

MARMARA DEPREMİ İKİ AY SONRASINDA ŞİRİNKÖY ÇADIRKENTİNDE POSTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU YAYGINLIĞI

Dr. Sürel KARABİLĞİN* Doç. Dr. İnci DOĞANER** Uz. Psk. Umut SEYFİOĞLU***
Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU**** Dr. Adile ÖNİZ***** Dr. Habibe GÜNEŞ*****

AMAÇ: Gölcük Şirinköy Çadırkentinde yaşayan 15 yaş üstü kişilerde 17 Ağustos Depreminden 2 ay sonrasında Posttravmatik Stres Bozukluğu, Geçirilmiş Akut Stres Bozukluğu tanısının yaygınlığının saptanması, tanıyla bağlantılı bazı özelliklerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Depremden 2 ay sonra, alanda yaşayan 15 yaş üstü 526 kişiden oluşan gruptan 365'ine (%69.4) ulaşılarak görüşülmüştür. Sosyodemografik özellikleri, depremden etkilenme ile ilgili bazı bilgileri, DSM-IV ölçütlerine göre ASB ve PTSB tanılarını araştıran sorular içeren anket aracılığıyla toplanan veriler SPSS 8.0 bilgisayar istatistik programıyla değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Görüşülen kişilerin % 35.9'u tanı almıştır. Bu grubun içinde %4.4 olan iyileşmiş ASB de vardır. DSM-IV ölçütlerine göre ilk ay içinde görüşüldüğünde sadece nonspesifik uyum bozukluğu tanısı alabilecek olan % 12.9'luk bir grubun şimdi PTSB tanısı alıyor olduğu dikkat çekicidir. Eşikaltı durumlar da ele alındığında topluluğun % 86'sının olaydan belirgin biçimde hala etkilenmiş durumda olduğu göze çarpmaktadır. Olaya ilişkin yineleyici görüntüler yaşama % 81.6, % 74.4 oranında bedensel ve fizyolojik belirti varlığı, % 52.1 uyku sorunu varlığı söz konusudur.

Kadınların, dul ve boşanmışların, daha önce psikiyatrik tedavi görenlerin anlamlı derecede yüksek oranda tanı aldıkları; tanı alanlarda daha yüksek oranda sigaraya başlama olduğu, çadırkentte daha uzun süredir kalanlarda tanı alma oranının daha düşük olduğu; deprem öncesi çalışan kesimde hastalanmanın daha az olduğu; bununla birlikte şimdiki çalışma durumunda anlamlı bir düşüş olduğu bulgulandı. Tanı alanlar daha yüksek oranda profesyonel yardım arayışı göstermişlerdi.

SONUÇ: Doğal afetler sonrasında yüksek oranda ruhsal sorun görülmektedir. Ruh sağlığı uzmanları ve birinci basamak çalışanlarının travmaya özgü sorunlar konusunda donanımlı olması ve toplumda önleyici ve eğitici çalışmalara ağırlık vermesi önem taşımaktadır.

THE PREVALANCE OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN ŞİRİNKÖY TENT-CAMP TWO MONTHS AFTER FROM THE MARMARA EARTHQUAKE

Sürel KARABİLGİN, M.D., İnci DOĞANER, Ass. Prof. of Psychiatry, Umut SEYFİOĞLU Ph.D, Aliye MANDIRACIOĞLU, M.D, . Adile ÖNİZ, M.D, Habibe GÜNEŞ, M.D

OBJECTIVE: The present study aimed to find out the prevalence of current posttraumatic stress disorder (PTSD) and past Acute Stress Disorder (ASD) in Gölcük, Şirinköy Tent-Camp two months after from the Marmara Earthquake. In addition, some of the risk factors related to these diagnosis are looked after.

METHOD: Two months after the earthquake we investigated 365 (69.4 %) of 526 people who are over 15 years old, living in the Şirinköy tent-camp city. The questionnaire included DSM-IV criteria based questions for the diagnosis of posttraumatic stress disorder and recovered acute stress disorder. There were also questions to get information about the sociodemographic situation and other properties of the population which might be related to traumatic experience and diagnosis.

RESULTS: Of the population, 35.9 % received diagnosis . In this group, 4.4 % of total, which received the diagnosis of Acute Stress Disorder recovered is included. It's worthwhile to mention about 12.9 % of the sample group which would not receive diagnosis according to DSM-IV criteria if the diagnosis was given in the first month. When subthreshold diagnosis included, 86 % of the population was sincerely effected by the earthquake. Recurrent images, somatic complaints and insomnia were common complaints after the disaster.

Being woman; being divorced or widowed,; having a history of psychiatric treatment were significantly related to current PTSD diagnosis. Current diagnosis was also related with starting smoking. People who stayed in the tent-camp more than 1 month received the diagnosis less then the other groups. The ones who were working before the earthquake, were statistically less effected; and the rate of working dropped significantly after the event. Ones who received diagnosis, asked or professional help higher then the other group.

CONCLUSION: Psychiatric problems are widespread after traumatic experiences, one of which is the natural disaster. It will probably be preventive if early interventions become possible.

-
- Thanks to İzmir Psiyatri Derneği, İzmir Tabip Odası, İzmir Özel Psikoterapi Merkezi for their financial support. We thank to all the other interviewers:
-

GİRİŞ

Depremlere Özgü Bazı Özellikler

Onyedici Ağustos 1999'da yaşanan Marmara Depremi, 12 Kasım Düzce Depremi ve ardçı depremler, sebep oldukları yıkım ve kayıpların şiddeti nedeniyle, büyük bir acı kaynağı olarak tarihimizde yer almışlardır. Bu doğa kaynaklı travmaya, yetersiz donanım ve yetersiz hazırlık gibi insan kaynaklı öğeler de eklenmiş olduğundan, olay karmaşıklaşmış, çözümü daha güçleşmiştir.

Yıkıcı depremler sık olan ve ekonomik, toplumsal, tıbbi ve psikolojik yönlerden çok sayıda insanı etkileyen sorunlardır. McCaughey ve Llewellyn (1995)'in derlediği bilgilerden alıntı yaparak söyleyecek olursak, dünyada her yıl küçük sarsıntıları da sayarsak 5 000 000 sarsıntı olmaktadır (1). Tarih boyunca çok sayıda kişinin ölümüne sebep olan büyük depremler olmuştur. Örneğin Antioch'ta MS 526'da 260 000 kişi, 1556'da Çin'de 800 000 kişi, Kalküta'da 1737'de 300 000 kişi 1920'de Çin'de 200 000 kişi, 1923'te Japonya'da 93 000 kişi, 1976'da Guetamala'da 25 000 kişi, 1976'da Çin'de 800 000 kişi, 1906'da San Francisco'da 700 kişi, 1985'te Mexico City'de 10 000 kişi, 1989'da İran'da 40 000 kişi, 1988'de Ermenistan'da 25 000 kişi, depremde ölmüştür (1).

Marmara Depreminde ölen sayısı ile ilgili resmi rakamlar 15 000 - 20 000 civarında iken, medyaya yansıyan dolaylı bilgiler ışığında bu rakamın 40 000'e ulaştığı sanılmaktadır (2).

Öngörülmezliği, aniden oluşu, yoğunluğu, denetlenemezliği, geniş alanları yıkma gücü, sadece sonuçlarının görülür olması, tüm duyuları etkileyişi, ardçılarla karakterize sürekliliği nedenleriyle deprem, doğal felaketler arasında en çok korku duyulanlardandır. Ülkemiz depreme alışkın bir ülke olmasına karşın, deprem kuşaklarında yüksek oranda yeniden yapılanma görülen bir ülkedir. Marmara bölgesi nüfus yoğunluğu yüksek, gelişmiş bir sanayi bölgesidir. Bölge, doğudan göçe açık bir bölgedir.

Doğal Afetlerin Psikolojik Etkileri ve Yol Açtığı Ruhsal Bozukluklar

Felaketler ve travma ile birlikte süreklilik ve düzenlilik gösterdiğine inandığımız dünyaya ilişkin bu büyüsel yanılgımız yıkılır. Gerçek kırılganlığımız, çaresizliğimiz ve gerçek dünyanın acımasızlığı ortaya çıkar. Üstünde durduğumuz zemin, yaşamımızı dayandırdığımız duygu, düşünce ve inançlar, değerler sarsılır. Büyük bir deprem özgöl olarak temel güven duygusunu, yani insanın en temel ruhsal gereksinimini sarsan bir travmadır.

Doğal afetler sonrasında karşılaşılan belli başlı psikiyatrik bozukluklar, kafa travması, dehidratasyon, enfeksiyon gibi fiziksel durumlara eklenebilecek organik ruhsal bozukluklar, yas,

major depresyon, uyum bozukluğu, akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, aile içi şiddet, madde kullanım bozuklukları, somatizasyon bozukluğu, konversiyon bozukluğudur(3). Ayrıca, kişinin öyküsünde gösterilen ya da gösterilemeyen herhangi bir ruhsal bozukluğun ortaya çıkışı ya da alevlenmesi, travmatik faktörle ilişkili olarak kolaylaşabilir.

Travmaya Özgü Bozukluk/ Bozukluklar: Tanısal Kavramların Tarihsel Gelişimi

Travmatik olaylar, ruhsal bozukluk oluşumu açısından, içsel yatkınlık ile dışsal olay arasındaki ilişkilerin incelenebileceği özel bir araştırma alanı oluşturmaktadır. Travmatik olayın özgül ya da özgül olmayan ruhsal sorunlara yol açışındaki ara etkenlerin belirlenmesi çabası travma çalışmalarına özel bir anlam katmaktadır.

Travmaya özgü ruhsal bozukluklar, çağa özgü kavrayışlarla tanı sınıflamalarına girip yeniden tanımlanmaktadır. Günümüz çalışmalarının en temel sorunsallarından birisi, “olağan” uyumlandırıcı yanıtlar olarak mı travmaya özgü yanıtlar gibi görünen tepkiler ortaya çıktığını, ya da bireydeki yatkınlık tarafından belirlenen ve görece olarak özgül olmadığı söylenebilecek ruhsal bozuklukları mı hazırladığıdır. Bu durum yaşla ilgili sorunsala da benzerlik gösterir. Yakın birinin kaybıyla ilgili tepkiler ne zaman ve hangi durumda olağan bir tepki, ne zaman sağaltım odağı olacak bir bozukluk sayılmalıdır sorusuna aranan yanıtlar travma tepkileri için de geçerlidir.

Travma, Homer destanlarından başlayıp, Sheakespeare’e dek gelen çizgi içinde insan ruhundaki etkileri yönünden yazılı tarihte yerini almıştır. Bilimsel tanımlara travmaya özgü tepkilerin girişi, organik/ruhsal etiyoloji tartışmaları içinde olmuştur. Van der Kolk ve arkadaşlarının (1996) kapsamlı incelemesi, tanıyı, İngiliz cerrah John Eric Erichsen’in 1866’daki “demiryolu omuriliğine” dek götürmektedir (4). Erichsen, organik zedelenme diye tanımladığı durumu histeriyle karıştırmamak gerektiğini yazmıştır. Meslektaşları bir başka cerrah Page (1885) bu adla anılan sendromun tamamen psikolojik olduğunu belirtmektedir. Alman nörolog Herman Oppenheim (1889) organik ağırlıklı bir model ile travmatize kişilerde sık görülen fonksiyonel kardiyak belirtilerin santral sinir sistemindeki mikro düzey değişikliklere bağlı olduğunu öne sürmüştür, savaş başta olmak üzere travmadan sonra ortaya çıkan belirtilere travmatik nevroz, “kardiyak nevroz” isimlerini vermiştir. Myers’in ve Da Costa’nın 1870’lerde kullandığı “asker kalbi”(shoulder’s heart) terimlerine öncülük etmiştir. Bu tanımlamalar I. Dünya Savaşı’nda askerlerde rastlanan sorunların tanımında kullanılan “nörosirkülatuar asteni”, “mermi şoku” (shell shock) adlarına uzanmıştır. Mermi şoku adıyla savaş askerlerinin yaşadığı belirtileri duygusal kökenli olarak kavramlaştıran ve histeri ile koşutluk kuran İngiliz askeri psikiyatrist Charles Samuel Myers, travmaya bağlı tepkilerin bir hastalık olarak kavramlaştırılmasa büyük katkıları olmuş bir hekimdir. Sivil koşullardaki travmatik nevrozlar ise Putnam (1881) tarafından olduğu gibi daha önceki işlevselliğe regresyon olarak yorumlanmıştır. Putnam, çağdaşı Fransız Janet’le ilişki içindedir; Janet (1889) doktora tezinde travma ile psikolojik otomatizm arasındaki ilişkiyi incelemektedir.

Psikolojik travma ile histeri arasındaki ilişki, psikolojinin bilimsel bir disiplin olma çabası ile birlikte gündeme girmiştir. Briquet, çocukluk travmaları ile histeri arasında bağı ilk

kuranlardandır. Büyük nörolog Charcot, travmanın yarattığı otomatizm ve disosiasyondan ilk söz edenlerden ve Janet ve Freud'un çalışmalarını dayandırdığı verileri ilk hazırlayanlardandır.

Histerik hastalarda bunun kökeninde travma öyküsünün bulunduğunu öne süren Janet, yoğun travma ve duygu altında bireylerin bu ürkütücü deneyimi bilişsel şemalarıyla uydurmakta yetersiz kaldığından ve sonuç olarak bu anıların bilinç alanından ve istemli denetim gücü alanından bölünüp çözüldüğünü (disosiasyon) öne sürmüştür. Başlangıçta travmatik köken konusunda benzer görüşlerle yola çıkan Freud daha sonra "Histerinin Etiyolojisi" makalesi ile birlikte ilk kez disosiasyonu travmayla ilgili bir fenomen olarak tanımlamaktan vazgeçip nevrozların kökeninde bastırılmış dürtüsel arzuların olduğundan söz etmiştir. Yani Freud'a göre gerçek anılar değil, kabul edilemez doğadaki cinsel ve agresif dürtüler bilinçten çözümlenip uzaklaştırılmaktadır çünkü bu dürtüler egoyu tehdit etmektedir ve bilinçli farkındalığa karşı savunmaları tetiklemektedir (4). Bu şekilde içsel gerçekliğe yönelmesiyle birlikte gerçek yaşam travmaları fantaziler adına ihmale uğramıştır(3). Bu yaklaşım uzun süre psikiyatride gerçek travmaların etkilerinin ihmal edilmesiyle sonuçlanmıştır. Öte yandan, Babinskinin Charcot'un Salpatrie'deki yerini almasıyla birlikte histeri ile simulasyon arasındaki sınırlar belirsizleşmiş; savaş nevrozları dahil pek çok travmatik ruhsal sorun "istekle denetlenebilir", simulasyon kaynaklı muamele görmüştür.

Daha sonraki yıllarda savaş nevrozlarına ilişkin gözlemlerini birleştirirken Freud iki ayrı travma modeli öne sürmüştür: dayanılmaz durum ve kabul edilemez dürtü. Psikoanalitik kuramın kabulüyle birlikte psikoanalitik literatürde çocukların yaşamlarında gerçek travmaların etkisinin araştırılmasının tamamen yok olduğu göze çarpmaktadır. Tek istisna olan Ferenczi'nin şiddete maruz kalan çocuğun durumuna ilişkin yazısı da yazıldıktan 20 yıl sonra o öldükten 17 yıl sonra, 1949'da yayınlanmıştır (Masson, 1984).

Klinik dışı koşullarda felaket psikolojisine odaklanan ilk kişi Edouard Stierlin (1907) bir maden kazasının ve İtalya Mesina depreminin etkilerini araştırmıştır. Yetmiş bin kişinin öldüğü depremde sağkalanların %25'inde uyku bozukluğu ve kabusların varlığını belirlemiş; durumun korku duygusu kaynaklı yönüne vurgu yapmıştır. Psikopatolojik yatkınlığın gerekmediğine ilişkin yaptığı vurgu çok önemlidir.

Almanya'daki Nazi dönemi öncesinden başlayan süreç içinde kalıtsal yatkınlık faktörü bir dogma oluşturmuştur.

İkinci Dünya Savaşı deneyimi ile birlikte travma konusundaki gözlemlerini genişleterek bütünleştiren en önemli kişi, Abram Kardiner olmuştur. Kardiner travmatik nevrozdan acı çekenlerin aşırı uyanıklık ve duyarlılık içinde olduklarını ve bu nevrozun çekirdiğinde fizyonevrozun bulunduğunu belirtmiş ve 20 yüzyılın geri kalanında tanımlanan PTSD'yi temellendirmiştir.

İkinci Dünya Savaşı ve Toplama kampı sağ kalanlarının yaşadıkları onlarla özdeşleşen ya da kendileri travma kurbanlarından sağkalanlara dönüşebilen araştırmacılar olmuştur (3).

1895-1974 arasında travma merkezli çalışmaların çoğu beyaz erkekler ile ilgili iken, 1974'de ilk kez Ann Burgess ve Linda Holstrom kadınlarda tecavüze uğrama sonucu gelişen tecavüz travması sendromunu tanımlamışlardır. Daha sonra çocuklar ve kadınlarda şiddet, kötüye kullanım travmaları ilgi odağına girmiştir. PTSD'nin DSM-III'de tanı kategorisi olarak yer almasında en çok etkisi olanlardan birisi Sarah Haley, hem ağır bir savaş nevrozu olan birinin kızı, hem de kendisi bir inest kurbanıdır (3) Vietnam Savaşı etkileri 1970'lerden itibaren güncel tanımlamalara öncülük eden tanımlamaların kaynak noktasını oluşturmuştur.

1948'de Dünya Sağlık Örgütü ICD-6 ile ruhsal bozuklukları ve PTSD prototipi olarak akut durumsal bozuk uyumu (acute situational maladjustment) içerdi. DSM I (1952) de belirgin stres tepkisi (gross stress reaction), erişkin durumsal tepkisi, geçici durumsal kişilik çalkalanması, uyum bozukluğu kategorileri strese özgü durmları tanımlıyordu. İki sınıflamada da temel varsayımlar daha önce psikopatolojisi olmayan kişilerde olan tepkiler olduğuydu (5) DSM II ve ICD-8'in her ikisinde de geçici durumsal çalkalanma adları kullanıldı. ICD 10(Who, 1992) ve DSM-III (APA, 1980) postravmatik tepkilere ilişkin çok farklı kavramlar kullandılar. En önemli değişiklik stres bozukluğunun artık sağlıklı bireylerdeki akut tepkilerle sınırlandırılmamasıydı (6). Diğer bir önemli değişiklik DSM-III'de anksiyete bozuklukları arasına yeni bir tanı kategorisi olarak posttravmatik stres bozukluğu tanısının yerleştirilmesi idi. O güne dek yapılan klinik travma çalışmaların özelliklerine dayanarak geliştirilen Ölçütler travmanın yeniden yaşantılanması, genel tepki vermede küntleşme artmış uyarılmışlık, kaçınma, bilişsel bozulma, sağkalan suçluluğu idi. Altiplere ayrılmıştı. Altı ay içinde başlayan ve 6 aydan kısa süren tip akut, 6 aydan uzun süren kronik, 6 aydan geç başlayan gecikmiş tip olarak tanımlanıyordu. DSM-III-R'deki en önemli değişiklik en az 30 gün sürme ölçütü oldu. Bu değişiklik ağır travmadan sonra belirti ve sıkıntının çok sık görüldüğünün bulgulanmasıyla olağan bir tepki olacağı görüşüne dayanıyordu (7). Ancak ne yazık ki, bu durumda 30 gün altı için tek konabilecek tanı özgül olmayan uyum bozukluğu tanısı idi. DSM-IV'de bu açığın giderilmesi için yeniden DSM-III'deki akut alt tip PTSD'ye dönülmedi; olağan tepki boyutunun gözden kaçırılmamasını sağlamak amacıyla bu kez akut stres bozukluğu tanı kategorisi yaratıldı. Varsayımsal düzeyde yaratılmak istenen akut stres bozukluğu ölçütlerini geliştirirken kötü prognozu işret edebilecek öngörürücüler kullanarak travmaya olağan teki ile patolojik tepkiyi ayıracak özellikler için bağlantı yaratabilmektir. Bu nedenle süre ölçütü dışında 5 adet disosiatif belirtinin en az 3 tanesinin karşılanması da gerekiyordu. PTSD tanısı ile ASB tanısı arasındaki en önemli fark disosiatif belirtilerin temel bir ek küme olarak eklenmesiydi. Yani ASB daha ağır bir klinik tabloyu ve özgül olarak disosiatif belirtilerdeki vurguyu içerdi. Bir yandan da, travmaya özgü bozuklukların disosiatif bozukluklar ana kategorisine alınması fikri tartışılıyordu (7).

Ancak çalışmalar genişledikçe disosiatif belirtilerin tanısallık amaçla kullanılabilecek doğada öngörücü olmadığı, disosiatif belirti göstermeyen grupların da kronik formlara dönüştüğü gözlemi güçlendi (7).

PTSB Epidemiyolojik Özellikler

DIS (Diagnostic Interview Shedule) kullanılarak yapılan Epidemiologic Catchment Area (ECA) taramasında St. Louis'de yaşam boyu sıklığı % 1 olarak bulunmuştur. Kadınlarda %1.3,

erkeklerde % 0.5 olarak belirlenmiştir (8) . Aynı taramanın Michiagan bölgesindeki sonuçlar % 9.2 gibi yaygınlıkta olup daha yüksektir (9).

Özgül travmaları takiben PTSD yaygınlığı travma tipine ve örnekleme göre değişkenlik gösterir. Doğal afetler içinde en iyi çalışılan örneklerden biri olan 1972 Buffalo Creek sel felaketine maruz kalanlarda Green ve ark (1992) yaşamboyu PTSD riskini % 59 olarak saptamıştır; 14 yıl sonraki değerlendirmede bunların % 25'i hala PTSD ölçütlerini karşılıyor durumdadır (10). Mount St. Helens volkanik patlamada yaygınlık %3.6; gönüllü itfaiyecilerle yapılan çalışmada %16 gibi oranlar bulunmuştur. Tecavüz sonrasında %23.6 yaygınlık bulunmuştur (gözden geçirme için, 11). Savaş askerlerindeki oranlar çok değişik bulunmuştur % 2- %70 arasında değişik yaygınlıklar saptanmıştır. Tutuklularda %50-70 arasında, şiddet kurbanlarında %25 üzerinde yaygınlık oranları bildirilmiştir (gözden geçirme için, 10).

Risk ve Yatkinlık Faktörleri

PTSB gelişiminde en önemli risk faktörleri, travmatik olayın şiddet ve süresi, olay sırasında kişinin hissettiği çaresizlik duygusu, kendi payına ilişkin hissedilen suçluluk duygusudur. Olayla ilgili hazırlık ve bilgi riski azaltıcıdır. Sosyal desteğin riski azaltıcı etkisine ilişkin görüş birliği vardır; ancak, stresli olaya tepkilerin tartışılmasına izin vermeyen sosyal destek, desteksizlikten daha kötü etki yapmaktadır (gözden geçirmeler:12, 13).

Ailedeki ruhsal bozukluk ve madde bağımlılığı öyküsü; özellikle anksiyete ve duygudurum bozukluğu varlığı, cinsiyet (kadınlarda yüksek), önceki başa çıkılmamış travma, premorbid kişilik özellikler (içe dönüklük, nörotisizm); 10 yaş altında iken ebeveyn kaybı ya da ebeveyn ayrılığı yatkinlaştırmacı etkenler olarak göze çarpmaktadır.

Nöroendokrin (örneğin strese karşı düşük kortizol yanıtı) ve genetik yatkinlıkla ilgili bazı veriler de vardır (14, 15)

Seyir ve Seyri Etkileyebilecek Faktörler

Genel anlamda söylersek, travmatik etkilenmenin seyri konusunda genelleme yapmak pek olası değildir. Çünkü, bireyler, olaylar ve olayın olduğu bağlam büyük değişkenlikler göstermektedir. Bazı verileri tartışacak olursak; bu güne dek yapılmış en uzun süreli izlem Buffalo Creek Dam sel felaketiyle ilgilidir. Ondört yıllık izlem 121 kişiyle (çalışmaya başta katılan 381 kişiyi % 32'si) tamamlanmıştır. PTSD yaygınlığı % 44'ten %28'e düşmüştür. Travmatize kişilerde psikiyatrik morbiditenin artışı, kişilik gelişiminin bozulması da sayılacak olursa travmanın önemli ne denli önemli olduğu ortadadır (16).

Seyri olumlu etkileyecek etkenler arasında erken dönem iyileştirici girişimler (17); yüksek moral, toplum liderliğinin etkililiğine ilişkin inanç, olayı anlamlandırma, toplumsal bağlara değer verme, ama gerekliliklerini yerine getirme gibi öğeler şimdilik ön plana çıkmaktadır (18,)

PTSB, yüksek oranda psikiyatrik komorbiditeye yol açmaktadır. Obsesif kompulsif bozukluk, madde kullanımı, distimi, iki uçlu duygudurum bozukluğu, somatizasyon, panik bozukluk, şizofreni komorbiditesi artar.

AMAÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Marmara depreminin hemen sonrasında İzmir Psikiyatri Derneği, Türkiye Grup Psikoterapistleri Derneği, İstanbul Grup Psikoterapistleri Derneği Psikodramatik, Sosyometrik Grup Psikoterapistleri eğitimi veren psikodramatistleri bölgedeki depremzedelere ruhsal durum ve sorunlarında yardımcı olmak üzere başlatılan 1 yıllık bir proje başlatıldıktan bir süre sonra planlandı. Grup uygulamalarına gönüllü katılacak ve daha ağır belirtileri olan kişilerin belirlenebilmesi amaçlanıyordu. Koşut olarak, bu çalışmada bölgeden bir örneklem grubu üzerinde geçirilmiş Akut Stres Bozukluğu, şimdiki Posttravmatik Stres Bozukluğu yaygınlığının belirlenmesi, bu grubun bu tanıları almayan gruptan farklılıklarının araştırılması amaçlandı. Ayrıca, şimdiki PTSD tanısı alan grupta fenomenolojik yönden Akut Stres Bozukluğunu karşılayanların (PTSD 1) alanların belirlenmesi ve fenomenolojik yönden PTSD'ye uyan grupla karşılaştırılması amaçlandı. Çalışılacak alan olarak Gölcük'te bir çadırkent bölgesi Şirinköy seçildi. Bu, bölge grup uygulamaları için hedef bölge seçilen yerdeydi ve bunun belirlenmesi, Sağlık Bakanlığı, Türk Tabipler Birliği, Türk Psikologlar Derneği ve Türkiye Psikiyatri Birliği ile işbirliği içinde çalışan Kocaeli Üniversitesi Psikososyal Hizmet ve Dayanışma Birimi koordinatörleriyle yapılan görüşmeler aracılığıyla belirlendi.

Şirinköy, Gölcük ilçesinin mahallelerinden birisidir. Yerleşim yerindeevde hasar meydana gelmiş;kişi ölmüş;.....kişi yaralanmıştır. Şirinköy çadırkenti Gölcük Devlet Hastanesine...km uzaklıkta, 750 kişinin yaşadığı bir yerleşim alanıdır. 200 çadırdan oluşan çadırkentte 15 yaş ve üzeri olan kişi sayısı 526'dır.

Çalışmanın amacı doğrultusunda önce, Dr. Şükrü Oğuz ve arkadaşları tarafından 2 yıl önce Adana Depremi sonrasında DSM-IV ölçütlerine göre Akut Stres Bozukluğu yaygınlığını saptamak üzere hazırlanan anket formu Posttravmatik Stres Bozukluğunu da ayrı iki tanı olarak ayırtedebilecek bazı sorular eklenerek geliştirildi. İzmir Psikiyatri Derneği Psikodrama biriminde verilen eğitim içinde eğitimlerini sürdüren, psikodrama alanında 100 saatin üzerinde bir deneyim sahibi olan pratisyen hekim, klinik psikolog, psikiyatrist gönüllüler arasından ekipler kurularak, toplam 12 kişiyle bölgeye çoğul ziyaretler yapıldı. Bu ekipler, ziyaretler öncesinde canlandırma ağırlıklı yapılan eğitim saatleri ile görüşme becerisi, eşduyumu becerisi, anketin teknik kullanımı konularında eğitildiler. Ayrıca bir bölümü hizmet alanlarında deprem sonrasında verilen eğitimlere de katılıyordu. Depremden 2 ay sonra başlatılan ziyaretlerde, her biri 40-70 dakika arasında süren görüşmeler yapıldı.

Toplanan veriler SPSS 8.0 istatistik programı kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR

Sosyodemografik Özellikler

Şirinköy Çadırkent'te yaşayan 15 yaş ve üzeri olan 526 kişinin 365'ine (%69.4) ulaşılarak görüşülmüştür. Toplam 365 kişinin %31.2'si Doğu Anadolu, %28.5'i Marmara bölgesi, %22'si Karadeniz bölgesi, %11.1'i Güneydoğu Anadolu bölgesi, %3.3'ü İç Anadolu bölgesi kökenlidir. Çoğunluğunu (%76) 14—44 yaş arasında kişilerin oluşturduğu bu grubun % 59.7'si (n=218) kadınlardan, %40.3'ü (n=147) erkeklerden oluşmuştur.

Grubun %29.7'si (n=105) 15-24 yaşında; %26'sı (n=92) 25-34 yaş grubunda, %22.3'ü (n=79) 35-44 arasında, % 10.7'si (n=38) 45-54 yaşlar arasında, %7.3'ü (n=26) 55-64 arasında ve % 4'ü (n=14) 65-74 yaşları arasındadır.

Çoğunluğu (%64.7, n=236) evlilerden oluşan grupta boşanmışlık oranı oldukça düşüktür (%1.4, n=5). Yüzde 67.1 (n=244) 'i çocuk sahibi olan grubun % 42.2 (n=154)'si üç ve daha fazla çocuk sahibidir.

Sosyoekonomik durumun göstergeleri olan diğer özellikler açısından bakıldığında, grubun %18'inin (n=66) okuma yazma bilmediği, %50'sinin (n=185) ilkokul mezunu, sadece %1.1'inin (n=4) yüksek okul mezunu olduğu saptanmıştır. Deprem öncesinde bu grubun %44.4'ü (n=162) çalışıyor durumda iken, bu oran deprem sonrasında %16.2'ye (n=59) düşmüştür. Çoğunluğunu (%26.1, n=93) işçilerin oluşturduğu bu grupta, %2.5 (n=9) oranında memur, %14 oranında (n=50) serbest meslek çalışanı, %7.9 (n=28) olup grubun sadece %3.4'ü (n=12) emeklilerden oluşmuştur.

Grubun %45.2'si (n=165) 1 aydan az bir süredir Şirinköy'de bulunmaktadır. Çoğunluğu daha önce Gözlemtepe çadırkentinde barınmıştır. Yüzde %25.7'si (n=92) çadırdaki 4 kişi kalmaktadır bunu %20 sıklıkla 3 ve 5 kişi kalma oranı izlemektedir.

Örneklem grubun %13.3'ü (n=48) daha önce ruhsal rahatsızlık tanısı aldığını ve tedavi görmüş ya da görmekte olduğunu belirtmiştir. Yüzde 9.1'i (n=33) yakın akrabasında ruhsal rahatsızlık ve tedavi tanımlamıştır.

Deprem Etkileri

Topluluğun %27.7'si (n=99) deprem sırasında neler yapılabileceğine ilişkin önceden yeterince bilgiye sahip olduğunu belirtmiştir.

Örneklemin %98.6'si (n=355) deprem sırasında evde, %77.3 (n= 279)'ü uykuda, %78.7'si ailesi ile birlikte, % 2.5'i (n=9) tek başına imiş. Topluluğun büyük çoğunluğu (%91.4'ü; n=328) deprem sonrasında geceyi açık alanda geçirmiştir.

Deprem doğasıyla ilgili olarak topluluk en çok, sarsıntı (n=97, %27.2), uğultu sesi (n=91, %25.6), yardım çığlıkları (n=65, %18.3) ve uğultu ve çığlıklardan (n=101, %28.6) etkilenmiştir.

Grubun %88.9'unun (n=319) evinde hasar vardır. Yüzde 9.4'ü (n=34) göçük altında kalmıştır. Bunlardan 18'i (%53) 1 saattten az, 5'i 2-5 saat arası, 10 kişisi 5 saatten uzun süre orada kalmıştır. Göçük altında kalanların 19'u (%56'sı) yardım alarak kurtulmuştur.

Yaralanma oranı %28.1 (n=100)'dir. Bunlardan 21'i (%21.6'sı) ağır, 41'i (%42.3) orta, 35'i (%36.1) hafif yaralandığını ifade etmiştir. Depremde yakınıni kaybeden 22 (%6.1) kişi vardır.

Grubun %27.4'ü (n=97) kurtarma çalışmalarına aktif olarak katılmıştır.

Daha önce tavgmaya maruz kalma açısından incelendiğinde grubun %15.2'si (n=55) daha önce yakın şiddette deprem felaketine maruz kadığını ifade etmiştir. Grubun %12.5'inde (n=45) daha önce trafik kazası geçirme, %3'ünde (n=11) yangın yaşamış olma; % 1.7'sinde (n=6) sel felaketi deneyimi vardır.

Grubun yaklaşık dörtte biri (n=98, %27.6) sıkıntısını hafifleten bir yardım kaynağı almadığını belirtmiş; %17.5'i (n=62) komşularından aldığı yardımı hafifletici etken olarak tanımlamıştır.

Grubun % 25.6'sı (n= 89) ruhsal durumu için profesyonellerden yardım aldığını belirtmiştir.

Deprem sonrasında grubun %3.9'u (n=14) sigaraya başlamış, %0.6'sı (n=2) sigarayı bırakmıştır. Grupta sigara kullanmama oranı %47.6 (n=174)'dür. Deprem sonrası alkole başlama oranı %0.3 (n=1)'dir. Grubun %89.5'i hiç alkol kullanmamıştır.

Tanısal Durum

İki aydır sürmekte olan belirtiler incelenip kümelenerek bakıldığında bu çalışmada ilk kaba ayırım "sağlam" ve "PTSB tanısı alır" olarak ayrıştırıldı. Olayın üzerinden 2 ay geçmiş olası nedeniyle ASB tanısı artık geçersizdi. Ancak, fenomenolojik olarak ASB belritlerini karşılayan grupla PTSD'yi karşılayan grupları ayırmak için, PTSD 1 ve PTSD 2 terimleri kullanıldı.

Bu durumuyla topluluğun halen % 31.5 i (n= 115) tanı alıyor; %65.8'i (n=240) tanı almıyor; %2.7'sinde (n=10) veri eksikliği nedeniyle tanı konamıyordu. Ancak, ASB tanısını geçmişte almış, şimdi iyileşmekte olan 16 kişi (% 4.4) de sağlam hale gelmişti. Bu katıldığında topluluğun % 35.9'u (n=131) sendromal düzeyde depremden etkilenmişti.

Bir tek işlev kaybı ölçütünü karşılamayıp, PTSD 1 ve PTSD 2 sendromlarının diğer tüm ölçütlerini karşılayan 35+24 = 59 (%9.6+%6.6= % 17.2) ve iki kriteri karşılamayarak belirti kümeleri saptanan 40+20=60 (%11+%5.5=%16.5) kişinin de rahatsızlık çektiği saptandı. Akut Stres Bozukluğu bitmiş olduğu halde belirtilerin, PTSD tanısı karşılar şekilde sürdüğü kişi sayısı 47 (%12.5) olarak belirlendi. Bu durumda topluluğun %86'sının olaydan belirgin biçimde hala etkileniyor durumdaydı. Tanı dağılımları Tablo 1'de gösterildi.

Belirtiler düzeyinde incelendiğinde, grupta en sık görülen belirti ve yakınma , olaya ilişkin tekrarlayan görüntülerdi (f=293, %81.6). Sıkıntı duygusu en sık ikinci yakınmaydı (f=292, %81.2) Bunu sallanıyor olma algısı (f=275, %76.2); en başta bulantı ve çarpıntı gelen bedensel-fizyolojik yakınmalar izliyordu (f=265, %74.4). Kötü bir şey olacak endişesi (% 73.5), huzursuzluk (%69.4) yakınmalarını dikkatini toparlayamama (%53.6) kabuslar (%51.7), irkilme (%51.5), uyku sorunları (%52.1) izlemekteydi.

TABLO 1. TANI DAĞILIMI

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

| TANI | KİŞİ SAYISI (n) | YÜZDE (%) |
|---------------------------|-----------------|-------------|
| SAĞLAM | | |
| Belirti yok ya da az | 105 | 28.8 |
| Tek ölçüt eksik PT SB1 | 35 | 9.6 |
| Tek ölçüt eksik PT SB 2 | 24 | 6.5 |
| İki ölçüt eksik PT SB 1 | 20 | 5.5 |
| İki ölçüt eksik PT SB 2 | 40 | 11.0 |
| İyileşmiş ASB | 16 | 4.4 |
| TOPLAM | 240 | 65.8 |
| TANI ALAN | | |
| PT SB 1 sürüyor | 64 | 17.5 |
| ASB bitmiş PT SB 2sürüyor | 4 | 1.1 |
| PT SB 2 sürüyor | 47 | 12.9 |
| TOPLAM | 115 | 31.5 |
| VERİ EKSİK | 10 | 2.7 |
| GENEL TOPLAM | 365 | 100 |

Bulgular ışığında diyebiliriz ki 1 ay önce tanı almayacak olan 47 kişi (%12.9) 2. Ayı geçirmiş oluşumuz nedeniyle tanı almaktadır. Bu sonuç , DSM-IV sınıflandırmasının eksikliklerinden birine işaret etmektedir. Olguların tümünde yakınmalar olayla ardışık başlamıştır. Hiç bir oldu 2. ya da 3. ay içinde başladığını belirtmemiştir. Belirli bir grupta (%4.4) ise sendromal düzeyde iyileşme görülmüştür.

Tanıyla İlişkili Özellikler

Cinsiyet açısından bakıldığında, 217 kadının %55.3'ü sağlam bulunurken, 146 erkeğin %71.2'si sağlamdı. Kadınlarda tanı alma durumu istatistik olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($\chi^2=12.4$; $df=5$; $p=0.02$)

Yaş grupları ile tanı arasındaki ilişkiler incelendiğinde anlamlı bağlantı bulunmamakla ($\chi^2=24.68$, $df=25$, $p=0.48$) birlikte yaşlı gruplarda hastalanma olasılığı biraz daha düşük ve gençler grubunda, yani, 15-24 yaş grubunda, iyileşme oranı yüksekti. Şöyle ki, 15-24 yaş grubunda süren PT SB 1 tanılı 16 kişi, geçirilmiş ASB tanılı 8 kişi mevcut iken, diğer tüm yaş grupları için 46 PT SB 1 tanılı kişi, 8 iyileşmiş ASB tanılı kişi mevcuttu.

Medeni durum ile tanılar arasında anlamlı ilişki saptandı ($\chi^2=10.6$ $df=5$ $p=0.049$). Dul ve boşanmış gruplar birleştirilerek incelendiğinde, evli ve bekarlara göre hastalanma oranı anlamlı derecede yüksek bulundu.

Eğitim durumu ile tanı arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($\chi^2=28.38$; $df=25$; $p=0.29$).

Çocuk sayısı ile tanı alma arasındaki ilişki ki kare testlerinde hücre içindeki 5'ten küçük değerler güvenirlilik nedeniyle birleştirilerek incelendiğinde bağlantı bulunamadı.

Deprem öncesinde çalışan kesimde tanı alma oranı daha düşük bulundu ($\chi^2=12.9$; $df=5$; $p=0.024$). Şu andaki çalışma durumunda önceye göre anlamlı düşüş vardı. ($p=..*****$)
Şimdiki çalışma durumu ile tanılar arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($\chi^2=7.16$; $df=5$; $p=0.2$).
Önceki çalışma ile şimdiki çalışma durumu arasındaki çarpaz karşılaştırmalarda tanı ile bağlantı saptanmadı ($\chi^2=17.19$, $df=15$, $p=0.307$).

Meslek grupları açısından bakıldığında tanıyla meslek arasında ilişki saptanmadı ($\chi^2=23.22$, $df=25$, $p=0.56$).

Tanı alanlarda almayanlara göre sigaraya başlama oranı daha yüksekti ($\chi^2=36.0$; $df=20$; $p=0.015$). Alkol kullanımında tanı ile ilgili fark saptanmadı ($\chi^2=8.2$; $df=20$; $p=0.99$).

Çadırkentten önce barınılan yer ve çadırdaki yaşayan kişi sayısı ile tanı arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($\chi^2=11.56$, $df=10$, $p=0.31$ ve $\chi^2=49.06$, $df=50$, $p=0.51$)

Çadırkentte kalma süresi ile tanı arasında anlamlı ilişki saptandı. Daha uzun süredir kalanlarda tanı alma daha düşük olasılıktaydı ($\chi^2=40.72$; $df=15$, $p=0.00$).

Deprem anında bulunulan yerle anlamlı ilişki yoktu. ($\chi^2=6.43$; $df=15$; $p=0.97$). Deprem anında uykuda olma ile ilişki yoktu ($\chi^2=1.47$, $df=5$, $p=0.916$).

Depremde yalnız ya da aileyle olma ya da arkadaşlarla olma tanıyla ilişkisiz ($\chi^2=17.26$, $df=25$, $p=0.87$).

Depremden sonra nerede gecelediği de ilişkili değil ($\chi^2=19.11$, $df=20$, $p=0.51$)

Bina hasarı ile tanı arasında ilişki yok ($\chi^2=3.70$, $df=5$, $p=0.59$). Göçük altında kalma ve göçük altında kalma süresiyle de bağlantı yok ($\chi^2=5.99$, $df=5$, $p=0.30$ ve $\chi^2=9.5$, $df=15$, $p=0.89$). Göçük altında kaldığında yardım alma da tanıyla ilişkili değil ($\chi^2=7.34$, $df=10$, $p=0.69$). Kurtarma çalışmalarına katılma da ilişkili değil ($\chi^2=6.90$, $df=5$, $p=0.22$).

Göçük altında kalma ve kurtarma çalışmalarına katılma özellikleri birleştirilerek tanı ile ilişkisi araştırıldığında anlamlı ilişki saptanmadı ($\chi^2=18.05$, $df=15$, $p=0.26$).

Depremde yaralanmanın ve yaralanma derecesinin de ilişkili olmadığı bulundu ($\chi^2=2.43$, $df=5$, $p=0.78$ ve $\chi^2=6.50$, $df=10$, $p=0.77$). Ailede can kaybı ve yakınlarda can kaybı değişkenleri ile de tanı arasında bağlantı saptanmadı ($\chi^2=10.14$, $df=5$, $p=0.71$ ve $\chi^2=54.8$, $df=70$, $p=0.90$). Can kaybı yakınlığı ile de bağlantı bulunmadı ($\chi^2=9.26$, $df=10$, $p=0.50$).

Daha önce yakın şiddette deprem yaşamış olma ile tanı arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($\chi^2=4.66$, $df=5$, $p=0.458$). Daha önce yangın, sel, trafik kazası geçirmiş olma ile de tanı arasında bağlantı bulunmadı ($\chi^2=1.84$, $df=20$, $p=0.92$). Bir deprem sırasında neler yapılması gerektiğine

ilişkin bilgisi olduğunu belirtenlerle olmadığını belirtenler arasında da tanı yönünden anlamlı bir farklılık bulunmadı ($\chi^2=2.69$, $df=10$, $p=0.98$). Daha önce travma geçirmiş olma ile olayda can kaybı yaşamış olma birleştirilerek incelendiğinde de tanıyla ilişki saptanmadı ($\chi^2=5.221$, $df=10$, $p=0.87$).

Sıkıntıları hafifleten etkenlerin varlığını bildirme ile de tanı arasında anlamlı ilişki yoktu ($\chi^2=82.8$, $df=95$, $p=0.80$).

Daha önce ruhsal rahatsızlık olması şimdi tanı alma ilişkili bulundu ($\chi^2=12.10$, $df=5$, $p=0.33$).

Akrabalarda ruhsal rahatsızlık öyküsü ile şimdiki tanı durumu arasında bağlantı saptanmadı ($\chi^2=2.89$, $df=5$; $p=0.716$).

Olayı birilerine anlatma ile tanı arasında ilişki saptanmadı ($\chi^2=9.91$, $df=10$, $p=0.44$). Yardım alma davranışı ile tanı arasında anlamlı ilişki saptandı ($\chi^2=20.70$, $df=10$, $p=0.02$). Ancak hasta olduğu halde bu grubun %33'ü kimseden yardım almamıştı.

TABLO 2. Tanıyla Anlamlı İlişki Gösteren Değişkenler

| | | ASB Bitmiş n % | PTSB 1 n % | PTSB 2 n % | Sağlam n % | χ^2 ; df; p |
|----------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|---------------|---------------|----------------------|
| TANIYLA İLİŞKİLİ DEĞİŞKEN | | | | | | |
| cinsiyet | kadın | 8 3.7 | 47 21.7 | 36 16.4 | 120 55.1 | 12.4; 5; 0.02 |
| | erkek | 8 5.5 | 17 11.6 | 15 10.5 | 104 71.2 | |
| medeni durum | | | | | | 10.6;5; 0.049 |
| | evli | 11 4.7 | 46 19.5 | 36 15.6 | 139 58.9 | |
| | bekar | 5 5.1 | 11 11.1 | 12 12.7 | 67 67.9 | |
| | dul ve boşanmış | - - | 7 26.1 | 3 13.3 | 18 60.0 | |
| çalışma | evet | 9 5.6 | 18 11.3 | 19 11.9 | 111 69.4 | 12.9;5; 0.02 |
| | hayır | 7 3.6 | 46 23.4 | 32 16.0 | 107 55.3 | |
| sigara | başlama | 2 14.3 | 1 7.1 | 3 21.4 | 7 50.0 | 36.0;20; 0.01 |
| | bırakma | - | - | 1 50.0 | 5 62.5 | |
| | hep | 8 4.8 | 29 17.6 | 22 13.2 | 104 63.0 | |
| | hiç | 5 2.9 | 32 18.4 | 25 14.3 | 108 61.7 | |
| çadırkentteki süre | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------|----|------|----|------|----|------|-----|------|----------------------|
| 1 ay ↓ | 6 | 3.7 | 33 | 20.1 | 39 | 22.8 | 85 | 51.8 | 40.7;15; 0.00 |
| 1 ay | 6 | 5.7 | 9 | 8.6 | 9 | 7.9 | 76 | 72.4 | |
| 2 ay | 2 | 2.9 | 15 | 22.1 | 3 | 4.4 | 46 | 67.6 | |
| 3 ay | 2 | 9.1 | 6 | 27.3 | - | | 14 | 63.6 | |
| önceki ruhsal bzk. | | | | | | | | | 12.10;5; 0.33 |
| evet | 3 | 6.3 | 14 | 29.2 | 11 | 23.0 | 19 | 39.6 | |
| hayır | 13 | 4.1 | 50 | 15.9 | 40 | 12.1 | 205 | 65.3 | |
| yardım alma | | | | | | | | | 20.7;10; 0.02 |
| yakınlardan | 6 | 23.1 | 1 | 3.8 | 6 | 23.1 | 13 | 50.0 | |
| profesyonel | 25 | 28.1 | 3 | 3.4 | 16 | 17.3 | 44 | 49.4 | |
| yok | 31 | 13.3 | 12 | 5.2 | 29 | 12.3 | 158 | 67.8 | |

TARTIŞMA VE SONUÇ

KAYNAKLAR

1. McCaughey BG, Hooman KJ, Llewellyn CH: The human experience of earthquakes. In: Individual and Community Response to Trauma and Diasaster. The Structure of Human Caos. Robert J. Ursano, Brian G. McCaughey, Carol S. Fullerton. Cambridge University Press, 1995.
2. Ertür G, Önen M, Madra Ö, Ak B, Engin A, Aydın C, Bursalı O, Belge M: Biz Nerede Hata Yaptık? Deprem ve Medya. Deprem Özel Sayısı'nda. Yapı Kredi Yayınları, Üç aylık Düşünce Dergisi, Sayı:20, 1999.

URSANO...

3. Young BH, Ford JD, Ruzek JI, Friedman MJ, Gusman FD. Disaster Mental Health Services: A Guidebook for Clinicians and Administrators. National Center for PTSD, California, 1999.
4. Freud S. The aetiology of hysteria. In J. Strachey (Ed. And Trans.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol 3) London: Hogarth Press . (Orijinal yazı 1896'da yayınlanmıştır)
5. Masson J. The assault on truth. New York: Farrar, Straus ve Giroux, 1984.
6. Brett EA: The Classification of Posttraumatic Stress Disorder. In: Bessel A. Van derKolk, Alexander C.McFarlane and Lars Weisaeth (Eds) Traumatic Stress: The

Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society. New York, Guilford Press, 1996.

- 7. Review and Critique of the New DSM-IV Diagnosis of Acute Stress Disorder. Marshall RD, Spitzer R, Liebowitz MR. Am J Psychiatry 1999; 156: 1677-1685.**
- 8. Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Posttraumatic stress disorder in the general population. New England Journal of Medicine. 1987, 317: 1630-4.**
- 9. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in urban population of young adults, Archives of General Psychiatry 1991, 48: 216-22.**
- 10. Green BL, Lindy JD, Grace MC, Leonard AC. Chronic Posttraumatic stress disorder and comorbidity in a disaster sample. Journal of Nervous and Mental Disease 1992, 180: 760-766.**
- 11. McFarlane AC, Girolamo G. The Nature of Traumatic Stressors and the Epidemiology of Posttraumatic Reactions. In: Bessel A. Van der Kolk, Alexander C. McFarlane and Lars Weisaeth (Eds) Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society. The Guilford Press, New York, London. 1996.**
- 12. Forster P. Nature and Treatment of Acute Stress Reactions in Linda S. Austin (ed) Responding to disaster: A Guide for Mental Health Professionals. Washington, APA Press, Inc 1992.**
- 13. Shalev AY. Stress versus traumatic Stress: From acute homeostatic reactions to chronic psychopathology. In: Bessel A. Vander Kolk, Alexander C. Mac Farlane and Lars Weisaeth (Eds). Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society. New York, Guilford press, 1996.**
- 14. Yehuda R, Southwick SM, Krystal JH, Bremner JD, Charney DS and Mason JW. Enhanced suppression of cortisol following dexamethasone administration in posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry 150, 83-86, 1993.**
- 15. Startakis CA, Chrousos GP. Neuroendocrinology of the stress system. New York. New York Academy of Sciences, 1995.**
- 16. Grace MC, Green BL, Lindy JD, Leonard AC. The Buffalo Creek disaster: A 14 year follow up. In: JP Wilson and B Raphael (Eds). International handbook of traumatic stress syndromes. New York Plenum Press, 1993.**
- 17. Raphael B: Preventative intervention with the recently bereaved. Arch Gen Psychiatry 34: 1450-1454, 1977).**
- 18. McCaughey BG: US Coast Guard collision at sea. Journal of Human Stress 11:42-46, 1985.**