann K, Rotter M, Schippan B. The Psychopathology of Posttraumatic Embitterment Disorders [Internet]. Vol. 40, *Psychopathology*. 2007. p. 159–65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1159/000100005>.
205. Lee J-O, Kim J-W, Kang H-J, Hong J-P, Kim J-M. Predictors of Cognitive Improvement during 12 Weeks of Antidepressant Treatment in Patients with Major Depressive Disorder. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2018 Nov 30;16(4):461–8.
206. Conner KR, Weisman RL. Embitterment in suicide and homicide-suicide [Internet]. *Embitterment*. 2011. p. 240–7. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-211-99741-3_20.
207. Glück J. “She looks back without bitterness”: Wisdom as a developmental opposite of embitterment? [Internet]. *Embitterment*. 2011. p. 70–82. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-211-99741-3_6.

208. Choi H-S, Park, Haesang. Relationship between psychological work environment and mobbing at Workplace - investigation on moderating effect of Neuroticism [Internet]. Vol. 11, Journal of Korea Service Management Society. 2010. p. 209–33. Available from: <http://dx.doi.org/10.15706/jksms.2010.11.2.010>.
209. Peters JR, Eisenlohr-Moul TA, Upton BT, Talavera NA, Folsom JJ, Baer RA. Characteristics of Repetitive Thought Associated with Borderline Personality Features: A Multimodal Investigation of Ruminative Content and Style. *J Psychopathol Behav Assess*. 2017 Sep;39(3):456–66.
210. Gray MJ, Litz BT, Hsu JL, Lombardo TW. Psychometric properties of the life events checklist. *Assessment*. 2004 Dec;11(4):330–41.
211. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *J Pers Soc Psychol*. 1992 Sep;63(3):452–9.
212. Oznur T, Toygar M, Oznur H, Aydemir E, Alper M, Garip B, et al. The relationship between the level of aggression and the sleep quality in patients with posttraumatic stress disorder [Internet]. Vol. 14, TAF Preventive Medicine Bulletin. 2015. p. 433. Available from: <http://dx.doi.org/10.5455/pmb.1-1398070014>.
213. Evren C, Çınar Ö, Güleç H, Çelik S, Evren B. The Validity And Reliability Of The Turkish Version Of The Buss-Perry's Aggression Questionnaire İn Male Substance Dependent İnpatients / Buss-Perry Agresyon Ölçeği Türkçe Versiyonunun Yatarak Tedavi Gören Erkek Alkol/Madde Bağımlılarında Geçerliği ve Güvenirliği [Internet]. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2011. p. 283–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.5350/dajpn2011240404>.
214. Madran HAD, Andaç. Demirtaş Madran H. Buss-Perry Aggression Questionnaire-Turkish Version [Internet]. *PsycTESTS Dataset*. 2019. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/t72091-000>.
215. Demirtas-Madran HA, Andac Demirtas-Madran H. Reliability and Validity Studies of Turkish Version of Buss-Perry Aggression Questionnaire [Internet]. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2012. Available from: <http://dx.doi.org/10.5080/u6859>.

216. Ünal S, Güney S, Kartalcı Ş, Reyhani İ. Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu Ölçeğinin (PTED Self-Rating Scale) Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması / The Study Of The Realibility And Validity Of The Turkish Version Of Post Traumatic Embitterment Disorder Self-Rating Scale (PTED Self-Rating Scale) [Internet]. *Dusunen Adam: The Journal Of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2011. P. 32–4. Available From: <http://dx.doi.org/10.5350/dajpn2011240104>.
217. Derogatis LR. Derogatis Psychiatric Rating Scale [Internet]. *PsycTESTS Dataset*. 2012. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/t15083-000>.
218. Derogatis LR. Brief Symptom Inventory-18 [Internet]. *PsycTESTS Dataset*. 2011. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/t07502-000>.
219. Sahin NH, Durak Batigün A, Uğurtaş S. [The validity, reliability and factor structure of the Brief Symptom Inventory (BSI)]. *Turk Psikiyatri Derg*. 2002 Summer;13(2):125–35.
220. Öner N, Fakültesi BÜE. Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler: Bir Başvuru Kaynağı. 1994. 628 P.
221. Guloglu B, Karairmak O. Posttraumatic stress disorder among Turkish veterans of the Southeast [Internet]. Vol. 14, *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2013. p. 237. Available from: <http://dx.doi.org/10.5455/apd.36696>.
222. Cengiz I, Ergun D, Çakıcı E. Posttraumatic stress disorder, posttraumatic growth and psychological resilience in Syrian refugees: Hatay, Turkey. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2019;20(3):269–76.
223. Bjelland I, Krokstad S, Mykletun A, Dahl AA, Tell GS, Tambs K. Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study [Internet]. Vol. 66, *Social Science & Medicine*. 2008. p. 1334–45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.12.019>.
224. Sungur M, Aksin Surmeli B, Ozcubukcuoglu A. Common Features of PTSD Cases Amongst a Group of Military Staff Referred From the Southeast Region of Turkey [Internet]. Vol. 9, *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 1995. p. 279–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1891/0889-8391.9.4.279>.

225. Hodgkinson PE, Shepherd MA. The impact of disaster support work. *J Trauma Stress*. 1994 Oct;7(4):587–600.
226. Evaluation Of Post-Traumatic Stress Disorder, Burnout And Coping Styles In Emergency And Intensive Care Unit Employees [Internet]. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2018. Available from: <http://dx.doi.org/10.5505/kpd.2018.55707>.
227. Alpay EH, Aydın A, Bellur Z. The Mediating Role Of The Emotion Regulation Difficulties On The Relationship Between Childhood Traumas, Post Traumatic Stress Symptoms And Depression [Internet]. Vol. 20, *Journal of Clinical Psychiatry*. 2017. p. 218–26. Available from: <http://dx.doi.org/10.5505/kpd.2017.98852>.
228. Widom CS. Abuse and Neglect Increase the Risk of PTSD [Internet]. *PsycEXTRA Dataset*. 2000. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/e373702004-002>.
229. Kendall-Tackett KA. Physiological correlates of childhood abuse: chronic hyperarousal in PTSD, depression, and irritable bowel syndrome [Internet]. Vol. 24, *Child Abuse & Neglect*. 2000. p. 799–810. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s0145-2134\(00\)00136-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0145-2134(00)00136-8).
230. Nasıroğlu S. Sağlık Tedbiri Alınan Çocuk ve Ergenlerin Ruhsal Değerlendirmesi [Internet]. *Cukurova Medical Journal (Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi)*. 2017. p. 645–645. Available from: <http://dx.doi.org/10.17826/cutf.296421>.
231. Varoltaş F, Güvenir T, Özbek A. Çocuk ve Ergenlerin Yatarak Tedavisinde İyileşme Ne Kadar Kalıcı Oluyor? [Internet]. Vol. 48, *nöro psikiyatri arşivi*. 2011. p. 1–1. Available from: <http://dx.doi.org/10.4274/npa.y5610>.
232. Karataş RD. Cinsel Saldırı Mağdurlarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve İlişkili Faktörler [Internet]. *ESOGÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*; 2016 [cited 2020 Jan 24]. Available from: <http://hdl.handle.net/11684/1337>.
233. Swee-Hock S, Wong J. Managing Economic Crisis in East Asia. 2010; Available from: <https://play.google.com/store/books/details?id=8zZ5AnPVuTwC>.

234. Han H, Yun JA, Huh HJ, Huh S, Hwang J, Joo JY, et al. Posttraumatic Symptoms and Change of Complicated Grief among Bereaved Families of the Sewol Ferry Disaster: One Year Follow-up Study. *J Korean Med Sci*. 2019 Jul 22;34(28):e194.
235. Foa EB, Cascardi M, Zoellner LA, Feeny NC. Psychological and Environmental Factors Associated with Partner Violence [Internet]. Vol. 1, Trauma, Violence, & Abuse. 2000. p. 67–91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/1524838000001001005>.
236. Keshet H, Foa EB, Gilboa-Schechtman E. Women's self-perceptions in the aftermath of trauma: The role of trauma-centrality and trauma-type. *Psychol Trauma*. 2019 Jul;11(5):542–50.
237. Foa EB, Street GP. Women and traumatic events. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 17:29–34.
238. Foa EB. Trauma and women: course, predictors, and treatment. *J Clin Psychiatry*. 1997;58 Suppl 9:25–8.
239. Dekel S, Solomon Z, Ein-Dor T. PTSD symptoms lead to modification in the memory of the trauma: a prospective study of former prisoners of war. *J Clin Psychiatry*. 2016 Mar;77(3):e290–6.
240. Pierce HA, Lilly M. Trauma exposure in 9-1-1 telecommunicators: Considering the risk for posttraumatic stress disorder [Internet]. *PsycEXTRA Dataset*. 2011. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/e683152011-365>.
241. Pierce H, Lilly MM. Duty-related trauma exposure in 911 telecommunicators: Considering the risk for posttraumatic stress [Internet]. Vol. 25, *Journal of Traumatic Stress*. 2012. p. 211–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/jts.21687>.
242. Erden NS. Travma Sonrası Stres Bozukluğu, İşyerinde Zorbalık ve Nörotiklik: Araştırma Önerisi. *jisr*. 2016 Oct 20;9(46):674–674.
243. Wallin Lundell I, Sundström Poromaa I, Ekselius L, Georgsson S, Frans Ö, Helström L, et al. Neuroticism-related personality traits are associated with posttraumatic stress after abortion: findings from a Swedish multi-center cohort study. *BMC Womens Health*. 2017 Oct 2;17(1):96.

244. Linden M, Lieberei B, Noack N. [Wisdom Attitudes and Coping In Life of Psychosomatic Patients]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2019 Aug;69(8):332–8.
245. Linden M, Baumann K, Lieberei B, Lorenz C, Rotter M. Treatment of posttraumatic embitterment disorder with cognitive behaviour therapy based on wisdom psychology and hedonia strategies. *Psychother Psychosom*. 2011 Apr 14;80(4):199–205.
246. Rosen JL, Bibring GL. Psychological reactions of hospitalized male patients to a heart attack. Age and social-class differences. *Psychosom Med*. 1966 Nov;28(6):808–21.
247. McCloskey KD. Interpersonal problems and social adjustment : comparing avoidant and borderline personality disorder symptoms [Internet]. University of British Columbia; 2019 [cited 2020 Jan 24]. Available from: <https://open.library.ubc.ca/media/download/pdf/24/1.0378402/4>
248. ArslantekiN S. 1989-1993 Yılları Arası Bulgaristan’dan Türkiye’ye Zorunlu Göç ile Gelen Kişilerin Kültürleşmede Ruhsal Durum ile İlişkisi. *Docs.Neu.Edu.Tr* [Internet]. Available From: <http://docs.neu.edu.tr/library/6713698611.pdf>
249. Killikelly C, Lorenz L, Bauer S, Mahat-Shamir M, Ben-Ezra M, Maercker A. Prolonged grief disorder: Its co-occurrence with adjustment disorder and post-traumatic stress disorder in a bereaved Israeli general-population sample. *J Affect Disord*. 2019 Apr 15;249:307–14.
250. Sözer Y. Psikiyatride Kriz Kavramı ve Krize Müdahale. *Kriz Dergisi*. 1992;1(1):8–12.
251. King DW, Taft C, King LA, Hammond C, Stone ER. Directionality of the Association Between Social Support and Posttraumatic Stress Disorder: A Longitudinal Investigation. *J Appl Social Pyschol*. 2006 Dec;36(12):2980–92.
252. Gergen KJ, Hoffman L, Anderson H. Is diagnosis a disaster? A constructionist trialogue. *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns*. 1996;102–18.

253. Clothier S, Zimmerman K, Hanks C, Sponenberg DP, Weiss T. What is your diagnosis? Coelomic effusion in a skittering frog. *Vet Clin Pathol* [Internet]. 2019 Nov 27; Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/vcp.12808>.
254. Herman JL. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence--From Domestic Abuse to Political Terror*. Hachette UK; 2015. 336 p.
255. Bilgiç S. *Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu ile Uyum Bozukluğunun Klinik Açıdan Karşılaştırılması*. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Tıpta Uzmanlık tezi. 2011.
256. Schrank B, Hay AG. Hope and embitterment [Internet]. *Embitterment*. 2011. p. 17–29. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-211-99741-3_3.
257. Açıkgöz Karaoğlu B. *Travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon arasındaki ilişkide ontolojik iyi-oluşun aracılık etkisi: bir yapısal eşitlik modellemesi çalışması*. İstanbul Arel Üniversitesi; 2016.
258. Gökben Hızlı F. Depreme bağlı eşikaltı travma sonrası stres bozukluğu ve ilişkili faktörler. 2005; Available from: <http://acikerisim.baskent.edu.tr/handle/11727/1698>.
259. Dunn JM, Sensky T. Psychological processes in chronic embitterment: The potential contribution of rumination [Internet]. Vol. 10, *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2018. p. 7–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000291>.
260. Haspolat A. *Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyüme: Tmel İnançlardaki Değişim, Ruminasyonlar ve Bilgece Farkındalığın Rolü* [Internet]. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2019. Available from: <http://acikerisim.baskent.edu.tr/handle/11727/3014>.
261. Birkeland MS, Blix I, Solberg Ø, Heir T. Gender Differences in Posttraumatic Stress Symptoms after a Terrorist Attack: A Network Approach. *Front Psychol*. 2017 Dec 1;8:2091.
262. Cao X, Wang L, Cao C, Fang R, Chen C, Hall BJ, et al. Sex differences in global and local connectivity of adolescent posttraumatic stress disorder symptoms [Internet]. Vol. 60, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2019. p. 216–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12963>.

263. Çapar T. 1999 Marmara Depremlerinin Etkilerinin Travma Sonrası Gelişim Modeli Çerçevesinde Değerlendirilmesi [Internet]. Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2016. Available from: <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/3648>.
264. Linden M, Baumann K, Schippan B. 33-Posttraumatic Embitterment Disorder [Internet]. Vol. 56, Journal of Psychosomatic Research. 2004. p. 650. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.04.288>.



EKLER

Ek 1. Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

Adı Soyadı: Eğitim: Yaş: Meslek: Cinsiyet: Medeni durum: DSM IV Eksen I tanısı: Eksen II tanısı: Hastalığın başlama yaşı: Hastalığın süresi: Yaşadığı yer: Şehir () Kasaba ya da Köy () Çocukluğunu geçirdiği yer: Şehir () Kasaba ya da Köy () 0-1 yaş arasında bakımını kim yapmış? Anne () Bakıcı+Anne () Anne+Anneanne/Babaanne () Diğer () Çocukluğunda kim tarafından yetiştirilmiş? Anne () Baba () Bakıcı+Aile () Anneanne/Babaanne () Diğer () Çocukluğunda nasıl bakılmış? Aşırı ilgiyle () İlgisiz () Yeterince ilgiyle () Çocukluğunda nasıl bir disiplinle büyütülmüş? Aşırı kontrol () Yeterince kontrol () Az kontrol () Yetiştirilme biçiminin hastalığının oluşumuna katkısı olduğunu düşünüyor mu? Evet () Hayır () Evetse nasıl Çocukluğunda ailenin durumu: Bütün () Parçalanmış () Boşanmış () Çocukluğunda anne çalışıyor muydu? Evet () Hayır () Bebekliğinde ne kadar süreyle anne sütü aldı?(ay olarak)

Çocukluğunda anne/babada önemli hastalık öyküsü:.....

Çocukluğunda önemli hastalık öyküsü:

Çocukluğunda anneden ayrılık: Var () Yok () Varsa kaç yaşında..... süresi

Çocukluğunda cinsel travma: Var () Yok () Varsa kaç yaşında.....

Ek 2. Yaşam Sorunları Tarama Listesi

YAŞAM SORUNLARI

	var	yok
<i>Evlilik ve karşı cinsle ilişkiler</i> (nişan, evlilik, uyumsuzluk, ayrılma, boşanma vs)		
<i>Mesleki</i> (iş, okul, ev işleri ile ilgili sorunlar, emeklilik, işsizlik)		
<i>Parasal</i> (düşük gelir, gelir düzeyinde değişiklik vs)		
<i>Diğer kişilerarası ilişkiler</i> (arkadaş, komşu, ortak ile ilişkiler)		
<i>Anababalık</i> (Anababa olma,doğum, çocuğun hastalığı vs.)		
<i>Yaşam koşulları</i> (ev değişikliği, göç, tatil vs)		
<i>Gelişimsel</i> (ergenlik, orta yaşlılık, menapoz, yaşlanma)		

Son 3 aydır yaşamınızda varolan ve sizi zorlayan yaşam olaylarını işaretleyiniz:

Ek 3. Buss-Perry Öfke ve Saldırganlık Ölçeği

KARAKTERİNİZE EN UYGUN OLAN YANITI (X) ŞEKLİNDE İŞARETLEYİNİZ.	ÖZELLİĞİM DEĞİL	ÇOK AZ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMEN
1. Arada bir başka bir insana vurma arzumu kontrol edemem.					
2. Yeterince kızdırtılırsam başka bir insana vurabilirim.					
3. Eğer biri bana vurursa, ben de ona vururum.					
4. Birçok insana göre biraz daha fazla kavgalara katılırım.					
5. Haklarımı korumam için şiddete başvurmam gerekirse, başvururum.					
6. Beni o kadar zorlayan insanlar olmuştur ki, kavgaya tutuştuk.					
7. Bir insana vurmak için iyi bir sebep düşünemiyorum.*					
8. Tanıdığım insanları tehdit ettim.					
9. O kadar kızdım ki, bir şeyleri kırdım.					
10. Arkadaşlarımla aynı fikirde olmadığımda onlara açıkça söylerim.					
11. Sıklıkla kendimi insanlarla tartışırken bulurum.					
12. İnsanlar sinirimi bozduklarında onlara haklarında ne düşündüğümü söyleyebilirim.					
13. İnsanlar benimle fikir ayrılığına düştüğünde münakaşaya girmekten kendimi alıkoyamam.					
14. Arkadaşlarım münakaşayı seven biri olduğumu söylerler.					
15. Çabuk parlar fakat çabuk sakinleşirim.					
16. Engellendiğimde kızgınlığımı gösteririm.					
17. Bazen kendimi patlamaya hazır barut fiçisi gibi hissederim.					
18. Ben sakin bir insanım.*					
19. Bazı arkadaşlarım asabi olduğumu düşünüyor.					
20. Bazen hiçbir sebep yokken tepem atar.					
21. Öfkemi kontrol etmekte zorluk çekerim.					
22. Bazen kıskançlık beni yiyip bitirir.					
23. Bazen hayatın bana adaletli davranmadığını hissederim.					
24. Fırsatlar her zaman diğer insanlardan yana gibi.					
25. Bazen niye bu kadar sert olduğumu merak ediyorum.					
26. “Arkadaşların”, arkamdan hakkımda konuştuklarını biliyorum.					
27. Fazla dostça davranan yabancılardan şüphelenirim.					
28. Bazen insanların arkamdan bana güldüklerini hissederim.					
29. İnsanlar özellikle nazik davrandıklarında, ne isteyeceklerini merak ederim.					

Açıklama: * Ters puanlanacak maddeler. Yedi nolu madde ölçekten çıkarılmıştır.

Ek 4. Travma Sonrası Kahırlanma Bozukluğu Öz Değerlendirme Ölçeği

Lütfen aşağıdaki cümleleri okuyup size hangi düzeyde uygun olduğuna göre işaretleyiniz. Cevaplarınızı satır atlamadan işaretleyiniz.

Geçen yıllar boyunca;

	Katılmıyorum	Çok az	Kısmen	Çok	Tamamen
1. Büyük ölçüde beni canımdan bezdiren ve inciten bir deneyim yaşadım.	0	1	2	3	4
2. Genel olarak ruhsal iyilik halimde kalıcı ve önemli bir olumsuz değişikliğe yol açan yaşantım oldu.	0	1	2	3	4
3. Çok haksız ve adaletsiz olarak nitelediğim ciddi bir olay yaşadım	0	1	2	3	4
4. Hakkında tekrar tekrar düşünmek zorunda kaldığım olumsuz bir olay yaşadım.	0	1	2	3	4
5. Hatırladıkça hala beni derinden üzen bir deneyimim oldu.	0	1	2	3	4
6. Beni intikam alma düşüncelerine iten bir yaşantım oldu.	0	1	2	3	4
7. Kendime kızmama ve suçlamama yol açan olumsuz bir yaşantım oldu.	0	1	2	3	4
8. “Çaba göstermeye veya uğraşmaya değmez” diye hissetmeme neden olan ciddi bir yaşam deneyimim oldu.	0	1	2	3	4
9. Beni mutsuz ve somurtkan yapan olumsuz bir yaşam deneyimim oldu.	0	1	2	3	4
10. Genel fiziksel sağlığımı bozacak kadar beni üzen bir yaşam deneyimim oldu.	0	1	2	3	4
11. Bana onu tekrar hatırlatacak kişiler ya da yerlerden kaçınmama neden olacak şiddette bir yaşam deneyimim oldu.	0	1	2	3	4
12. Beni çaresizlik ve güçsüzlük duygularına sürükleyen bir yaşam deneyimim oldu.	0	1	2	3	4
13. Bana bunları yaşatanların aynı duruma düşmelerini çok istememe neden olan bir yaşam deneyimim oldu.	0	1	2	3	4
14. Yaşama istek ve gücümün oldukça azalmasına yol açan bir yaşam deneyimim oldu.	0	1	2	3	4
15. Eskisinden daha kolay sinirlenen bir insan olmama yol açan bir yaşam deneyimim oldu.	0	1	2	3	4
16. Normal ruh haline dönmek için dikkatimi başka şeylere yönlendirmek zorunda kalmama yol açan bir yaşam deneyimim oldu.	0	1	2	3	4
17. Beni ailem ve kendi işlerimle eskisi gibi ilgilenemeyecek hale getiren bir yaşam deneyimim oldu	0	1	2	3	4
18. Beni sosyal aktivitelerimden ve arkadaşlarımla birlikte olmaktan alıkoyacak kadar ağır bir yaşam deneyimim oldu.	0	1	2	3	4
19. Acı veren hatıralarını sıklıkla hatırladığım bir yaşam deneyimim oldu.	0	1	2	3	4

Ek 5. Kısa Semptom Envanteri

Kısa Semptom Envanteri

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin SİZDE BU GÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0. Hiç yok 1. Biraz var 2. Orta derecede var 3. Epey var 4. Çok fazla var

Bu belirtiler son bir
haftadır sizde ne kadar
var?

1	İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2	Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
3	Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4	Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5	Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6	Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7	Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
8	Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
9	Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4
10	İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi	0	1	2	3	4
11	İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4
12	Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13	Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14	Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
15	İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4
16	Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
17	Hüzünlü, kederli hissetmek	0	1	2	3	4
18	Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4
19	Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4
20	Kolayca incinebilme, kırılmak	0	1	2	3	4
21	İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4
22	Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	0	1	2	3	4
23	Mide bozukluğu, bulantı	0	1	2	3	4
24	Diğerlerinin sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4
25	Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
26	Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27	Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4
28	Otobüs, metro, tren gibi umumi vasıtalarla	0	1	2	3	4

	seyahatlerden korkmak					
29	Nefes darlığı, nefessiz kalmak	0	1	2	3	4
30	Sıcak soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31	Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ve etkinliklerden uzak durmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32	Kafanızın 'bomboş' olması	0	1	2	3	4
33	Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34	Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
35	Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36	Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük	0	1	2	3	4
37	Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38	Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
39	Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40	Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
41	Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4
42	Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43	Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44	Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45	Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46	Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47	Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetmek	0	1	2	3	4
48	Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49	Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50	Kendini değersiz görmek / değersizlik duyguları	0	1	2	3	4
51	Eğer izin vererseniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52	Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53	Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

Ek 6. Etik Kurul

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
05.03.2019	5	2019/5-6	
Karar No: 2019/5-6 Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 05.03.2019 tarihinde Tıp Fakültesi Etik Kurul Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Prof. Dr. Süheyla ÜNAL'ın, sorumlu araştırmacı olduğu; İnönü Üniversitesi Arş. Grv. Dr. Bahar KILIÇ'ın, yardımcı araştırmacı olduğu; "Hayata Küsmeye Bozukluğunun Anksiyete Polikliniğine Başvuran Hastalardaki Yaygınlığı ve Klinik Gösterimleri " başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raporör raporu görüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; çalışmanın <u>etik açıdan uygun olduğuna;</u> oy birliği ile karar verilmiştir.			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı	KATILMADI	Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi		Prof. Dr. Yücel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi		Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi	