

Araştırma / Original article**Endüstriyel bir patlama sonrasında gelişen akut stres bozukluğu ve TSSB'deki sosyodemografik ve bilişsel risk etkenleri**İbrahim TAYMUR,¹ M. Hakan TÜRKÇAPAR,² Kadir ÖZDEL,³ A. Emre SARGIN,⁴ Lale ÇALIŞGAN,⁵ Erkut ZAMKI,⁶ Başak DEMİREL⁷**ÖZET**

Amaç: Şubat 2011'de Ankara'daki bir sanayi bölgesinde ölü ve yaralıların olduğu bir patlama gerçekleşmiştir. Çalışmanın amacı bu patlamaya maruz kalmış kişilerde akut stres bozukluğu (ASB) ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) oranlarının belirlenmesi, ASB veya TSSB gelişen kişilerin kişilik örüntüleriyle ilgili bilişsel inançlarının değerlendirilmesi ve böylece TSSB gelişmesinde risk etkeni olabilecek sosyodemografik ve bilişsel inançların saptanmasıdır. **Yöntem:** Çalışmaya, patlamanın gerçekleştiği iş yerine ait fabrika binası ve yakınındaki dört ayrı iş yerinde bulunan 197 kişi alınmıştır. Katılımcılara patlamadan sonraki birinci ayda sosyodemografik veri formu, Kişilik İnanç Ölçeği Kısa Türkçe Formu, klinisyen tarafından uygulanan TSSB Ölçeği uygulanmıştır. Katılımcıların psikiyatrik tanımlarını saptamak için, DSM-IV eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I) uygulanmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların %37.1'inde travmaya bağlı ASB, %13.7'sinde TSSB saptanmıştır. Majör depresif bozukluk öyküsüne sahip olma, travmada fiziksel zarar görme, ölen ve yaralananlar arasında tanıdık olması, olay yerinin merkezinde olma ve ölü görme TSSB gelişiminde risk etkeni olarak değerlendirilmiştir. TSSB gelişen bireylerde obsesif kompulsif kişilik inançları, ASB gelişen bireylerde çekingen kişilik inançları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. **Sonuç:** Patlama sonrasında ASB ve TSSB gibi psikopatolojiler yüksek oranda saptanmıştır. ASB için geçirilmiş yaygın anksiyete bozukluğu, TSSB için majör depresyon birlikteliği sıktır. Travma sonrası stresle ilişkili belirtiler gelişen kişilerde bağımlı ve obsesif kişilik özelliklerinin daha sık bulunduğu gözlenmiştir. Veriler ASB ve TSSB gelişiminde kişilikle ilgili özgül bazı inançların önemli olabileceğini göstermiştir. (*Anadolu Psikiyatri Derg 2012; 13:270-276*)

Anahtar sözcükler: Travma sonrası stres bozukluğu, bilişsel inançlar, endüstriyel patlama

Sociodemographic and cognitive risk factors for acute stress disorder and PTSD after an industrial explosion**ABSTRACT**

Objective: There have been deaths and casualties in an explosion which happened in an industrial region in Ankara in February 2011. The aim of this study is to determine the prevalence of acute stress disorder (ASD), and post-traumatic stress disorder (PTSD), to assess the cognitive beliefs about their personalities and to determine the sociodemographic variables and cognitive beliefs which can be the risk factors for PTSD. **Methods:** One hundred and ninety-seven individuals, who were present at the factory building where the explosion happened and at the four offices nearby, were included in the study. Sociodemographic information form, Personality and Belief Questionnaire-Short Version, clinician administered Post-Traumatic Stress Disorder Scale were applied to the participants one month after the explosion. The psychiatric assessments were done using the structured clinical interview for DSM-IV axis-1 disorders (SCID-I). **Results:** The prevalence of ASD and PTSD were 37.1% and 13.7% respectively. Having major depressive disorder before the incident, physical injury, acquaintances among the dead and the injured, being in the centre of the incident and seeing dead bodies were detected as risk factors for PTSD. Obsessive-compulsive personality beliefs in PTSD and avoidant personality beliefs in ASD were found higher statistically. **Conclusion:** ASD and PTSD was detected common after the explosion. Generalized anxiety disorder in the past for ASD, and major de-

¹ Uzm.Dr., ² Doç.Dr., Dışkapı Y.B. Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

³ Uzm.Dr., ⁵ Psikolog, ⁶ Arş.Gör.Dr., Etilik Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara

⁴ Uzm.Dr., Çankırı Devlet Hastanesi, Çankırı

⁷ Uzm.Dr., Isparta Devlet Hastanesi, Isparta

Yazışma adresi / Address for correspondence:

Uzm.Dr. İbrahim TAYMUR, Dışkapı Y.B. Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara/Türkiye

E-mail: dritay@yahoo.com

Geliş tarihi: 04.01.2012, Kabul tarihi: 21.04.2012

pression for PTSD were detected in the individuals. It was also determined that avoidant and obsessive personality traits were seen more common in the individuals who had symptoms related to post traumatic stress. It is important to detect the other psychopathologies, specific beliefs about personality and possible risk factors in the individuals who have PTSD and ASD for mental health protection. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2012; 13:270-276)

Key words: post-traumatic stress disorder, cognitive beliefs, industrial explosion

GİRİŞ

Travmatik olay kişinin gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma, kendisinin veya başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayı yaşaması, tanık olması veya öğrenmesi ve bu olaya karşı korku, dehşet, çaresizlik gibi tepkiler göstermesi olarak tanımlanır. Akut stres bozukluğu (ASB) ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) bu travmatik olaya karşı gelişen psikopatolojilerdir.¹

Yaşam boyu travmatik bir olayla karşılaşma olasılığı %21.4-89.6 arasında olmakla birlikte, travmaya maruz kalan kişilerin yalnız %15'inde TSSB gelişmektedir.^{2,3} TSSB'nin erişkinler arasında yaşam boyu yaygınlığı ise %7.8'dir.³ TSSB'ye %79 oranında en az bir diğer eksen I psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği bulunmuştur. Bunlar arasında en sık, %30-50 oranında majör depresif bozukluk (MDB) bulunmaktadır.⁴

Eksen II ile birlikteliğine yönelik çalışmalarda kişiliğin boyutsal değerlendirmesi, karakter stilleri ve karakter patolojilerine bakılmıştır.⁵ Kişilikle ilgili patolojiler TSSB'nin gidişinde, şiddetinde ve tedavisinde önemlidir.⁶

TSSB'nin gelişmesine yönelik kuramsal yaklaşımlar arasında bilişsel kuram önemli bir yere sahiptir ve bu kuramlara dayalı olarak geliştirilen bilişsel-davranışçı psikoterapi TSSB'de etkili bir yöntemdir.⁷⁻⁹ TSSB'nin bilişsel davranışçı kuramına göre kişinin tehdit algısının, tehdit sürekli imiş gibi sürmesi TSSB'ye yol açar. Bu algının sürmesinin nedeni, bireyin travma ve travmanın etkilerine ilişkin aşırı olumsuz değerlendirmeleri ve otobiyografik bellekteki bozulmadır.⁷

Bilişsel yaklaşım, akut travmanın sonrasındaki erken uyum döneminde işlevsel olmayan baş etme yöntemlerinin belirlenmesinin, daha sonra TSSB'nin gelişmesini engellemede faydalı olabileceğini vurgulamaktadır.¹⁰

Bilişsel psikopatoloji kuramlarına göre, uyum döneminin sorunlu yaşanması ve bireyin tehdit algısının sürmesinde kişinin kendisi ve dünya ile ilişkili olumsuz inançları, başka bir deyişle bilişsel şemaları önemli bir yere sahiptir.^{8,11} Bilişsel kuramda merkezi bir yer verilen bu bilişsel inanış ve şemalar psikoterapi sürecinde saptanabildiği gibi, bunları değerlendirmeye dönük olarak geliştirilmiş olan çeşitli ölçeklerle de saptanabilir.¹²

Bu çalışmada bireylerin travma sonrasında TSSB

geliştirmesine yol açan sosyodemografik ve bilişsel (inanış veya şemalar) risk etkenlerini saptamayı amaçladık. Bu amaçla yakın tarihte çevremizde gerçekleşen travmatik bir olayı yaşayan bireyleri örneklem olarak seçtik. Çalıştığımız bireylerin yaşadığı travmatik olayda (03.02.2011 günü Ankara'da sanayi bölgesinde meydana gelen patlama) resmi kaynaklara göre dokuz kişi öldü ve 27 kişi yaralandı. Bu patlamaya maruz kalan kişileri travmadan bir ay sonra değerlendirerek TSSB için risk oluşturabilecek sosyodemografik özellikler ve komorbid diğer psikiyatrik tanımlarla, TSSB için risk oluşturabilecek bilişsel inanışların belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmamızın varsayımı TSSB veya ASB geliştiren bireylerde psikiyatrik morbiditenin ve bu bireylerde işlevsel olmayan bilişsel inanışların daha fazla olacağı yönündedir.

YÖNTEM

Çalışmaya, patlamanın gerçekleştiği iş yerine ait fabrika binası ve yakınında bulunan dört ayrı iş yeri binasında bulunanlar arasından patlamaya işitsel ve görsel olarak maruz kalan ve patlama sonrası hayatta kalan tüm kişiler alınmıştır. Patlamaya maruz kaldığı belirlenen 245 kişiden sekizinin (%3.27) veri formlarını uygun biçimde doldurmadığı anlaşılmış, 40'ına (%16.32) ise ulaşılamamıştır. Böylelikle 197 (%80.4) kişinin verileri değerlendirilmiştir. Araştırma için S.B. Etik İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Çalışmaya alınmada gönüllülük temel alınmış ve katılımcılardan bilgilendirmeli onam alınmıştır. Görüşmeye katılabilecek zihinsel ve fiziksel yeterliliğe sahip olmadığı anlaşılan kişiler çalışmaya alınmamıştır. Katılımcılara iş yeri ve ev ziyaretleri aracılığı ile ulaşılmıştır. İş yerlerinde işverenin araştırmacılar için gösterdiği büro veya odalar kullanılmış, görüşmeler için asgari gizlilik koşulları sağlanmıştır. Görüşmelerin süresi katılımcı ve görüşmeciye göre değişmekle birlikte 45-60 dakika arasında sürmüştür. Belirtiler için süre ölçütleri patlamanın olduğu tarihten itibaren birinci ay itibarıyla değerlendirilmiştir. Veri toplama araçları katılımcılara iki psikiyatri uzmanı, üç psikiyatri asistanı ve bir psikolog tarafından uygulanmıştır.

Veri toplama araçları

Sosyodemografik Veri Formu: Tarafımızdan oluşturulan bu formda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, aylık gelir, ne kadar süredir bu iş yerinde çalıştığı, daha önce psikiyatrik bir

bozukluğunun olup olmadığı, bu bozukluktan dolayı psikotrop ilaç kullanıp kullanmadığı, olay yerinde bulunma nedeni, ölü veya yaralı görüp görmediği, olay yerinde tanıdık olup olmadığı, yaşamını kaybedenler arasında tanıdık olup olmadığı, olaya nasıl maruz kaldığı, fiziksel bir hasar olup olmadığı ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Fiziksel hasar yok, hafif ve ağır olarak değerlendirilmiştir. Beden bütünlüğünü etkileyen fiziksel hasarın olmaması 'fiziksel hasar yok', bir sağlık kuruluşunda gözlem gerektirmeyen hasarın olması 'hafif düzeyde fiziksel hasar' ve bir sağlık kuruluşunda gözlem altında tutulma veya yatarak tedavi görme 'ağır düzeyde fiziksel hasar' olarak tanımlanmıştır. Olaya nasıl maruz kaldığı, işitme ve deprem etkisi, işitme, görme ve deprem etkisi, olayın içinde bulunma biçiminde gruplandırılmıştır. Böyle bir sınıflandırma gereksiniminin nedenleri olayın tek bir fabrika içerisinde olması, diğer fabrikada çalışanların olayı bir patlama olarak işitmeleri, deprem benzeri bir sarsıntı olarak tanımlamaları ve bazı kişilerin de bu işitme ve deprem etkisi ile birlikte patlamayı görmüş olmalarıdır.

Kişilik İnanç Ölçeği-Kısa Türkçe Formu (KİO-KTF): KİO-KTF, kişinin kendisi, diğer insanlar ve dünyayla ilgili temel inanışlarını belirlemeye dönük ifadelerden oluşmaktadır. Ölçek formundaki her soru DSM'deki her kişilik bozukluğuna karşılık gelen çekingen, bağımlı, pasif-agresif, obsesif-kompulsif, antisosyal, özsever, histriyonik, şizoid ve paranoid tutumlar ve inanışlarla ilgilidir.¹³ Dokuz kişilik tipine ait toplam 65 madde içerir. Denekler her maddedeki ifadeleri okuduktan sonra bunun kendilerine ne kadar uyduğunu 0-4 (hiç inanmıyorumdan tamamiyle inanıyorum kadar) arasında işaretler. Ölçek kişilik bozukluğu olan bireylerin hem değerlendirilmesinde, hem de tedavisinde kullanılabilecek niteliktedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Taymur ve ark. tarafından yapılmıştır.¹⁴

Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Ölçeği (TSSB-Ö): Blake ve ark. tarafından geliştirilmiştir.¹⁵ TSSB belirtilerinin yaygınlık ve yoğunluğunu değerlendiren, şimdi ve yaşam boyu TSSB tanısı koydurabilen yapılandırılmış bir görüşmedir. TSSB belirtilerini 17 soru ile değerlendirir: Yeniden yaşantılama, kaçınma, küntleşme ve uyarılmışlık belirti kümelerini ayrı ayrı değerlendirme olanağı verir. Likert tipi ölçüm sağlayan bu ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Aker ve ark. tarafından yapılmıştır.¹⁶

Katılımcılar komorbid psikiyatrik bozukluklar açısından DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I) ile taranmıştır.¹⁷ ASB tanısı afetten sonraki ilk bir ayda SCID-I ve TSSB-Ö ölçütlerine göre değerlendirilmiştir.

İstatistiksel değerlendirme

Çalışmadan elde edilen tüm veriler bilgisayarda 'Statistical Packages for the Social Science' (SPSS) 11.5 istatistik programı kullanılarak analiz edildi. Tanımlayıcı istatistiksel analizler yapıldıktan sonra (frekans, yüzde dağılımı, ortalama±standart sapma) grupların kesikli değişkenler açısından farklı olup olmadığı Pearson ki-kare testi ve Fisher'in kesin ki-kare testi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks Test ile değerlendirildi. İkili karşılaştırmalarda parametrik varsayımlar karşılandığında Student-t testi, karşılanmadığında Mann-Whitney U testi kullanıldı. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Sosyodemografik özellikler

Patlamaya maruz kalan 197 kişi çalışmaya katılmıştır. Araştırmaya katılanların 144'ü erkek (%73.1), 53'ü kadın (%26.9); yaş aralığı 18-58 yaş olup yaş ortalaması 32.0 ± 8.16 yıldır. Katılımcıların %13.2'si ilköğretim, %23.4'ü ortaokul, %30.5'i lise ve %33.0'ı üniversite mezunu olarak bulunmuştur. Katılımcıların %39.6'sı bekar, %58.4'ü evlidir. Katılımcıların %25.9'unun aylık geliri 700 TL'den düşük, %48.7'sinin 700-1500 TL arasında, %25.4'ünün 2000 TL'den yüksek olarak bulunmuştur. Otuz dört kişi (%17.3) daha önce bir psikiyatrik bozukluk geçirdiğini, 23 kişi (%11.7) psikiyatrik bir tedavi gördüğünü belirtmiştir. TSSB olan ve olmayanların sosyodemografik verilere göre karşılaştırılması sonrasında, TSSB olanların düşük eğitim düzeyine sahip oldukları ve daha önce psikiyatrik bozukluk öyküsüne sahip olmanın yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla $\chi^2 = 11.46$, $p = 0.022$ ve $\chi^2 = 5.66$, $p = 0.017$).

Travmatik olaya bağlı olarak 166 (%84.3) kişinin fiziksel hasar görmediği, 24 (%12.2) kişinin hafif düzeyde ve yedi (%3.6) kişinin ağır düzeyde fiziksel hasar gördüğü belirlenmiştir. Yüz yedi (%54.3) kişi yaralı gördüğünü, 49 (%24.9) kişi ölü gördüğünü belirtmiştir. Çalışmaya katılan 197 kişiden 131'i (%66.5) işitme ve deprem etkisi ile; 36'sı (%18.3) işitme, görsel ve deprem etkisi ile; 30'u (%15.2) olayın içinde bulunarak travmaya maruz kalmıştır (Tablo 1).

Patlamadan sonraki birinci ayda yapılan psikiyatrik değerlendirmede 73 (%37.1) kişinin travmaya bağlı ASB yaşadığı saptanmıştır. Katılımcılara uygulanan CAPS sonucunda 27 (%13.7) kişide TSSB saptanmıştır. TSSB'si olanlar ve olmayanların karşılaştırılmasıyla, sırasıyla daha önceden başka bir psikiyatrik bozukluğunun olduğunu belirtenler (%33.3, %14.7), ölü görenler (%40.7,

Tablo 1. TSSB olan ve olmayanların patlamayla ilişkili sorulara verdikleri yanıtların karşılaştırılması

	TSSB olan		TSSB olmayan		Tüm katılımcılar		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yaralı görme								
Evet	18	66.7	89	52.4	107	54.3	1.92	0.165
Hayır	9	33.3	81	47.6	90	45.7		
Ölü görme								
Evet	11	40.7	38	22.4	49	24.9	4.22	0.040
Hayır	16	59.3	132	77.6	148	75.1		
Fiziksel hasar								
Yok	16	59.3	150	88.2	166	84.3	15.17	0.001
Hafif	8	29.6	16	9.4	24	12.2		
Ağır	3	11.1	4	2.4	7	3.6		
Ölü ve yaralıları arasında tanıdık								
Yok	15	55.6	136	80.0	151	76.6	7.78	0.005
Var	12	44.4	34	20.0	46	23.4		
Olaya şahit olma biçimi								
İşitme ve deprem	13	48.1	118	69.4	131	66.5	21.14	<0.001
İşitme, görme ve deprem	2	7.4	34	20.0	36	18.3		
Olayın içinde bulunma	12	44.4	18	10.6	30	15.2		

Tablo 2. SCID-I'e göre TSSB ve ASB olanlardaki ek psikiyatrik tanı oranları

	Tüm katılımcılar (s=197)		TSSB olanlar (s=27)		ASB olanlar (s=73)					
	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p	Sayı	%	χ^2	p
Majör depresyon	40	20.3	11	40.7	8.07	0.004	26	35.6	16.80	<0.001
Basit fobi	53	26.9	7	25.9	0.02	0.902	22	30.1	0.62	0.432
Yaygın anksiyete boz.	22	11.2	5	18.5	1.70	0.192	14	19.2	7.50	0.006
Obsesif kompulsif boz.	17	8.6	4	14.8	1.52	0.218	7	9.6	0.14	0.713
Sosyal fobi	18	9.1	1	3.7	1.11	0.292	7	9.6	0.02	0.866

%22.4), hafif ve ağır fiziksel hasar görenler (%39.7, %11.8), ölü ve yaralıları arasında tanıdığı olanlar (%44.4, %20.0), olayın içinde olanlar (%44.4, %10.6) anlamlı düzeyde yüksek ($p=0.017$, 0.040 , 0.001 , 0.005 , 0.000) bulunmuştur. TSSB gelişen ve gelişmeyenler bilgi formundaki özelliklere göre karşılaştırılmıştır (Tablo 1).

Tüm katılımcılara uygulanan SCID-I sonucunda, 91 (%46.2) kişiye herhangi bir psikiyatrik tanı konmamış; 55 (%27.9) kişiye bir psikiyatrik tanı, 28 kişiye (%14.2) iki psikiyatrik tanı, 23 (%11.7) kişiye üç ve daha çok sayıda psikiyatrik tanı konmuştur.

Yüz altı kişiye konan ek psikiyatrik bozuklukların kendi aralarındaki dağılımı şöyledir: Majör depresif bozukluk 40 (%20.3) kişi, basit fobi 53 (%26.9) kişi, yaygın anksiyete bozukluğu 22 (%11.2) kişi, obsesif kompulsif bozukluk 17 (%8.6) kişi ve sosyal fobi 18 (%9.1) kişi. TSSB olan ve olmayanlara SCID-I tanısı konup konmadığına göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Pearson ki-kare=0.246) (Tablo 2).

TSSB tanısı konan ve konmayanlar tüm psikiyatrik tanı dağılımları açısından değerlendirildiğinde, TSSB tanısı konanlarda konmayanlara göre majör depresif bozukluk sıklığı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0.004$). ASB olan ve olmayanlar tüm psikiyatrik tanı dağılımları açısından değerlendirildiğinde ise, ASB tanısı konanlarda konmayanlara göre majör depresif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu sıklığında anlamlı bir yükseklik bulunmuştur ($p=0.000$, $p=0.006$) (Tablo 2).

TSSB olanlar ve olmayanlar KİÖ-KTF'ye göre karşılaştırıldığında, TSSB olanlarda obsesif-kompulsif ($p=0.047$) kişilik inanışları TSSB olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksekken; antisosyal ($p=0.799$), özsever ($p=0.328$), histriyonik ($p=0.660$), şizoid ($p=0.337$), paranoid ($p=0.784$), çekingen ($p=0.267$), bağımlı ($p=0.407$), pasif-agresif ($p=0.600$) kişilik inanışları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 3).

ASB olanlar ve olmayanlar KİÖ-KTF'ye göre karşılaştırıldığında, ASB olanlarda bağımlı ($p=0.039$)

Tablo 3. ASB ve TSSB olan ve olmayanların Kişilik İnanç Ölçeği-Kısa Türkçe Formuna göre karşılaştırılması

	ASB var Ort.±SS	ASB yok Ort.±SS	p	TSSB var Ort.±SS	TSSB yok Ort.±SS	p	Tüm katılımcılar Ort.±SS
Obsesif-kompulsif	14.8±4.9	13.9±5.8	0.237	15.8±6.0	14.0±5.4	0.047	14.2±5.5
antisosyal	9.5±5.9	8.8±6.4	0.355	8.8±6.8	9.1±6.1	0.799	9.0±6.2
narsistik	8.7±4.8	7.8±5.0	0.141	9.1±5.8	8.0±4.8	0.328	8.1±4.9
histriyonik	6.8±4.6	6.1±5.9	0.098	6.7±5.5	6.3±5.4	0.660	6.3±5.4
şizoid	11.3±5.6	10.1±6.0	0.143	11.2±6.2	10.4±5.8	0.337	10.5±5.9
paranoid	9.8±5.4	9.0±6.4	0.296	9.4±5.5	9.3±6.1	0.784	9.3±6.0
Çekingen	12.8±4.7	12.1±6.5	0.455	13.2±5.2	12.2±6.0	0.267	12.4±5.9
bağımlı	7.6±4.7	6.3±5.1	0.039	7.6±5.4	6.7±4.9	0.407	6.8±5.0
Pasif-agresif	10.8±5.0	9.6±6.0	0.082	10.3±4.9	10.0±5.8	0.600	10.1±5.7

kişilik inanışları ASB olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksekken; obsesif-kompulsif ($p=0.237$), antisosyal ($p=0.355$), özsever ($p=0.141$), histriyonik ($p=0.098$), şizoid ($p=0.143$), paranoid ($p=0.296$), çekingen ($p=0.455$), pasif-agresif ($p=0.082$) kişilik inanışları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 3).

TARTIŞMA

Sanayi ve endüstrideki gelişmelerle birlikte bu alanlarda afetler yaşanabilmektedir. Ankara'daki sanayi bölgesinde meydana gelen patlama kişilerin psikososyal işlevleri üzerinde önemli etkide bulunmuş bir afettir. İnsanların yol açtığı veya teknolojik olayların neden olduğu afetlerdeki TSSB, doğal afetler sonrası oluşana göre daha fazla görülmektedir.¹⁸

Ankara'daki bu patlamanın değerlendirilmesi sonucunda ASB oranı %37.1, TSSB oranı %13.7 olarak bulunmuştur. Literatürde benzer olarak değerlendirilebilecek diğer afetlere bakıldığında, Piper Alpha Yakıt Platformu afetinde olaydan sonraki ilk üç ayda TSSB belirtileri %73 oranında, olaydan 10 yıl sonraki değerlendirmede TSSB %21 oranında saptanmıştır.¹⁹

Clapham demiryolu kazası sonrası hayatta kalanların değerlendirilmesi sonucunda travmatik olayla ilişkili stres belirtileri %40 oranında bulunmuş ve fiziksel hasarın şiddeti ile travmatik belirti şiddeti arasında ilişki saptanmıştır.²⁰ 1992 yılında gerçekleşen Bijlmermeer uçak kazasından altı ay sonra yapılan değerlendirmede hayatta kalanlarda TSSB oranı %26 olarak bulunmuştur.²¹ Birçok çalışmada afetler sonrasında TSSB gelişme oranı %30-60 arasında bildirilmiştir.¹⁸

Çalışmamızda TSSB gelişen 27 kişinin olaya tanıklık etme biçimlerine bakıldığında, 12'sinin (%44.4) olayın içinde travmaya maruz kaldıkları, 15'inin (%46.6) çevre işyerinde olaya iştirak, deprem ve görsel tanıklık ederek maruz kaldıkları

bulunmuş olup, olay yerinde bulunmanın TSSB gelişmesinde risk oluşturabileceği bulunmuştur ($p<0.001$). Olaya maruz kalma biçimi TSSB oranını önemli ölçüde etkilemektedir. 2004 yılında Madrid'deki tren istasyonunda meydana gelen bombalı saldırıda olay yerinde bulunanlarda TSSB oranı %44.1 iken, çevresindeki yerleşim alanlarında yaşayanlarda %12.3 olarak bulunmuştur.²²

Çalışmamızda hastaların psikiyatrik bozukluk öyküsünün olmasının TSSB gelişmesinde risk etkeni olabileceği değerlendirildi. Psikiyatrik muayene ve SCID-I uygulaması sonrasında, yalnız MDB'ye sahip olmanın TSSB'nin gelişmesinde risk etkeni olabileceği bulunmuştur ($p=0.004$). ASB için ise, MDB ve yaygınlaşmış anksiyete bozukluğunun risk etkeni olabileceği bulunmuştur ($p=0.001$, $p=0.006$). Çalışmamızda TSSB olanların %40.7'sinde MDB birlikteliği saptanmıştır. Bu konu ile ilgili geniş ölçekli çalışmalarda MDB ve TSSB birlikteliği %30-50 arasında bulunmuştur.^{3,4}

TSSB ve depresyonun birlikteliğine yönelik açıklamalarda ortak genetik ve çevresel yatkınlıklarla birlikte benlik saygısı, yeterlilik duygusu, kendilik duygusu gibi alanlardaki negatif inançlar önemli ortak özelliklerdir.^{23,24}

Eşsizoglu ve ark., Türkiye'de, bombalı saldırıya maruz kalmış kişilerde psikiyatrik bozukluk öyküsüne sahip olmanın TSSB gelişmesi açısından risk etkeni olduğunu bulmuştur.²⁵

Çalışmamıza katılanlar arasında fiziksel hasara maruz kalma, ölü görme ve ölü ve yaralıları arasında tanıdığına olması TSSB gelişmesine katkıda bulunabilecek risk etkenleri olarak bulunmuştur ($p=0.001$, $p=0.040$, $p=0.005$). Bu etkenler travmanın şiddeti ile doğrudan bağlantılı görünmektedir. 1998 yılında 220 kişinin ölümüne neden olan Nairobi'deki patlama ile ilgili büyük örneklemli çalışmada olayı görme, olayda bir yakının kaybı, yaralanma gibi etkenler TSSB gelişmesinde risk etkeni olarak değerlendirilmiştir.²⁶ Literatürde, travmanın

şiddeti ile TSSB gelişme sıklığı ve travma belirtileri arasında ilişki olduğu gösterilmiştir.^{18,27}

Çalışmamızda, TSSB olan ve olmayanlarda KiÖ-KTF sonuçları karşılaştırıldığında, yalnız obsesif kompulsif kişilik inanışları anlamlı sayılabilecek düzeyde farklılık göstermiştir ($p=0.047$). ASB yaşayanlarda ise bağımlı kişilik inanışlarının anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p=0.039$). Çalışmamız, travmatik bir olaya maruz kalmış bir örneklem grubunda kişiliğe ait bilişsel inanışların değerlendirildiği ilk çalışma özelliği taşımaktadır. KiÖ-KTF, bilişsel-davranışçı kurama göre kişilik bozukluklarına özgü işlevsel olmayan bilişsel inanışların olup olmadığı ve varsa şiddetinin belirlenmesine yönelik olarak geliştirilmiştir. İşlevsel olmayan bilişsel inanışlara yönelik çalışmalarda, TSSB ile anlamlı ilişkisinin olduğu gösterilmiştir.²⁸

Alport, kişiliği bireyin çevreye uyumunu sağlayan dinamik bir yapı olarak tanımlamıştır.²⁹ Bandura'nın sosyal bilişsel kuramının temel kavramlarından olan öz etkinliğin (self-efficacy) fiziksel travma sonrasında oluşabilecek psikiyatrik bozukluklarla yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir.¹⁰ Öz etkinlik, kişinin çevre üzerindeki etkisine ilişkin algısıyla ilgili bilişsel yapıdır ve kişinin çeşitli eylemleri gerçekleştirme açısından kendi kapasitesine ilişkin tahminidir; bir anlamda kendi gücünü nasıl gördüğüdür. Bir kişi belli bir işi yapabileceğine inanıyorsa, öz etkinlik düzeyi yüksek; inanmıyorsa, öz etkinlik düzeyi düşüktür. Sümer ve ark., 1999 Marmara Depreminde hayatta kalanlarda öz etkinlik düzeyinin TSSB'nin başlangıcını engelleyici değişkenlerden biri olduğunu göstermiştir.³⁰

TSSB bilişlerinin belirlenmesine yönelik geliştirilen Travma Sonrası Kognisyon Envanterinde (Post-traumatic Cognitions Inventory-PTCI), kendisi ile ilgili olumsuz inanışlar, dünya ile ilgili olumsuz inanışlar ve kendini suçlama düşünceleri değerlendirilmekte olup bu inanışların TSSB gelişmesinde ve kronikleşmesinde önemli yere sahip olduğu gösterilmiştir.^{31,32}

Bollinger ve ark., TSSB olan bireylerdeki kişilik bozukluklarını incelemiş ve %79.4'ünün en az bir kişilik bozukluğuna sahip olduğunu; en sık görülenlerin çekingen (%47.2), paranoid (%46.2), obsesif kompulsif (%28.3) ve antisosyal (%15.1) kişilik bozuklukları olduğunu saptamıştır. Bu çalışmada, TSSB olanlarda obsesif kompulsif kişilik bozukluğu görülmesinin, bu tür davranış biçiminin

savaş veya karmaşa gibi ortamlarda bireyin kuralları ve ayrıntılara aşırı dikkat etmesinin yaşamını kurtarabilecek ve düzenli bir yaşam sürdürebilecek uyumsal bir davranış olabileceği öne sürülmüştür.³³ Bir diğer çalışmada, çekingen kişilik bozukluğu davranış biçiminin potansiyel tehlike ve çatışma olasılığını en aza indirmenin bir yolu olduğuna dikkat çekilmiştir.⁵

Bizim çalışmamızda ASD'de bağımlılıkla bağlantılı kişilik inanışlarının yüksek olması, bağımlı kişiliğin temel inanışı olan bu dünyanın tehlikeli olduğuna ilişkin inanışların travmayla aktive olması biçiminde yorumlanabilir. TSSB gelişenlerde obsesif kişilik inanışlarının daha yüksek oranda görülmesi, bu kişilik yapısının temel inanışı olan kontrolsüzlüğe ilişkin inanışların travmanın ani ve kontrol edilemez doğasıyla aktive olmasıyla açıklanabilir.³⁴

Bu çalışmanın kısıtlılıklarından birincisi, travmanın özgül doğası gereği bu araştırmanın bulguları tüm ASB ve TSSB olgularına genellemez. İkinci olarak ASB ve TSSB tanılarında temel belirleyici süredir. ASB yaşayan kişilerden TSSB geliştirenlerin inanış nitelikleri daha uzun süreli izlemin yapıldığı bir çalışmada değerlendirilmelidir. Son olarak her ne kadar kişilik inanışları ölçeğinin zamansal açıdan stabil olduğu gösterilmiş olsa da, bu bulgular bireylerin travma öncesi durumlarını tam bir kesinlikle göstermez.

Sonuç olarak, çalışmamız endüstriyel afet olarak nitelendirilen bir patlamayla ilgilidir. Bu alanda yapılmış bir alan çalışmasının olması ve benzer çalışmaların çok az olması göz önüne alındığında önemli olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda TSSB'nin oranı ve oluşmasındaki gözlemlenen risk etkenleri önceki çalışmalarla benzerdir. Bulgularımıza göre, bağımlılıkla ilgili ve obsesif kompulsif kişilik inanışlarının ASB ve TSSB'nin gelişmesinde rol oynayabileceği akla gelmektedir. Travma sonrası ortaya çıkan stresle ilişkili belirtiler için özgül bilişsel unsurların saptanması, bu bozuklukların tedavisine ve önlenmesine önemli katkı sağlayacaktır. Eşlik eden kişilik özellikleri, psikiyatrik bozukluklar ve risk etkenlerinin belirlenmesi TSSB'nin tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Bu ve benzer afetler sonucunda etkilenen bireylerin tedavi için başvurularının az olması göz önüne alındığında, geniş kapsamlı değerlendirilmeleri, izleme ve tedavilerinin uzun süreli yapılmasının gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. DSM-IV Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Dördüncü baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği,

Washington DC, 1994, E Köroğlu (Çev.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995, s.565-577.

2. Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101:46-59.
3. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:1048-1060.
4. Davidson JR, Hughes D, Blazer DG, George LK. Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychol Med* 1991; 21:713-721.
5. Southwick SM, Yehuda R, Giller EL Jr. Personality disorders in treatment-seeking combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1020-1023.
6. Horowitz MJ, Wilner N, Kaltreider N, Alvarez W. Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37:85-92.
7. Ehlers A, Clark D. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 2000; 38:319-345.
8. Foa EB, Rothbaum BO. Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD. New York, Guilford Press, 1998.
9. Brewin CR, Dalgleish T, Joseph S. A dual representation theory of post traumatic stress disorder. *Psychol Rev* 1996; 103:670-686.
10. Flatten G, Wälte D, Perltz V. Self-efficacy in acutely traumatized patients and the risk of developing a posttraumatic stress syndrome. *Psychosoc Med* 2008; 5:5:1-8.
11. Janoff-Bulman, R. Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. New York, Free Press, 1992.
12. Beck AT, Beck JS. The Personality Belief Questionnaire. Unpublished assessment instrument. The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research, Bala Cynwyd, Pennsylvania, 1991.
13. Butler AC, Cohen LH, Beck AT. The Personality Belief Questionnaire-Short Form: development and preliminary findings. *Cogn Ther Res* 2007; 31:357-370.
14. Taymur İ, Türkçapar MH, Örsel S, Sargın AE, Akkoynulu S. Kişilik İnanç Ölçeği-Kısa Formunun (KİÖ-KTF) Türkçe çevirisinin üniversite öğrencilerinde geçerlilik, güvenirliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2011; 14:199-209.
15. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM. The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress* 1995; 8:75-90.
16. Aker AT, Özeren M, Başoğlu M. Klinisyen tarafından uygulanan travma sonrası stres bozukluğu ölçeği: (TSSB-Ö) geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999; 10:286-293.
17. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinical Version. Washington DC, American Psychiatric Press, 1997.
18. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol Res* 2005; 27:78-91.
19. Hull AM, Alexander DA, Klein S. Survivors of the Piper Alpha oil platform disaster: long-term follow-up study. *Br J Psychiatry* 2002; 181:433-438.
20. Selly C, King E, Peveler R, Osola K, Martin N, Thompson C. Post-traumatic stress disorder symptoms and the Clapham rail accident. *Br J Psychiatry* 1997; 171:478-482.
21. Carlier IV, Gersons BP. Stress reactions in disaster victims following the Bijlmermeer plane crash. *J Trauma Stress* 1997; 10:329-335.
22. Gabriel R, Ferrando L, Cortón ES, Mingote C, García-Camba E, Liria AF, et al. Psychopathological consequences after a terrorist attack: an epidemiological study among victims, the general population, and police officers. *Eur Psychiatry* 2007; 22:339-346.
23. Quarantini LC, Netto LR, Andrade-Nascimento M, Almeida AG, Sampaio AS, Miranda-Scippa A, et al. Comorbid mood and anxiety disorders in victims of violence with posttraumatic stress disorder. *Rev Bras Psiquiatr* 2009; 31(Suppl.2):S66-S76.
24. Nixon RD, Resick PA, Nishith P. An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder. *J Affect Disord* 2004; 82:315-320.
25. Eşsizoglu A, Yaşan A, Bülbül İ, Önal S, Yıldırım EA, Aker T. Bir terörist saldırı sonrasında travma sonrası stres bozukluğu gelişimini etkileyen risk faktörleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009; 20:118-126.
26. Njenga FG, Nicholls PJ, Nyamai C, Kigamwa P, Davidson JR. Post-traumatic stress after terrorist attack: psychological reactions following the US embassy bombing in Nairobi: Naturalistic study. *Br J Psychiatry* 2004; 185:328-333.
27. Yule W, Bolton D, Udwin O. The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: I. The incidence and course of PTSD. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41:503-511.
28. Bennett SA, Beck JG, Clapp JD. Understanding the relationship between posttraumatic stress disorder and trauma cognitions: The impact of thought control strategies. *Behav Res Ther* 2009; 47:1018-1023.
29. Cloninger CR, Svrakic DM. Personality disorders. BJ Sadock, VA Sadock (Eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, seventh ed., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000, p.1723-1764.
30. Sumer N, Karanci AN, Berument SK, Gunes H. Personal resources, coping self-efficacy, and quake exposure as predictors of psychological distress following the 1999 earthquake in Turkey. *J Trauma Stress* 2005; 18:331-342.
31. Foa EB, Ehlers A, Clark DM, Tolin DF, Orsillo SM. The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): development and validation. *Psychol Assess* 1999; 11:303-314.
32. Yetkiner DY. Posttraumatic Cognitions Inventory (Travma Sonrası Bilişler Ölçeği) Türkçe Uyarlama ve Üniversite Öğrencileri Üzerinde Geçerlik Güvenirlik Çalışması. Yayınlanmamış Tez, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli, 2010.
33. Bollinger AR, Riggs DS, Blake DD, Ruzek JI. Prevalence of personality disorders among combat veterans with posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 2000; 13:255-270.
34. Beck AT, Freeman A, Davis DD, and associates (Eds.). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Second ed., New York, Guilford Press, 2004.