



Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü

Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı

Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bilim Dalı

**ADLİ MAHKÛMLAR ARASINDA SİRKADİYEN TERCİHLER,  
UYKU KALİTESİ, DİSSOSİYASYON, TRAVMA SONRASI  
BİLİŞLER VE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU (TSSB)  
ARASINDAKİ İLİŞKİLER**

Özlem FİDAN ACAR

Yüksek Lisans Tezi

Van, 2018

ADLİ MAHKÛMLAR ARASINDA SİRKADİYEN TERCİHLER, UYKU KALİTESİ,  
DİSSOSİYASYON, TRAVMA SONRASI BİLİŞLER VE TRAVMA SONRASI  
STRES BOZUKLUĞU (TSSB) ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Özlem FİDAN ACAR

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Murat BOYSAN

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü

Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı

Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

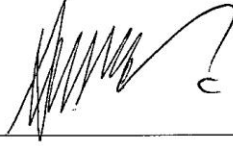
Van, 2018

## KABUL VE ONAY

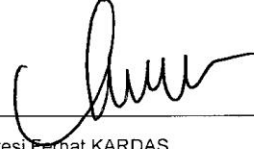
Özlem FİDAN ACAR tarafından hazırlanan "Adli Mahkumlar Arasında Sirkadiyen Tercihler, Uyku kalitesi, Dissosiyasyon , Travma sonrası bilişler ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) arasındaki ilişkiler" başlıklı bu çalışma, 13/04/2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Doç. Dr. Fuat TANHAN



Dr. Öğr. Üyesi Murat BOYSAN



Dr. Öğr. Üyesi Fehat KARDAŞ

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Doç. Dr. Fuat TANHAN

Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Kendisi hakkında ne kadar olumlu şeyler söylesem de eksik kalacak olan, süreç boyunca, bilgisi, hoşgörüsü, empatisiyle çalışma hevesimi diri tutan, her zorlandığımda çekinmeden ulaşabildiğim, değerli vaktini ayırmakta imtina göstermeyen, katkılarıyla çalışmama ışık olan ve örnek almaya devam edeceğim değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Murat BOYSAN'a

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, zorlandığım zamanlarda desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen ve öğrencisi olmaktan onur ve mutluluk duyduğum değerli hocalarım, Doç.Dr Fuat TANHAN ve Dr. Öğr. Üyesi Gaye Zeynep ÇENESİZ'e

Bilimsel araştırma yöntemleri dersini sevdiğim, bilgilerini aktarmakta fazlasıyla cömert olan Prof. Dr. Hasan Basri MEMDUHOĞLU ve hem bilimsel hem psikolojik desteğini esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Şule BAŞTEMUR ve Rufeyde UTKAN'a

Cezaevinde veri toplama sürecinde yardımlarını esirgemeyen başta Psiko-sosyal servisi görevli memurları, İshak ÖDEK ve Ramazan BARU olmak üzere tüm fedakar cezaevi çalışanlarına, Adalet Bakanlığı Ceza tevkifleri, Yetişkin İyileştirme şube müdürlüğü çalışanlarına,

Tez yazım sürecinde kaynaklara ulaşmamda büyük desteği olan dostluk kavramını dolu dolu hissettiğim Aysel DOĞAÇ'a

Varlıklarıyla güç kazandığım, hayatımın her döneminde yanımda olan anne, baba, kardeşlerime ve tez çalışmam süresince yoğun tempoma sabır gösteren kendisine ayıracağım zamanından çaldığım, desteğini her zaman hissettiğim ve çalışma azmimi sürekli canlı tutan Sevgili eşim Nadir ACAR'a

Minnet, şükran ve teşekkürlerimle...

## ÖZET

Özlem FİDAN ACAR, *Adli Mahkumlar Arasında Sirkadiyen Tercihler, Uyku kalitesi, Disosiyasyon, Travma sonrası bilişler ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) arasındaki ilişkiler*, Yüksek Lisans Tezi, Van, 2018

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, disosiyatif ve disosiyatif olmayan travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) uyku bozuklukları, sirkadiyen tercihler ve travma sonrası bilişler bakımından farklılıklar araştırılacaktır.

**Yöntem:** Bu çalışmayla ilişkili olarak 399 tutuklu adli mahkumdan (ortalama yaş: 34.54 ± 9.93 yıl) veriler toplandı. Katılımcılar, DSM-5 için TSSB Kontrol Listesi ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği skorları kullanarak katılımcılar dört gruba ayrılmıştır: Normal, Sadece Dissosiyatif, Sadece TSSB ve Dissosiyatif TSSB olmak üzere dört alt gruba ayrıldı. Dört gruptaki ölçek puanlarındaki farklılıklar, tek yönlü varyans analizi kullanılarak değerlendirildi. DSM-5 TSSB'nin belirleyicilerini belirlemek için lojistik regresyon analizi kullanıldı.

**Sonuçlar:** Disosiyatif TSSB alt kümesinde sınıflanan katılımcılar, TSSB ve dissosiyatif semptomatoloji açısından post-travmatik stres reaksiyonları daha belirgin, daha önce travmaya maruz kalma sayısı daha fazla, travma sonrası olumsuz biliş puanları daha yüksek ve akşamcı tip sirkadyen ritim tercihlerine daha yatkın kişilerdir. Bununla birlikte, disosiyasyon belirtilerinden bağımsız olarak, uykusuzluk ve kötü uyku kalitesi açısından TSSB'li mahkumların belirtileri son derece belirgindir. Disosiyatif semptomatoloji, uykusuzluk ve düşük uyku kalitesi, muhtemel bir TSSB tanısı için önemli bir risk oluşturmaktadır.

### Anahtar Kelimeler

Dissosiyatif deneyimler; Sirkadyen tercihler; Dissosiyatif-TSSB; Uyku disosiyasyonu.

## ABSTRACT

Özlem FİDAN ACAR, *Associations between circadian preferences, sleep quality, dissociation, post-traumatic cognitions, and posttraumatic stress disorder (PTSD) among incarcerated offenders*, Master Thesis, Van, 2018

**Objective:** The aim of this study was to explore whether a dissociative posttraumatic stress disorder (PTSD) profile could be differentiated from non-dissociative profile on sleep disturbances, circadian preferences, and posttraumatic cognitions. We also investigated the predictive value of persistent dissociation, sleep quality, insomnia, circadian preferences, and trauma-related negative cognitions on PTSD diagnosis among prison inmates.

**Method:** Data from 399 inmates (mean age: 34.54±9.93 years) were collected. Using the PTSD Checklist for DSM-5 and Dissociative Experiences Scale scores, the participants were classified into four subsets: Baseline, Pure Dissociative, Pure PTSD, and Dissociative PTSD. Differences in scale scores across four groups were evaluated using one-way analysis of variance. Logistic regression analysis was utilized to determine predictors of DSM-5 PTSD.

**Results:** Participants assigned in dissociative PTSD subset reported significantly more severe posttraumatic stress reactions in terms of PTSD and dissociative symptomatology, a greater number of prior trauma exposure, greater scores on posttraumatic negative cognitions, and a more tendency to have eveningness diurnal preferences. However, sleep disturbances in terms of insomnia and poor sleep quality were found to be pronounced among inmates with PTSD irrespective of levels of dissociation. Dissociative symptomatology, insomnia and poor sleep quality significantly contributed to a risk for a probable PTSD diagnosis.

**Conclusion:** Dissociation and sleep disturbances appear to be hallmark for PTSD among prison inmates.

### Keywords

Dissociative experiences; Diurnal preferences; Dissociative-PTSD; Sleep dissociation

## İÇİNDEKİLER

<b>KABUL VE ONAY .....</b>	<b>i</b>
<b>TEŞEKKÜR.....</b>	<b>ii</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>iii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>iv</b>
<b>TABLolar LİSTESİ .....</b>	<b>v</b>
<b>KISALTMALAR LİSTESİ .....</b>	<b>vi</b>
<b>1.BÖLÜM .....</b>	<b>1</b>
<b>GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
<b>2. BÖLÜM:GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>8</b>
2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu .....	8
2.1.1. TSSB için DSM-IV ve DSM-5Kriterleri Arasındaki Farklar .....	9
2.1.2.TSSB DSM-5Tanı Kriterleri .....	11
2.3.Uyku Problemleri .....	13
2.2.1. İnsomnia .....	13
2.2.2. Sirkadiyal Ritim Uyku Bozuklukları .....	15
2.2.3. Parasomniler.....	15
2.2.4. Obstrüktif Uyku Apnesi .....	16
2.2.5. Uyku Kalitesi .....	16
2.3. Disosiyasyon .....	19
2.3.1. Disosiyasyon ve TSSB İlişkisi .....	22
2.4.Travma Bilişleri.....	25
2.4.1. Şema Odaklı Kuramlar.....	25
2.4.2. Şema Odaklı Kuramın TSSB'yle İlişkili Değerlendirilmesi.....	28
2.4.3. İlişkilendirilebilir Ağ Teorileri .....	30
2.4.4.Foa'nın Duygusal İşlemeleden Korkma Ağı Hipotezi .....	30
2.5.Dağılmış Varsayımlar Teorisi .....	33
<b>3.BÖLÜM:YÖNTEM .....</b>	<b>36</b>
3.1.Araştırma modeli ve Çalışma grubu .....	36
3.1.1.Araştırma modeli.....	38
3.1.2. Araştırmanın Sınırlılığı .....	38
3.2. Psikometrik Araçlar .....	39
3.2.1. DSM-5 için TSSBKontrol Listesi (PCL-5). .....	39
3.2.2. Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES).....	40

3.2.3. Travma Sonrası Biliş Envanteri (PTCI).....	40
3.2.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi Endeksi (PSQI).....	40
3.2.5. Uykusuzluk Şiddeti Ölçeği (ISI).....	41
3.2.6. Sabahçı- Akşamcı Ölçeği (MEQ). ....	41
3.3.Verilerin Analizi .....	41
<b>4.BÖLÜM:BULGULAR .....</b>	<b>43</b>
<b>5.BÖLÜM:SONUÇ VE TARTIŞMA.....</b>	<b>49</b>
<b>6.BÖLÜM:ÖNERİLER.....</b>	<b>53</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>55</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>90</b>
Ek 1.....	90
Bilgilendirilmiş Onam Formu .....	90
Ek 2.....	91
Yaşam Olayları Kontrol Listesi - 5.....	91
Ek 3.....	95
Disosiyatif yaşantılar Ölçeği (DES) .....	95
Ek 4.....	98
Travma Sonrası Bilişler Envanteri (PTCI) .....	98
Ek 5.....	101
PİTTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ (PSQI) .....	101
Ek 6.....	103
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (ISI).....	103
Ek 7.....	105
SABAHCİ – AKŞAMCI ÖLÇEĞİ (MEQ) .....	105



## TABLULAR LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Katılımcıların sosyo-demografik ve klinik özellikleri .....	37
<b>Tablo 2.</b> Gruplar arasında ANOVA karşılaştırmaları.....	45
<b>Tablo 3.</b> TSSB tanısında lojistik regresyon analizi.....	46
<b>Tablo 4.</b> TSSB tanısı üzerine aşamalı lojistik regresyon analizi .....	48



## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>TSSB</b>	: Travma sonrası stres bozukluğu
<b>DES</b>	:Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği
<b>LEC-5</b>	: Yaşam olayları Kontrol Listesini
<b>DSM-5</b>	:Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı
<b>PTCI</b>	:Travma Sonrası Biliş Envanteri
<b>PSQI</b>	:Pittsburgh Uyku Kalitesi Endeksi
<b>ISI</b>	:Uykusuzluk Şiddeti ölçeği
<b>MEQ</b>	: Sabahçı- Akşamcı Ölçeği
<b>ICSD-2</b>	: Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması, 2.baskı
<b>PCL-5</b>	:DSM-5 için TSSB Kontrol Listesi

## 1.BÖLÜM

### GİRİŞ

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) maruz kalınan olumsuz bir olayın ardından ortaya çıkan 1 aydan fazla süren, kaçınma, olumsuz bilişsel ve duygusal değişiklikler ve artan uyarılma ve ürkme durumları olarak tanımlanan klinik bir sendromdur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Genel nüfusa bakıldığında travmaya maruz kalma oranı hiç nadir değildir ve TSSB'nin tahmini yaygınlık oranı ABD normal toplum örnekleminde %8.7'dir (Friedman, Kilpatrick, Resnick, Milanak, Miller, Keyes, , 2013).

Cezai adalet sisteminde yer alan ve zihinsel bozukluğu olan bireyler genel nüfusla karşılaştırıldığında daha fazla travmaya maruz kalma, psikiyatrik rahatsızlık yaşama ve bu rahatsızlığın kroniklik kazanması riskine sahiptir (Browne, Miller, Maguin, 1999; Choe, Teplin, Abram, 2008; Maxfield, Widom, 1996; Mueser vd., 2004; Teplin, McClelland, Abram, Weiner, 2005). Bu yüzden hapisanede tutuklu kalan kişiler arasında travma sonrası stres bozukluğu ciddi sıkıntılara, zayıflatıcı etkilere ve sağlıkta bozulmalara yol açan önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir (Goff, Rose, Rose, Purves, 2007; Moloney, Van den Bergh, Moller, 2009). Travma sonrası stres bozukluğunun mahkumlar arasındaki yaygınlığı genel nüfusa oranla % 3.6 dan %75,3 arttığını gösteren oldukça fazla kanıt bulunmaktadır (Akyuz, Kugu, Sar, Dogan, 2007; Anderson, Geier, Cahill, 2016; Blonigen, Sullivan, Hicks, Patrick, 2012; Briere, Agee, Dietrich, 2016; Cusack, Herring, Steadman, 2013; Flatt, Williams, Barnes, Goldenson, Ahalt, 2017; Gibson vd., 1999; Gosein, Stiffler, Frascoia, Ford, 2016; Henrichs, Bogaerts, 2012; Huang, Zhang, Momartin, Cao, Zhao, 2006; Jordan, Schlenger, Fairbank, Caddell, 1996; Komarovskaya, Loper, Warren, Jackson, 2011; Ruzich, Reichert, Lurigio, 2014; Teplin, Abram, McClelland, 1996; Warren, Loper, Komarovskaya, 2009), Mahkumlar arasında belirlenen TSSB oranlarının farklı tanı sistemlerinde yer alan değerlendirme yaklaşımları,

araştırmalarda kullanılan tanı koydurucu tarama araçları ve farklı TSSB tanı kriterlerine bağlı olarak büyük oranda farklılık gösterdiği görölmektedir. Ancak hapsedilen kişiler arasında, sosyodemografik değişkenlerin etkileri kontrol edilmesine karşın, TSSB oranlarının normal toplumdaki fazlası bildirilmiştir (Anderson, Cahill, Geier, 2016).

Literatürde elde edilen bulgulara göre uyku; duyu ve davranış düzeni için kritik bir öneme sahiptir (Harvey, 2008; Goldstein, Walker, 2014). Travma sonrası stres bozukluklarında, uyku bozuklukları yaygın olarak görölmektedir (Asnis, Maher, Rego, 2006). Travmaya maruz kaldıktan sonra yaşanan uyku bozuklukları TSSB kriterleriyle karşılaşılma riskini artırır (Breslau, Roth, Rosenthal, Andreski, 1996; Bryant, Creamer, O'Donnell, Silove, McFarlane, 2010; Bryant, Harvey, Guthrie, Moulds, 2000; Koren, Arnon, Lavie, Klein, 2002; Mellman, Pigeon, Nowell, Nolan, 2007; Wright vd., 2011). TSSB hastaları uyku kalitesizliği, kronik kabuslar, uyku terörü, rüyalarda ve uykuda hareket bozuklukları, uykuya bağlı solunum bozukluklarından sıklıkla bahsetmektedir (Germain, Buysse, Shear, Fayyad, Austin, 2004; Germain, Hall, Krakow, Katherine Shear, Buysse, 2005; Krakow vd., 2004; Krakow vd., 2001; Krakow vd., 2006; Williams, Collen, Orr, Holley, Lettieri, 2015). Uyku bozuklukları komorbid depresyon, psikiyatrik stres (Krakow vd., 2007) artan intihar eğilimi ve kendine zarar verme davranışı (Betts, Williams, Najman, Alati, 2013; Malik vd., 2014; Pigeon, Piquart, Conner, 2012; Short, Ennis, vd., 2015), daha fazla anksiyete duyarlılığı (Babson, Boden, Woodward, Alvarez ve Bonn-Miller, 2013) artan madde ve alkol kullanımı (Nishith, Resick, Mueser, 2001; Saladin, Brady, Dansky, Kilpatrick, 1995; Short, Babson, Boden, Bonn-Miller, 2015) ve azalan yaşam kalitesi (Clum, Nishith, Resick, 2001; Giosan vd., 2015; Krakow, Melendrez, Johnston, vd., 2002; Short, Allan, Schmidt, 2017) gibi daha karmaşık kliniksel belirtilerin ortaya çıkmasına yol açar (Krakow vd., 2000). Uykuda bozulma ertesi günkü duygulanım ve TSSB semptomlarının kötüleşmesine yol açarak klinik görünümde olumsuzlukların artmasına yol açar (Short vd., 2017; Short vd., 2016). En önemlisi uyku bozuklukları kendiliğinden veya tedavi yoluyla üstesinden gelinemez ve TSSB'nin belirtilerindeki

şiddetlenmeyle yakından ilişkilidir (Wright, Britt, Bliese, Adler, Picchioni, Moore, 2011).Öte yandan, sirkadiyen tercihler ile TSSB arasındaki bağlantıları ele alan az sayıda çalışma yapılmıştır. Sirkadyen tercihlerden akşamcı uyku tipinin Büyük Hanshin-Awaji Depremi'nden sağ kalan kişiler arasında şiddetli TSSB ile anlamlı derecede ilişkili olduğu bulunmuştur (Kuroda, Wada, Takeuchi, Harada, 2013; Wada, Kuroda, Nakade, Takeuchi, Harada, 2014). Dell'Osso vd. (2014) 'nin ortaya koyduğu Mood Spectrum-Self Report tarafından değerlendirilen sirkadiyen / mevsimsel ritm ve vejetatif fonksiyonda düzensizliğin (Dell'Osso, Rucci, Frank, Fagiolini, Corretti, Cassano, 2002). DSM-5 TSSB tanısı alan kişilerde intihar davranışı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Akşamcı sirkadyen tercihler, değişik derecelerde TSSB olan kişilerde daha şiddetli duygu düzenleme güçlüğü ve uyku bozukluğu ile ilişkisi bulunmuştur (Hasler, Insana, James, Germain, 2013). Her ikisi de uykunun fonksiyonu olan uyarılma regülasyonu ve uzun süreli bellekte bilginin sabitleşme süreci üzerinden, TSSB'nin ortaya çıkmasında ve kalıcılığının belirlenmesinde uykunun rolü kritik görülmektedir (Levin, Nielsen, 2007; Walker, van der Helm, 2009). Bölünmüş hızlı göz hareketi (REM) uykusu evresi ve artmış noradrenerjik aktivite, TSSB'nin başlama riskini arttırdığı ve daha kötü klinik sonuçların ortaya çıkmasıyla ilişkili bulunmuştur (Breslau vd., 2004; Habukawa, Uchimura, Maeda, Kotorii, Maeda, 2007; Mellman, Bustamante, Fins, Pigeon, Nolan, 2002; Mellman, Knorr, Pigeon, Leiter, Akay,2004). TSSB' nin polisomnografi kayıtlarındaki anormalliklerle ilişkisini ele alan 20 araştırmanın meta-analitik incelemesi, TSSB hastalarının TSSB olmayan kişilere kıyasla uzun süre birinci uyku, daha yavaş dalga uykusu ve daha hızlı göz hareket yoğunluğu ile karakterize olduğunu bildirmiştir (Kobayashi, Boarts, Delahanty, 2007). Nörogörüntüleme çalışmaları TSSB'nin artmış REM uykusu, limbik ve paralimbik metabolizma etkinliği ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. (Ebdlahad vd., 2013; Germain, Mammen, Price ve Nofzinger, 2011).

Disosiyasyon bilinç, algı, hafıza, kimlik, etki ve motor kontrolü de dahil olmak üzere psikolojik işlevin normal entegrasyonunda bozulmaları içerir (Boysan, Yıldırım, Besiroglu, Kefeli ve Kagan, 2018, Krause-Utz, Frost, Winter,

Elzinga, 2017; Spiegel vd.,2011).Disosiyasyon çok çeşitli psikolojik belirtileri gösteren çok yönlü bir fenomendir ve genellikle üç faktörden oluşmaktadır: absorpsiyon ve hayallere dalıp gitme, dissosiyatif amnezi ve depersonalizasyon / deralizasyon (Armour, Contractor, Palmieri, Elhai, 2014; Ross, Joshi, Currie, 1991; Sanders, Green, 1994; Soffer-Dudek, Lassri, Soffer-Dudek, & Shahar, 2015; Stockdale, Gridley, Balogh, Holtgraves, 2002). Disosiyasyon klinik olmayan popülasyonlarda neredeyse yaygın ve olağan bir insan deneyimidir ve olumsuz yaşam olaylarından ortaya çıkan yoğun dayanılmaz duygulara karşı bir tampon tepki olarak kabul edilir (Butler, Duran, Jasiukaitis, Koopman, Spiegel, 1996; Oathes, Ray, 2008). Buna karşın, semptomatolojinin seviyesinin artmasıyla patolojik dissosiyasyona dönüşür ve duygusal bilişsellik üzerinde belirgin bir etkiye sebep olur (Boysan, 2014, 2016). Patolojik dissosiyasyon, dissosiyatif bozukluklar, TSSB, obsesif kompulsif bozukluk ve sınırdaki kişilik bozukluklarında göze çarpan transdiagnostik (ara tanısız) bir klinik fenomendir (Boysan vd.,2018; Gleaves, May, Cardena, 2001; Haaland, Landro, 2009; Kadak, Nasiroglu, Boysan, Aydın, 2013; Tapanci, Yıldırım, Boysan, 2018).

Travmaya bağlı stres ve kabuslar, dissosiyatif semptomların ortaya çıkması ve kalıcılığıyla önemli derecede ilişkilidir (Agargun, Kara, Ozer, Selvi, Kiran, Kiran, 2003; Agargun, Kara, Ozer, Selvi, Kiran, Ozer, 2003; Cheung, 2012; Semiz, Basoglu, Ebrinc, Cetin, 2008). Süreklilik hipotezine uygun olarak, Watson (2001), dissosiyatif deneyimlerin uyku-uyanıklık döngüsünün bir yan ürünü olduğunu ileri sürmektedir. Önceki travmanın, uyku bozukluğu esnasında dissosiyasyon ile önemli doz-tepki ilişkisine sahip olduğu gösterilmiştir (Van Heugten-van der Kloet, Merckelbach, Giesbrecht, Broers, 2014). Diğer yandan, dissosiyasyona daha yatkın olan insanlar günlük stresli yaşam olayları karşısında daha kolay bunalırlar ve uykuya ilgili daha ciddi problemler bildiriler (Soffer-Dudek, Shahar, 2009, 2011).Özellikle absorpsiyon ve hayallere dalıp gitme, uyku bozukluğunun önemli belirleyicisi olarak tanımlanmaktadır. (Knox , Lynn, 2014; Simor, Csóka, Bódizs, 2010; Soffer-Dudek vd., 2017; Yıldırım, Boysan, Yılmaz, 2017).

Disosiyatif semptomatoloji travma sonrası travmaya bağlı bir reaksiyonun

ortaya çıkmasında travma kaynaklı reaksiyonların belirgin bir özelliği olarak uzun süredir kabul edilmiş ve TSSB'nin ortaya çıkması ve kronikleşmesi için bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır (Bryant, 2005; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003; Van der Hart, Van Ochten, Van Son, Steele, Lensvelt-Mulders, 2008). Yakın zamanda yapılan araştırmalar, TSSB'ye maruz kalmış bireyleri homojen alt gruplara ayırarak bir disosiyatif alt grubun tanımlanmasına, disosiyasyonun travma sonrası stres tepkisinin altında yatan etyolojik mekanizmalarındaki rolünü açıklamasına önem vermiştir. Taksometrik analiz kullanan araştırmalar, katılımcıların bir alt grubunun disosiyatif bir TSSB profili ile karakterize edildiği iki ila beş farklı profil tanımlamıştır (Armour, Karstoft, Richardson, 2014; Blevins, Weathers, Witte, 2014; Frewen, Brown, Steuwe, Lanius, 2015; Mullerova, Hansen, Contractor, Elhai, Armour, 2016; Steuwe, Lanius, Frewen, 2012; Wolf, Lunney, vd.,2012; Wolf, Miller, vd., 2012; Wolf vd., 2017). Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı'nda (DSM-5) en son revizyonda, travmatik olayların ipuçlarına karşı depersonalizasyon ve / veya derealizasyon biçiminde disosiyatif yanıtlarla karakterize edilen, disosiyatif bir TSSB alt tipi tanı kriterlerine eklenmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Disosiyatif TSSB 'nin ilişkili özellikleri arasında travmaya bağlı semptomatolojinin artması, komorbid psikiyatrik koşullar, uyku bozukluğunun ve öfkenin sıklığı ve daha şiddetli ve çoklu travmayı içerir (Armour, Elklit, Lauterbach, Elhai, 2014; Hansen, Ross, Armour, 2017; van Huijstee & Vermetten, 2017).

Uzun süreli hapis muhtemelen kendi başına travmatik bir deneyim olabilir ve TSSB'ye ve diğer strese bağlı psikolojik yanıtlara, özellikle madde kullanım bozukluğu ve saldırganlık, daha fazla travmaya maruz kalma ve cezai tekrarlayıcılık gibi davranışsal sorunlara yol açabilir (Ardino, 2012; Cusack vd.,2013; Dudeck vd., 2011; Maschi, Gibson, Zgoba, Morgen, 2011; Spitzer vd., 2001).Kesitsel normal toplum araştırmalarında TSSB'nin, kişinin ceza adalet sistemiyle yüz yüze gelmesine neden olan durumlarla ilişkili olduğu bulunmuştur. (Collins, Bailey, 1990; Donley vd.,2012). Serbest bırakılmış mahkumlarla ilgili daha yakın tarihli bir araştırma, TSSB'si olan serbest kalan kişilerin çoğunun, aynı yıl içinde, TSSB'siz hapis yatmış kişilerle

karşılaştırıldığında yeni bir ağır suçta bulunma ihtimalinin daha yüksek olduğunu gösterirken (Kaba vd.,2015; Peller, Najavits, Nelson, LaBrie, Shaffer, 2010; Sadeh, McNeil, 2015), şiddetli TSSB belirtileri olan hapisane mahkumlarının daha fazla dikkat gerektiren yüksek riskli bir grup olarak düşünülmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Genel ve klinik örneklere göre düşünüldüğünde dahi, hapsedilmiş nüfusta TSSB yaygınlık oranlarının daha fazla olduğu bilinmekte ve daha fazla araştırmacının ilgisini çekmektedir. Altta yatan risk faktörleri ve bu yüksek riskli gruplardaki TSSB'nin temellerini açıklamak, erken çocukluk veya önceden travmatik deneyimleri bulunanların ve bununla alakalı diğer faktörlerin ötesine geçmek için daha fazla dikkat gerektirir. Literatürde, hapisane mahkûmlarının, çoklu travma ile eşzamanlı olağanüstü düzeyde dissosiyatif semptomatoloji ve travma sonrası stres tepkilerinin daha karmaşık klinik belirtilerini bildirdikleri ortadır (Akyuz vd., 2007; DeCou, Lynch, Cole, Kaplan, 2016; Salgado, Quinlan, Zlotnick, 2007; Steiner, Garcia, Matthews, 1997).

Diğer yandan, travmaya maruz kalma ile ilişkili uyku bozukluğunun nedensel olarak TSSB'nin prognozunda ve kötü tedavi sonuçlarında, başlangıçta rol oynayan belirli bir mekanizmayı rol oynadığına dair artan kanıtlar vardır. Klasik koşullanma ve tükenme paradigmaları, TSSB'de uykunun rolünü ortaya çıkartmak için hem hayvan hem de insan modellerini geliştirmek için kullanılmıştır. Korku düzenleme, korku tepkisinin yok olması veya yok olma düşüncesi, REM uykusunu etkileyebilir ve REM'deki değişimlerden etkilenebilir (Germain, 2013; Germain, Buysse, Nofzinger, 2008; Germain vd., 2011). Bununla birlikte bugüne kadar, TSSB, dissosiyatif semptomatoloji, travma sonrası bilişler, sirkadiyen tercihler ve uyku bozuklukları ile bozulmuş uyku kalitesi ve uykusuzluk arasındaki ilişki, özellikle hapisane mahkumlar başta olmak üzere yüksek riskli popülasyonlar arasında ele alınmamıştır. Mevcut literatür ışığında, bu çalışma, hapsedilmiş yetişkinler arasındaki TSSB'nin genel nüfustan çok daha fazla olacağı hipotezini test etmeyi amaçlamıştır. İkincisi, dissosiyatif-TSSB alt tipinde sınıflandırılan bireylerin, daha şiddetli TSSB belirtileri ile belirginleşen daha karmaşık klinik özellikler sergileyip



sergilemeyeceklerini test etmeyi, daha fazla uyku problemi, travma ile ilişkili olumsuz bilişlerin daha yüksek skorları, ve akşamcı uyku tipi tercihleri patolojik disosiyasyon olmayan bireylere veya TSSB' si olmayan bireylere ve patolojik olmayan seviyelerdeki disosiyasyonlara göre daha fazla olup olmadığını test etmeyi amaçlamıştır. Üçüncüsü, daha fazla disosiyatif deneyim, daha şiddetli uyku bozukluğu, travma sonrası bilişin daha yüksek seviyeleri ve akşam akşamcı uyku tercihlerine dikkat çeken bireylerin, DSM-5 TSSB'nin temel teşhisi için daha yüksek risk altında olacağı hipotezleri bu çalışmayla değerlendirilmiştir.



## 2. BÖLÜM

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma Sonrası Stres Bozukluğu(TSSB); doğal afet, savaş, terörist girişim, ciddi bir kaza, cinsel saldırı vb. gibi travmatik bir olay yasayan ya da şahit olan kişilerde gelişebilen psikiyatrik bir bozukluktur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). TSSB ayrıca yakın bir aile üyesinin beklenmedik kaybı gibi, dolaylı şekilde maruz kalınan olaylar sonucu da ortaya çıkabilir (Kucmin, 2016); Williamson, 2017)

Travma sonrası stres bozukluğuteşhisi konabilmesi için, kişinin normal deneyimleri dışında, belirlenebilir üzücü ve travmatik bir durumla bağlantılı olarak bir dizi semptom gösteriyor olması gerekir. Travmatik bir olay yaşandıktan sonra oluşabilen tepkilerin aylar, hatta yıllarca uzaması TSSB göstergesi kabul edilir. TSSB semptomları kişiye ciddi derecede stres yaşatır ve hayatının normal günlük işleyişini olumsuz yönde etkileyebilir. Bu semptomların yanı sıra depresyon, madde kullanımı, hafıza problemleri gibi çeşitli fiziksel veya zihinsel problemler de ortaya çıkabilir. (Williamson, 2017). Travmatik bir olayın ardından bazı bireyler TSSB geliştirirken, diğerlerinde neden bunun olmadığı henüz anlaşılmasa da, yaşanan travmanın ciddiyetinin, tehlike seviyesinin ve süresinin, TSSB gelişmesi ihtimaliyle doğru orantılı olduğu düşünülmektedir. Bir diğer risk faktörü de, travmanın oluşmasında kişisel saldırının (darp, tecavüz gibi) söz konusu olmasıdır (Kucmin, 2016) TSSB yaşayan kişiler, söz konusu travmatik olay bittikten sonra uzun süre olayla bağlantılı yoğun, rahatsız edici duygu ve düşünceler yaşamaya devam ederler. Örneğin; olayla ilgili kabuslar görebilir, olayı geçmişe dönüşler (*flashback*) şeklinde, sık sık ve istemsizce hatırlayabilir ve hatta gözleri önünde gerçekleşiyormuşçasına tekrar yaşadıklarını hissedebilirler. Travmatik olay hatırlatarak yoğun strese sebep olan her türlü kişi, obje, yer ve durumdan

kaçınabilirler. Konuyla ilgili düşünmeye, olay hatırlamaya ve konu hakkında konuşmaya direnç gösterebilir, travmatik olayla ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşmaktan geri durabilirler. TSSB'li kişiler, ayrıca, kendileriyle veya başkalarıyla ilgili normal düşüncelerinden sapan, uç noktada negatif duygu ve düşünceler içine girebilirler (Qi, 2016). Tekrarlayan ve yoğun üzüntü, korku, dehşet, suçluluk, utanç ve öfke hissi yasayabilirler. Ayrıca bu dönemde sosyal olarak kopuk ve sevdikleri insanlardan dahi uzak hissedebilirler. Önceden zevk aldıkları aktivitelere ilgilerini yitirebilirler. Yüksek bir ses ya da kazara yapılan bir dokunuş gibi sıradan olaylara kuvvetli negatif tepkiler verebilirler. Sürekli gergin olabilirler. Tedirginlikleri artabilir, kolayca ürker hale gelebilirler. Bunların yanı sıra, kolayca irrite olabilir, duygu boşalmaları yasayabilir, umursamazca davranabilir veya kendine zarar verme eğiliminde bulunabilirler. Bu bozuklukla ilgili olarak, konsantrasyon ve uyku problemleri de sıkça rastlanan belirtilerdir (Iverson, 2011). Çocukluk ve ergenlik çağındaki bireylere yönelik yapılan bir çalışmada %40'ının 18 yaşına kadar TSSB 'ye neden olacak ciddi bir travmatik durum yaşadığı saptanmıştır. Travmanın büyüklük derecesi ve belirtiler daima paralel bir gidiş göstermese de şiddetin (psikolojik ve fiziksel) ve bireyin can güvenliğini tehlikeye sokan durumlar sıklıkla TSSB'na yol açmaktadır. Çocuklardaki davranış bozukluğu, aile ile ilişkilerin güçlü olmadığı ve şiddetin var olduğu bir ortamda büyümekte olması TSSB gelişim ihtimalini arttıran önemli etkenlerdir (Berkowitz, 2011).

### 2.1.1. TSSB için DSM-IV ve DSM-5 Kriterleri Arasındaki Farklar

Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM) ilinen tüm zihinsel hastalıkları, ne olduklarını, teşhisi nasıl yapılır ve tedaviyi kısaca özetleyen el kitabıdır. Mayıs 2013'te DSM beşinci revizyonunda TSSB'nin tanı kriterlerinde değişiklik yapılmıştır. TSSB anksiyete bozukluklarıyla kategorize ediliyordu, ancak son revizyonda "Travma ve Streslörlerle İlişkili Bozukluklar" adlı ayrı bir bölümde ele alınmıştır.

TSSB stres faktörüne bağlı olarak gelişen bir bozukluktur. Önceki tanı kriterlerinde bu stres faktörü kısıtlı bir ifade ile "yaşanan veya tanık olunan" şeklinde tanımlanırken; DSM-5'de, stres faktörü aşağıdaki ölçütlere göre genişletilmiştir (sayfa 356;Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013):

- *Travmatik olayın yakın bir aile üyesine ya da yakın arkadaşının başına gelmesi (şiddet içeren ya da kaza sonucu olan, kendiliğinden ya da tehdit altındaki ölüm)*
- *İlk elden tekrarlanan ya da travmatik olayın ayrıntılarına aşırı derecede maruz kalma tecrübeleri (işle ilgili olmayan medya, resim, televizyon ya da filmler yolları dışında)*

*DSM-V 'de esas olarak bireyin stres faktörü ile karşılaşması anındaki tepkilerine değil, TSSB semptomları üzerine dikkat çekilmektedir.*

- *Yeniden yaşamak (önceden "müdahaleci hatırlama" olarak adlandırılır) - düşünceler ya da algılamalar, imgeler, hayaller, yanılsamalar ya da halüsinasyonlar ya da şiddetli psikolojik sıkıntı ya da bazı açılardan olayı sembolize eden ipuçları ile reaktivite yoluyla tecrübenin tekrar tekrar yaşanmasını içerir.*
- *Kaçınma (daha önce "kaçınmak / uyuşma" olarak adlandırılır) - travma ile ilişkili uyaranlara ve genel tepki uyuşmazlığına neden olur. Bu, olay ile ilişkili düşünce, duygu ve konuşmalardan kaçınma ve /veya anılarını tetikleyebilecek kişi, yer ve etkinliklerden kaçınma şeklinde belirlenir.*
- *Negatif bilişler ve ruh hali (DSM-5 'te yeni bir ifade) - olayın önemli bir yönünü hatırlayamama, sürekli olumsuz duygusal durum, olumlu duygular yaşamaya kalıcı yetersizlik gibi belirtilerle karakterize edilen düşünce ve ruh halindeki olumsuz değişiklikleri içermektedir.*
- *Öfkelenme - (daha önce "aşırı uyarılma" olarak anılır) - uyarılma ve tepki vermede değişiklikler içerir. Buna örnekler: sinirli davranışlar ve öfkeli patlamalar, pervasız ya da kendine zarar verici davranışlar, aşırı*

*gözetim, abartılı irkilme tepkisi, konsantrasyon sorunları ve / veya uyku bozukluğu olarak sıralanmaktadır.*

*DSM-IV'te olduğu gibi belirtiler en az bir ay süreyle devam etmelidir. Bununla birlikte, DSM-IV'ün aksine, DSM-V TSSB'nin akut ile kronik evrelerini ayırmaz.*

*DSM-V ayrıca iki yeni alt türü içerecektir:*

- *Okul öncesi alt türü - 6 yaşından küçük çocuklar.*
- *Önemli dissosiyatif semptomlara sahip olan TSSB - kişinin zihninden veya bedeninden koparılmış olarak ya da dünyanın gerçekdışı, rüya gibi ya da çarpıtılmış gibi görünür(American Psychiatric Association, 2013).*

#### 2.1.2.TSSB DSM-5Tanı Kriterleri

DSM-5 TSSB tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013):; sayfa 356):

- **Kriter A** (Bir tanesi gereklidir): *Kişi; ölüm, ölüm tehditi, gerçek yaralanma ya da yaralanma tehditi, gerçek cinsel şiddet ya da tehditine aşağıdaki yollarla maruz kalmıştır.*
- *Doğrudan maruz kalma*
- *Örseleyici olaya (Travmaya) şahit olma,*
- *Akraba veya yakın arkadaşın bir örseleyici olaya (travmaya) maruz kaldığını öğrenmek*
- *Travmanın caydırıcı (itici-tiksindirici) detaylarına genellikle mesleki görevler sırasında dolaylı olarak maruz kalma (örn., İlk müdahale edenler, sağlık görevlileri)*
- **Kriter B** (Bir tanesi gereklidir):*Travmatik olay, aşağıdaki şekillerde sürekli olarak deneyimlenmektedir (yaşanmaktadır)*
- *Saldırgan düşünceler*
- *Kabuslar*
- *Flashbackler*

- *Travmatik anımsatıcılara maruz kaldıktan sonra duygusal stres*
- *Travmatik anımsatıcılara maruz kaldıktan sonra fiziksel reaktivite (tepki)*
- **Kriter C** *(Bir tanesi gereklidir):Travmadan sonra travma ile ilişkili uyarılardan aşağıdaki şekillerde kaçınma;*
- *Travma ile ilgili düşünceler veya duygular*
- *Travma ile ilgili hatırlatıcılar,*
- **Kriter D** *(İki tanesi gereklidir): Travma sonrası başlayan ya da kötüleşen olumsuz düşünceler ya da duygular, aşağıdaki şekillerde;*
- *Travmanın temel özelliklerini hatırlayamama (disosiyatif amnezi) (kafa yaralanması, alkol, madde kullanımı gibi başka bir olaya bağlı olmayan)*
- *Kişinin kendi veya dünya hakkında aşırı olumsuz düşünceleri ve varsayımları*
- *Kendini veya başkalarını, travmaya neden olduğu için abartılı şekilde suçlama*
- *Negatif etki (öfke, utanç, suçluluk, korku )*
- *Faaliyetlere olan ilginin azalması ( kendisi için önemli olan etkinliklere katılamama ya da ilgisinde azalma)*
- *Yalnız hissetmek (topluma karşı yabancılaşma, kopma )*
- *Olumlu etkilenme güçlüğü*
- **Kriter E** *(İki tanesi gereklidir):örseleyici olaya (travmaya) bağlı olarak başlayan veya örseleyici olay ya da olaylara müteakip kötüleşen travmaya bağlı uyarılma ve tepki gösterme (reaksiyon) biçiminde aşağıdaki şekillerde belirgin değişiklikler;*
- *Asabiyet veya saldırganlık*
- *Riskli veya yıkıcı davranış (sakinmeden davranma ya da kendine zarar verme)*
- *Dikkat artımı (duygusal olarak tetikte olma hali)*
- *Yüksek ani reaksiyon (Abartılı irkilme)*
- *Odaklanma zorluğu*
- *Uyku güçlüğü*

- **Kriter F** (gereklidir): *Semptomlar 1 aydan uzun sürer.*
- **Kriter G** (gereklidir): *Semptomlar, sıkıntı veya işlevsel bozukluk yaratır (örneğin, sosyal, mesleki).*
- **Kriter H** (gereklidir): *Belirtiler ilaç, madde kullanımı veya başka hastalıklardan kaynaklanmamaktadır*

### 2.3.Uyku Problemleri

Uyku problemleri toplum içinde oldukça yaygın bozukluklardır. Toplumun %30 luk bir kısmı ayın en az birkaç günü süren uyku problemi yaşadıklarını belirtmişlerdir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013) Uyku bozuklukları, önceden olan tıbbi ve psikiyatrik sorunları azdırabilmekte ve neden olabilmektedirler. Uyku bozuklukları aynı zamanda yüksek oranlarda depresyona, anksiyeteye ve gün içinde işlev bozukluklarına neden olabilmektedir (Thorpy, 2004). Aynı zamanda düşük mesleki performans, motorlu taşıt kazalarına, kardivasküler ve endokrin bozukluklarına ve ağrı eşiğinde artışa neden olabilmektedirler (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013; Breslau, 1996; Lockley, 2007).

Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması, 2.baskı (ICSD-2) (Amerikan Uyku İlaçları Akademisi) Amerikan Uyku İlaçları Akademisi tarafından, tanılarıdaki tanımları standartlaştırmak ve sistematik bir yaklaşım yaratmak için basılmıştır (Amerikan Uyku İlaçları Akademisi, 2005). Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması 2.baskı (ICSD-2) uyku bozukluklarını sekiz majör alt gruba ayırmaktadır; insomnia sorunu, uyku ile ilişkili solunum bozuklukları, merkez kökenli hipersomniler, sirkadien ritim bozuklukları, parasomniler ve uyku ile ilişkili hareket bozuklukları (Amerikan Uyku İlaçları Akademisi, 2005).

#### 2.2.1. İnsomnia

Hastalar uykuya dalmaktan (uykuda başlayan insomnia) veya uykuda kalma güçlüğünden (uykuyu sürdürmemeye) şikayet edebilirler. Bu durum

genellikle sabahları uykulu uyanışlar veya geceleyin uyanma sorunları şeklinde kendini göstermektedir ((Bae, 2008; Benca, 2006; Boeve , 2004; Schenck, 1996; Silber, 2007). Yakın tarihli bir Ulusal Sağlık Enstitüsünün görüş birliğine göre insomnia, hastanın uyku için yeterli fırsat ve koşullara sahip olmasına rağmen ortaya çıktığı zaman bir bozukluk olarak tanımlanır ve gündüz işlevinde veya duygu-durum belirtilerinde bozulmayla ilişkilendirilmelidir (National Institutes of Health State of the Science Conference, 2005). Gün içinde dikkatsizlik, hafıza ve konsantrasyonda bozulma, mesleki ya da sosyal ortamlarda düşük performans, işyerinde veya sürüş esnasında artan hatalar, gerginlik baş ağrısı, mide-bağırsak semptomlar veya yorgunluk gibi belirtiler gösterebilir. Duygu-durum belirtileri enerji ve motivasyonun azalması, hoşnutsuzluk, huzursuzluk ve anksiyeteyi içerir (Silber, 2007).

Amerika Birleşik Devletleri nüfusunun yaklaşık % 9-15'i, sabah sorunlarıyla birlikte kronik insomnia belirtileri bildirmiştir (Ohayon, 2002). Benzer şekilde, Avrupa nüfusu uykusuzluğa % 16.8 oranında sahiptir ve bunların % 64.5'i aynı zamanda uyku bozukluğu veya psikiyatrik bozukluklardan şikâyetçidir. İnsomnia için risk kadınlarda daha fazladır (Ohayon, 2002). Altmış beş yaşın üzerindeki nüfusun üçte birinden fazlası insomnia belirtileri gösterir. Bu bulgu, fiziksel hareketsizlik, toplumsal yaşama duyulan memnuniyetsizlik ve yaşlı erişkinlerde görülen tıbbi sorunlar ile birlikte görünmektedir. Bu faktörleri kontrol ederken, sadece yaş önemli bir faktör değildir. Kronik insomnia, hastaların tıbbi ve psikiyatrik hastalıkları ile birlikte olumsuz etkilere neden olabilir (Lockley, 2007; Gottlieb, 2007) İnsomnia ağrı algısını artırabilir ve endokrin rahatsızlıklarının gelişimi ile ilişkilidir. İnsomnia, hipertansiyon veya kardiyovasküler hastalık riski artışı ile bir ilgisi olabilir (Mannino, Phillips, 2007). Yetersiz uyku, motorlu araç kazaları, mesleki hatalar ve zayıf çoklu görev masrafları gibi artan halk sağlığı risklerine yol açabilir (Breslau, 1996).



### 2.2.2. Sirkadiyal Ritim Uyku Bozuklukları

Sirkadiyen ritim, 24 saatlik bir günü izlemek için ritmik döngülerini harici uyarılarla eşleştiren vücudun iç zamanlama sistemine atıfta bulunur. Sirkadiyen ritimler uyku ve uyanma döngüsünü, kortizol salınımı, vücut sıcaklığı, melatonin seviyeleri ve diğer fizyolojik değişkenleri etkiler. Sirkadiyen ritim bozukluğu olan hastalar, endojen sirkadiyen zamanlaması ile dış etkenler arasındaki yanlış hizalanma nedeniyle kronik ya da tekrarlayan uyku bozukluklarına (insomnia veya aşırı uyuma) sahiptir (Amerikan Uyku İlaçları Akademisi, 2005; Lu, 2006; Okawa, 2007; Reid, 2004). En yaygın görülen bozukluk uyku ve uyanma ile karakterize edilen gecikmiş uyku fazlı tiptedirler. Bu, geleneksel uyanma süreleri uygulandığında genellikle gündüz uykusuzluğuna neden olur.

Bireyler genellikle sabah saat 2'den akşam 6'ya kadar, sabah 10'dan akşam 1'e kadar uyumayı tercih ederler. Genel nüfusta yaygınlık % 0.17 olarak tahmin edilse de, ergenlerin yaklaşık % 7'sinde görülür ve erkeklerde daha sık görülür (Okawa, 2007). Gerilemiş uyku fazı tipi daha az görülür ve bu tip faz gerilemesinde istenen uyku ve uyanış saatlerinin daha erken vakitlere doğru kaydığı görülmektedir. Konvansiyonel uyku zamanının gerektiği bazı durumlarda, hastalar erken kalkmaya ve kronik insomnia çekmeye devam etmektedirler (Reid, 2004). *Jet lag*, zaman dilimlerinde hızlı değişikliğe neden olan ekzojen ışık uyarılarının zamanlamasını değiştiren sirkatken ritim bozukluğunun başka bir şeklidir. Bu değişiklik, uygun zaman ve gündüz uykusu durumunda uykuda zorlanmanın geçici semptomlarına neden olur. *Jet lag*, sirkadiyen ritimlerin ayarlanması daha uzun süren yaşlı erişkinlerde genellikle daha şiddetlidir (Lu, 2006).

### 2.2.3. Parasomniler

Parasomniler, uyku ve uyanış arasındaki geçişlerde ortaya çıkan istenmeyen deneyimlerden veya davranışlardan oluşur. Bunlar, merkezi sinir sistemi aktivasyonunu ve uyanıklığı, hızlı göz hareketi (REM) veya non-REM uykusuna sokarak, mecburi olmayan motor, duygusal veya otonom aktivitelerini

üretmektedirler. REM bazlı uykuya bağlı olmayan parasomniyalarda kabuslar ve hızlı göz hareketleri uyku davranışı bozukluklarına neden olmaktadır (RBD) (Avidan, 2006; Ferini-Strambi, 2005; Lee-Chong, 2005; Leo, 2003; Mahowald, 2004; Farid, 2004; Vaughn, 2007; Zaiwalla, 2005).

#### 2.2.4. Obstrüktif Uyku Apnesi

Obstrüktif uyku apnesi (OSA), kan oksijenasyonunun azaldığı, epizodik üst hava yolu obstrüksiyonu (kısmi tıkanma) görüldüğü ve uykudan kısa uyarılardan uyanıldığı koşullardan oluşan uyku bozukluğu olan bir solunum şeklidir. Sürekli solunum emisyonuna rağmen, solunum yollarının tamamen tıkanmış olduğu bir bölüme apne adı verilmekte ve kısmi çabayla devam eden kısmi tıkanmaya hipopne denilmektedir. Olaylar tipik olarak 10 ila 30 saniye sürer, ancak 1 dakika veya daha uzun sürebilir. Olaydan hemen sonra kan oksijenlemesi başlangıçtaki konuma dönmektedir (Amerikan Uyku İlaçları Akademisi, 2005).

#### 2.2.5. Uyku Kalitesi

İyi uyku kalitesi, daha iyi sağlık, daha az gündüz uyku hali, daha iyi refah ve daha iyi psikolojik işlev gibi çeşitli olumlu sonuçlar ile ilişkilendirilebilmektedir (Hyppa, 1989). Kötü uyku kalitesi, kronik uykusuzluğun belirleyici özelliklerinden biridir (Edinger, 2004). Uyku kalitesi yapısı deneysel literatürde yapılan bir incelemeye göre, yaygın olarak kullanıldığında, henüz tam olarak anlaşılmadığını ortaya konmuştur. Akerstedt, Hume, Minors ve Waterhouse (Akerstedt, 1994) 'ın ifadesine göre "Aslında öznel olarak iyi uykuyu neyin oluşturduğu ve bunun nasıl ölçüleceği hakkında çok az sistematik bilgi var". Buysse ve ekibine göre de "Uyku kalitesini "kompleks" olarak adlandırıp objektif olarak tanımlamanın ve ölçmenin zor olduğunu belirtmektedir (Buysse, Reynolds, Monk, Berman, Kupfer 1989).

Deneysel araştırma sonuçları uykusuzluk sorunu yaşayan hastalarda uyku kalitesinin karmaşıklığını vurgulamaktadır. Araştırma çalışmaları "kronik

uykusuzluk öyküsünün zayıf EEG uykusunu öngöremez" olarak belirtmektedir (Rosa, 2006). Benzer şekilde, uyku kalitesi doğrudan uyku miktarıyla ilişkili değildir. Örneğin, literatürde ortak bir bulgu, kendi kendini bildiren uykunun polisomnogram (PSG) tanımlı uyku ile iyi korelasyon göstermediği yönündedir (Moul, 2002). Birçok çalışma, uyku kalitesi ile bireyin uyanma anında ve gün boyunca nasıl hissettiği arasındaki korelasyonları incelemiştir. Sonuçlar, uyku kalitesinin uyanma kolaylığı, (Argyropoulos, 2003) yorgunluk, denge ve koordinasyon duygusu, açık duruş, ne kadar dinlenmiş olmak, ne kadar yenilenip, yenilenmiş biri olarak hissetmek, ruh hali ve uyanıklık duygusu ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Ellis, 1997). Gün boyunca, yorgunluk hissi, daha düşük uyku kalitesi olacağını uyanıklık hissi daha iyi uyku kalitesi olacağını öngörmektedir (Kecklund, 1997).

#### 2.2.6. TSSB ve Uyku Problemleri İlişkisi

Uyku bozukluğu, TSSB' nun temel özelliklerinden biridir (Calhoun, 2007; Dagan, 1997). Yakın zamanda, zayıf uykunun bağımsız olarak depresyonun gelişimini öngördüğü bildirilmiştir (Baglioni, 2011; Buysse, 2008). TSSB (Bryant, 2010; Gehrman, 2013), Yeni bir yerleşim sonrası ortaya çıkan depresyon durumunda ve klinik ve klinik dışı popülasyonlarda intihar riski halinde değişim gösteren uyku bozukluğu, hayata karşı duyulan tatminsizlik ve yeni bir topluma entegre olma konusundaki sıkıntılarla ilişkili bir TSSB semptomu olarak görülebilmektedir (Kark, 2013; Pigeon, 2012; Ribeiro 2012, Wright, 2011,). Ayrıca, bazı verilere göre kötü uykunun muhtemelen TSSB'nin tedavisinin etkinliğini düşürdüğü için uykunun psikoterapinin etkili olduğuna dair bazı kanıtlar bulunmaktadır (Nappi, 2012). Bu kanıt, onarıcı uykunun duygusal anıların pekiştirilmesi için gerekli olduğuna ve korkunun yok olmasında, yaygınlaştırılmasına dayanmaktadır (Payne, 2012; Payne, 2011; Stickgold, 2007; Walker, 2010). TSSB hastalarının yaklaşık %70'inde TSSB ile birlikte görülen uyku sorunları vardır (Babson, 2011). TSSB, uyku etkinliğinin azalması, uyku gecikmesinin artması, uyku parçalanmasının artması ve uykudaki gece-gündüz farklılıklarının artması ile ilişkilidir (Breslau, 2004; Calhoun, 2007; Habukawa, 2007; Straus, 2015). Uykudaki bozulmalar genellikle TSSB' nun

altta yatan semptomlarıyla ilgilidir. Oluşan aşırı uyarılmaya aşırı denetim ve paranoya ortaya çıkabilir. TSSB geçmişe dönüş anları (flashback) ve kabuslara neden olabilir. Bu bölümler travmatik olayı yeniden yaşamaktan ibarettir. Oldukça canlı olabilirler ve genellikle uyanış üzerine hatırlanırlar. Uykudaki hareketlere veya hatta eylemlere ve uyanıklığa geçişe neden olabilirler. Bu, şiddet içeren, hatta yaralanmaya neden olan davranışlara neden olabilir. Uykuda konuşmalara neden olabilir. Bazı anketler, TSSB olan kişilerin % 70'inde uyku şikayetleri olduğunu ve çoğu zaman uykusuzluk ve kabus gördüklerini belirtmektedir.

TSSB tanısı konan travma mağdurların % 71'ine genel toplum örnekleminde görülen oranlar olan sadece % 2 ila % 5'i ile kıyaslandığında sık sık kabuslar (NM) görülmektedir (vanLiempt, 2013). Ampirik bulgular travmatik bir olaydan önce NM'nin depresyon ile ilişkili olduğunu (Pigeon, 2013), uyku kalitesini düşürdüklerini (Davis, 2007) ve TSSB semptomlarının gelişimine ve sürekliliğine katkıda bulunabileceğini (Davis, 2007) ve genellikle ağır travma mağdurları tarafından bildirildiğini göstermektedir (Krakow, 2002).

Uyku ve travma ile ilgili sorunların bir araştırılması sonucu uyku problemlerinin ilk ortaya çıkışının, artmış TSSB ve depresyonu 6 aylık takipte öngördüğünü, buna karşın başlangıç aşamasındaki TSSB ve depresyonun artmış uyku sorunlarını öngörmediğini bulunmuştur (Gerhart vd, 2014). Daha uzun bir takip çalışması aynı şekilde, uyku şikayetlerinin psikiyatrik belirtiler ve negatif duygusallık özelliklerini kontrol ettikten sonra bile, travmatik yaşantıdan iki yıl sonrasına kadar TSSB' nu ve depresyonu tek tek ve kademeli olarak öngördüğü öne sürülmüştür (Koffel, 2013). Bu bulgular, travma öncesi uyku bozukluğunun, önceden mevcut psikopatolojiyi kontrol ettikten sonra bile travmaya maruz kaldıktan sonra TSSB' nun gelişimini öngördüğünü düşündürmektedir.

Sübjektif uyku şikayetleri TSSB temel bir özelliğidir, daha önceki çalışmalar objektif uyku ölçümleriyle (örn., Polisomnografi [PSG], ACT) sübjektif uyku şikayetlerini (yani kişisel bildirim anketleri, uyku günlükleri) tutarlı bir şekilde doğrulayamamıştır (Germain, 2006; Pillar, 2000; Woodward, 1996). Bir

sorun, PSG çalışmalarının tipik olarak yalnızca 1 veya 2 gece veri toplamasına dayanması olabilir; bu, belirti şiddeti aralıklı veya çok değişken olduğunda sorunludur. Dahası, TSSB birçok hasta PSG laboratuvarında daha iyi uyuyabilirler çünkü verilerin ekolojik geçerliliğini tehlikeye atan ev ortamlarına kıyasla araştırma görevlilerinin gözlem altında daha güvenli veya daha fazla korunmuş hissederler (Germain, 2006; Khawaja, 2014).

TSSB tedavisi, bozuklukla ilişkili olan (travmatik olayı tekrar yaşamak, uyarılardan kaçınılması ve genelleşmiş hissizlik, uyarılma artışı) üç etkinliği veya daha önce bahsedilen eylemleri hafifletirken etkili olmuştur; ancak uyku sorunları halen devam etmektedir. TSSB ile bağlantılı ve uykuyu etkileme eğilimi gösteren diğer komorbid durumlar şu şekilde sıralabilir: depresyon; alkol, nikotin, uyarıcı gibi madde kötüye kullanımı; kaygı ve ağrı; veya travmatik beyin hasarı (Vandrey, 2014). TSSB tedavisinde birinci basamak tedavi seçeneği olarak bilişsel davranışçı terapi (BDT) yer almaktadır. BDT, yıkıcı ya da rahatsız edici olan yaşantıları daha çok yordamak etmek için düşünce ve duygularına odaklanır ve çarpıtılmış düşüncelerin üstesinden gelmek ve daha iyi nasıl başa çıkılacağını öğrenmek için günlük kaydı, rol yapma, rahatlama teknikleri ve akıl yürütme gibi stratejileri kullanır. Görüntülerin Prova edilmesi (Imagery Rehearsal) kabus tedavisi için kullanılan bir yaklaşımdır. Bu protokolde, hastaya tekrarlayan, rahatsız edici bir kabus hatırlatılır ve daha sonra kabusun bir ayrıntısını daha hoş bir sonuca ya da belleğe dönüştürmesi ve yeni rüyayı düzenli olarak prova etmesi sağlanır. Bu durum kişinin travma sonra stres bozukluğu belirtilerini denemek ve hafifletmek için bir tedavi protokolüne dönüştürülebilecekleri bir fırsat olabilmektedir. Bununla birlikte, TSSB' nun diğer semptomları için tedaviye olumlu tepki vermesine rağmen, uyku bozuklukları bir problem olmaya devam etme yönünde güçlü bir eğilim göstermektedir (Black, 2014 ).

### **2.3. Disosiyasyon**

Bin sekiz yüz seksen dokuz yılında Pierre Janet tarafından önerilen disosiyasyon kavramı, histerik hastalarda gözlemlendiği gibi, normal olarak

entegre olmuş hafıza, kimlik, algı ve/veya bilinç işlevlerindeki bozulmayı tanımlar (Krystal, 1996).

Disosiyasyon, bir dizi olguyu: hayal kurma, amnezi, hiptonik tepkiler, çevrenin unsurlarının gerçek dışı olduğu hissi (çevreye yabancılaşma) ve kendin gibi hissetmeme (kişilik bozukluğu) gibi birbirinden farklı belirtileri içerir. Disosiyasyon aynı zamanda bu vasıta ile davranışların, düşüncelerin ve duyguların birbirinde ayrılabilirdiği süreç olarak adlandırılır (Boysan, 2016).

Disosiyatif deneyimler sıklıkla heyecan, yorgunluk, kaygı, uyku, duyuşsal yoksunluk, akut stres, alkol veya uyuşturucu kullanımı, ritüeller ve hipnoz sırasında görülür. Disosiyatif deneyimler her yaşta ve kültürde erkeklerde ve kadınlarda görülmüştür. Doğada işlevsel olduğu düşünülse de (diğer bir deyişle bedensel bir nedene sahip olmamasına rağmen), disosiyasyonun temporal lob epilepsisi gibi bir dizi nörolojik durumda meydana geldiği bilinmektedir. Travma ortaya çıkması sırasında ve sonrasında birçok kişi çeşitli geçici disosiyatif semptomlar gösterecektir (bkz. Peritratmatik Disosiyasyon). Akut Stres Bozukluğu ve TSSB'nun (TSSB) birkaç semptomu, özellikle hissizleşme ve ayrılma duygusu, travma ile ilgili maddelerin bilişsel olarak önlenmesinin yanı sıra disosiyatif olarak görülebilir. Disosiyatif benzeri semptomlar aynı zamanda panik bozuklukta (örn., çevreye yabancılaşma ve kendine yabancılaşma), psikotik bozukluklarda (örn., halüsinasyonlar, benliğe yabancılaşma hissi, sorumluluk duygusu eksikliği), somatoform rahatsızlıklarda (örn., işlevsel parastezilerde) ortaya çıkabilir (örn., uyurgezerlik), bazı kişilik bozukluklarında (örn., kendine zarar verme) ve aynı zamanda yeme bozukluklarında (örn., doldurma bölümünde) görülebilir. Disosiyasyon, DMS-V kriterlerine göre "*iki veya daha fazla farklı kimliğin varlığı ile veya normal unutkanlık tarafından açıklanamayan, kişisel bilgilerin hatırlanamamasının eşlik ettiği başka kişiliğin kontrolü altında olma ile karakterizedir*" şeklinde ifade edilmektedir (Krystal, 1996).

Patolojik ve patolojik olmayan disosiyatif deneyimler arasındaki binişmeler ve onların nörolojik ve psikiyatrik bozukluklarla olan benzerliğinden

dolayı, genel nüfusta bu gibi deneyimlerin yaygınlığını değerlendirmek zor olmuştur (Kihlstrom, 2005).

Disosiyasyon geleneksel olarak normalden patolojiğe doğru değişim göstererek süreklilik gösteren bir fenomen olarak kavramsallaştırılmıştır. Dissosiyasyonu ölçenaraçlarınanalizleri, belirli disosiyatif deneyimlerin, diğer günlük dissosiyatif benzeri deneyimlerle ilgisi olmayan niteliksel olarak farklı semptomlarınbir toplamını oluşturduğunu göstermiştir (Waller, 1996). Foa ve Hearst-Ideka'ya (1996) göre disosiyatif semptomlar, travmanın ve daha sonrasında travmanın anılarının bunaltıcı sonuçlarından, zihinsel kaçış girişimleridir. Disosiyasyon yoluyla duygusal öz düzenleme konusundaki bu girişim, psikolojik işleme ve travmadan kurtulmayı engelleyebileceğinden dolayı uyumsuz olarak kabul edilir (Foa, 1996). Sodyum laktat, yohimbin ve metaklorofenil-piperazin gibi maddelerin TSSB veya panik bozukluğu olan hastalarda disosiyatif semptomları ortaya çıkardığı, ancak normal kontrollerde olmadığını göstermiştir (Krystal, 1996).

Bu gibi bulgular, korku ve uyarılmışlık düzenlemesini içeren ve prefrontal, duyu ve parietal korteks, hipokampus, hipotalamus, amigdala ve omurilik gibi bir takım korteks yapılarını etkileyen lokus coeruleus / noradrenerjik sistemin içinde rolü olduğunu belirtmektedir (Bremner, 2006).

Disosiyasyon kavramı, birçok psikoterapik tedavinin temelini oluşturur ve amacı psikolojinin ayrılmış bileşenlerini bilincin ana akımına geri getirmektir.

Disosiyasyon ile ilgili mekanizmaların tam bir açıklaması hala zordur. Altında yatan süreçle ilgili temel bilimsel bilgi büyük ölçüde hipnoz ve TSSB araştırmalarında türemektedir. Bu araştırma, disosiyasyon ile ilgili olan psikolojik ve nörobiyolojik etkenlerin yalnızca geçici bir kısmını açıklayabilmiştir. Bu modellerin çeşitli yönleri hayvanın yanı sıra insan çalışmalarının da katkısını beklemektedir. Henüz keşfedilmemiş olan mekanizmalar tarafından aracılık edilen birkaç belirli disosiyatif deneyim türü olduğu hipotezi bu aşamada oldukça mantıklı görünmektedir. Modern araştırma ve teorinin tartışmalı durumu

dikkate alındığında, disosiyasyon terimini betimleyiciden ziyade açıklayıcı biçimde kullanmak daha uygun olur (Perry, 1984).

### 2.3.1. Disosiyasyon ve TSSB İlişkisi

TSSB ve dissosiyasyon ile ilgili literatürün çoğu, TSSB'nin bir ön belirleyicisi olarak travma anındaki ayrışma rolüne (peritravmatik ayrışma) odaklanmıştır. Peritravmatik dissosiyasyon potansiyel olarak rahatsız edici boyutta farkındalık, hafıza bozukluğu veya travmatik bir deneyim sırasında ve sonrasında değişen algıları içerir (Bremner, 2013). Ozer ve arkadaşları (2003) tarafından yürütülen 68 araştırmanın bir meta-analizi, daha sonraki TSSB semptomlarına peritravmatik disosiyasyonun katkısı için orta düzeyde ilişki ortaya koymuştur. Özellikle, bu ilişki toplum veya tıbbi modellere kıyasla zihinsel sağlık hizmeti arayan insanlar arasında daha güçlüdür. Ayrıca, bu ilişki, travma sonrası 6 aydan daha kısa veya 3 yıldan daha uzun olan TSSB semptomlarını araştıran çalışmalar arasında en güçlüsüdür. Özellikle peritravmatik disosiyatif deneyimler çoğunlukla kendine yabancılaşma ya da çevreye yabancılaşma içerir (Ozer, 2003). Van der Hart ve meslektaşları tarafından ortaya atılan tanımlayıcı konular bağlamında, gelecekteki çalışmalar için bilinçteki bu değişikliklerin aslında disosiyatif fenomenler olup olmadığını değerlendirmek önemlidir (Van der Hart, 2009).

Peritravmatik dissosiyasyonun geriye dönük olarak değerlendirilmesi ile ilgili problemler, peritravmatik disosiyasyon ile TSSB arasındaki bağların nasıl yorumlanacağı üzerine karışıklığa neden olmuştur. Örneğin, Marshall ve Schell toplumsal şiddete maruz kalan 413 genç yetişkinin örnekleminde maruziyet sonrası 3. ayda ve 12. ayda peritravmatik dissosiyasyonu değerlendirdiler. Buna göre peritravmatik dissosiyasyon ile TSSB arasında yüksek bir korelasyon olduğu bulunmuştur (Marshall, Schell, 2002).

Peritravmatik dissosiyasyon, boylamsal olarak ölçülen TSSB semptom şiddeti ile yüksek korelasyona sahiptir. Ayrıca, gün bazındaki maruziyete dair peritravmatik dissosiyasyon düzeyleri 3 ve 12 aylık bildirimlerde farklılık göstermektedir. Bu nedenle, peritravmatik dissosiyasyonun geçmişe dönük



değerlendirmesi mevcut TSSB semptomlarının bir fonksiyonu olarak zamanla değişime uğramış gibi görünmektedir. Geçmişe dönük değerlendirmenin sınırlılığına rağmen, çeşitli çalışmalar, peritratmatik disosiyasyon ile daha sonra ortaya çıkan TSSB belirtileri arasında ileriye dönük olarak ilişkiyi ortaya koymaktadır. Örneğin, Shalev ve arkadaşları travmaya bağlı fiziksel yaralanmaları olan 51 hastanın hastaneye yatırılmasından bir hafta sonra peritratmatik disosiyasyonunu değerlendirdiler. 6 aylık izlemde, örneklemin % 26'sı TSSB tanı ölçütlerini karşılamıştır. TSSB gelişenlerin başlangıç değerlendirmesinde TSSB olmayan kişilerden daha yüksek peritratmatik disosiyasyon seviyeleri gösterdiği görülmüştür. Buna ek olarak, peritratmatik disosiyasyon TSSB semptom yoğunluğundaki varyansın % 29'unu açıklamıştır (Shalev, 1996).

Ayrıca peritratmatik disosiyasyon, travma anında değerlendirilen diğer değişkenlerden (olay şiddeti, saldırı belirtileri, kaçınma, depresyon ve anksiyete) daha iyi TSSB tanısını öngörmüştür. Peritratmatik disosiyasyon ile daha sonraki TSSB semptom şiddeti arasındaki bağlantılar, disosiyasyonun koruyucu bir işlevi yerine getirdiğini ve hem disosiyasyonun motivasyonu hem de adaptif / uygunsuz sonuçlarının birlikte sorgulanması gerektiğinin altı çizilmektedir. Örneğin, Holmes ve arkadaşları son derece tehditkar bir travma sırasında objektifliğin, tetik halinde ve tedbirli olmak, dikkati genişletmek ve duyguyu azaltmak suretiyle, bireyin tehdit edici bir durumda davranışsal kontrolü sürdürmesine yardımcı olabileceğini önermektedir. Bununla birlikte, aynı objektifliğin travmatik bilgilerin kodlamasını aksatabilir, böylece müdahale görüntüleri ve *flashback*'lerle sonraki sorunları arttırabilir (Holmes, 2005).

Van der Hart ve ekibi konu ile ilgili olarak, yapısal disosiyasyonun yalnızca bütünleşebilme kapasitesinden yoksun kişilerde savunma işlevi gördüğünü; bütünleştirici kapasite arttıkça, savunma olarak yapısal disosiyasyonun faydasının azaldığını ifade etmiştir (Van der Hart, 2009). Artan miktarda araştırma, peritratmatik disosiyasyon-TSSB ilişkisinin alternatif yorumlarını önermektedir. Örneğin, Panasetis ve Bryant, peritratmatik disosiyasyon (olay anındaki disosiyasyon) değil, kalıcı disosiyasyonun

(değerlendirme anında disosiyasyon) motorlu taşıt kazaları veya cinsel dışı saldırıları takiben hastaneye yatan giren katılımcılarda akut stres bozukluğunun (ASD) şiddetini ve intrüzyon belirtilerini öngördüğünü bulmuşlardır (Bryant ve Panasetis, 2003). Benzer şekilde, Briere ve ekibi, bu ilişkiler tek değişkenli bir yaklaşımla test edildiğinde, peritratmatik ve sürekli disosiyasyonun her ikisinin de sonradan ortaya çıkan TSSB ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (Briere, 2005). Bununla birlikte, sürekli disosiyasyonun değerlendirildiği çok değişkenli (multivaryans) analizine göre, peritratmatik disosiyasyonun , sonradan ortaya çıkan TSSB semptomlarının tahmini için katkıda bulunduğunu gösterilmiştir. Kaplow ve arkadaşları, 156 cinsel istismara uğramış çocukta TSSB belirtileri olan disosiyasyon, kaçınma ve anksiyete (adli tıp araştırmasında açıklama anında ölçülmüştür) katkısını incelemiştir (Kaplow, 2005). Açıklamada kaçınma, disosiyasyon ve kaygıların hepsi doğrudan TSSB semptomlarına katkıda bulursa da, disosiyasyon en güçlü ön görü belirtileridir. Buna ek olarak, disosiyasyon, anksiyete belirtileri üzerinden dolaylı olarak TSSB semptomlarını yordamıştır. Birlikte ele alındığında, bu çalışmalar disosiyasyon ile TSSB arasındaki zamansal ilişkiyi değerlendiren ek araştırmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Yakın zamandaki çalışmalar, aslında peritratmatik disosiyasyon ile TSSB arasındaki ilişkiye aracılık edebilecek değişkenlere işaret etmektedir.

Putnam ve arkadaşları, psikiyatrik ya da nörolojik hastalar ya da tipik ergenler ya da erişkinler olan 1566 bireyde dissosiyatif eğilimler üzerine yapılan bir çalışmada, TSSB tanısı konan katılımcıların yarısının dissosiyatif deneyimler skalası (*Dissociative Experiences Scale, DES*) üzerinde aşırı derecede, diğer yarısı ise normal aralıklarla puan aldığını bulmuştur. Putnam bu araştırmayı takiben, biri patolojik ayrışmayı da içeren iki TSSB formunun olup olmadığını sorgulamaktadır (Putnam, 1996). Benzer şekilde, Briere ve meslektaşları, TSSB tanısı konan katılımcıların yaklaşık % 44'ünde bir disosiyasyon ölçeğinde klinik olarak yüksek puanlar bulunmadığını bulmuşlardır (Briere, 2005). Diğerleri ise TSSB semptomlarının dissosiyatif semptomlar olarak kavramsallaştırılabileceğini savunmaktadır. Örneğin, Brown, Steele, Nijenhuis, ve Van der Hart (2005) dissosiyasyonun TSSB 'nin temel bir özelliği olduğunu önermişlerdir. TSSB

semptomlarının, dissosiyatif semptomlar olarak kavramsallaştırılabileceği düşünülmüştür. Buna göre TSSB 'yi disosiyasyonun iki kategorisine pozitif (örn., Travmatik hafıza ve kabuslar) ve negatif (ör., Etkilenme kaybı, hafıza kaybı) olmak üzere uyarlamışlardır. Bu mantığa göre, TSSB ve dissosiyasyon arasındaki yüksek korelasyonlar şaşırtıcı olmamalıdır; zira bunlar, aynı temel yapılanmanın bir parçasıdır (Van der Kolk, 1996).

## 2.4.Travma Bilişleri

Bu bölümde, birtakım TSSB bilişsel teorileri sunulmuştur. Listenin ayrıntılı olması amaçlanmamıştır. Sunulan kuramlar, bilişsel teori sınıflarının örnekleri olan (tekil değil) prototip oldukları için seçilmiştir.

### 2.4.1. Şema Odaklı Kuramlar

Şema terimi, bilginin zihinsel olarak temsil edilmesinin bir yolunu belirtmek için kullanılmaktadır (Fiske, 1980). Şemaların görevi bilgiyi farklı seviyelerde soyutlayarak bilginin organizasyonunu sağlamaktır. Bu tür bir organizasyona göre şematik betimlemeler, bu deneyimlerin ortak noktalarını ve düzenlerini kodlamak ve zihin içinde onları temsil etmek yoluyla, sayısız deneyimin ve hayatın kaosuna düzen getirmektedir. Şemalar daha sonra dünyanın, kendimiz ve diğer insanların modelleri olarak hizmet eden zayıf zihinsel temsiller haline gelmektedir. Sonuç olarak, şemaların varlığı, deneyimlerin yerine getirilebileceği bir plan hazırlayarak döngüyü, her yeni tecrübeyle, zihinsel olarak yeniden keşfetme ihtiyacını ortadan kaldırmaktadır. Gelen tüm bilgilerin karşılaştırılabileceği ve bu bilginin filtrelenebileceği gibi mevcut bir temsili yapı sağlayarak, şemalar mutlaka bir önsel bilgi (*apriori*) sunmaktadır. Piaget, mevcut şemalar için dünyanın geçerli temsilleri olarak kabul edilemez hale geldiğinde, yavaş şematik değişimin bir noktaya kadar gerçekleştiği yönündeki görüşünü bildirmiştir (Kucukkaragoz, 2006). Piaget'in belirttiği gibi bu noktada (ya da gelişim aşamasında), eski şemalar terk edilmekte ve yeni şemalar oluşturulmaktadır. Diğer yazarlar, farklı koşullar

altında hızlı şema değişiklik süreçleri göstermişlerdir. Örneğin, Rothbart (1981), şemaların (terminolojideki stereotiplerin) en az sayıdaki belirgin, çok uyuşmayan kritik durumlarla karşı karşıya kaldığında nispeten ani bir "felaket" değişim mekanizması için savunduğu dönüşüm modelini öne sürmüştür (Mary vd.,2011).

Aslında, şemalar, bilgi organizasyonu ile ilgili iki, çok güçlü açıklayıcı ilke sunmaktadırlar. Birincisi, soyutlamanın farklı seviyelerinde temsil edilen geçmiş deneyimin, devamlılıkların ve tüm yeni deneyimlerin işlendiği filtreler gibi davranması fikridir. Böylelikle, bir kişinin mevcut ve geçmiş gerçeklik hissi şemaya tutarlı bir şekilde organize edilir. Bu fikir, şematik gösterimlerin içeriğinde ve doğasında geçmiş tecrübelerin bir fonksiyonu olarak bireysel farklılıklar ortaya koyma imkânı verir. İkinci açıklayıcı ilke, şematik gösterimlerle önemli ölçüde tutarsız olan yeni deneyimler veya bilgilerin yıkıcı ve öncü şemalar tarafından asimile edilmesi veya bir şekilde özümsemesi ve / veya değiştirilmesi (uymak) için kullanılmasıdır (Dalglish, 2004).

Psikopatolojiye şema temelli yaklaşım, şema yapısının sorunlarına verimli bir şekilde uygulandığı, Beck'in bilişsel tedavisidir (Beck, Emery, 1985; Beck, Freeman, 2004; Beck, Rush, 1979). Anksiyete bozukluklarından, şizofreniye kadar uzanmaktadır. Bu durumda, şema teorisinin neden TSSB 'nu açıklamakla ilgilenen teorisyenlere, itirazda bulunduğu açıktır. TSSB, travmatik olay deneyimini kişinin önceden olan şeylerle, anlayış şekline uydurmaya yöneliktir. Bu tür bir öncül anlayışın temsili için teorik olarak şema kavramı, travma sonucu ya da iyileşme sürecinin bir sonucu olarak, daha önce sözü edilen anlamın, dönüşümü olan bu anlayıştaki değişiklikleri modelleme olanakları açmaktadır. Ayrıca, önceki tecrübelerdeki bireysel farklılıklar ve mevcut zihinsel sağlık üzerindeki etkisi, şematik betimlemelerin niteliği ve içeriğindeki farklılıklar olarak kavramsallaştırılabilmektedir. Bu,geçmişteki bilginin nasıl bir kişiden diğerine değişik şekillerde düzenlenebileceğini açıklar .

Travma sonrası stres alanındaki şema teorisinin iki temel uygulaması vardır. Psikodinamik psikolojide ilk ortaya çıkan çalışma psikodinamik psikoloji (Horowitz, 1980) ve ikincisi toplumsal bilişsel çalışmadan türetilmiştir (Janoff-Bulman 1989). Janoff-Bulman'ın yaklaşımı vurgu bakımından önemli derecede farklı olmasına rağmen, Horowitz'in çalışması bu genel yaklaşımı temsilen

ayrıntılı olarak tartışılmaktadır. Horowitz'in stres tepki sendromu formülü, stres yanıtı sendromlarının Horowitz'in (Horowitz, 1980) formülasyonu, klasik psikodinamik psikolojideki kökenleri, travma ile ilgili bilginin işlenmesi için bilişsel sistem içindeki ana itici gücün, tamamlama eğilimi olarak adlandırdığı belirli bir psikolojik sürece dayandığını savunmuştur. Bu, psikolojik "yeni bilgileri, daha eski bilgilere dayanan iç modellerle eşleştirme ihtiyacı ve ikisi de kabul edilinceye kadar revizyonunu sağlamayı" yansıtmaktadır (Horowitz, 1980).

Horowitz, Festinger ve Mandler tarafından önceki çalışmalarından tamamlanma (bitirme) formülünü türetmiştir ve özünde, tamamlama (bitirme) eğilimi, anlamsal yapıların sürekli güncellenen ve bilgi olarak asimilasyona ve yerleştirme süreçlerinin arkasındaki itici güç olarak düşünülebilir ve mevcut gerçeğe göre yeniden örgütlenmiştir (Horowitz, 1980; Mandler, 1985). Horowitz, travma deneyiminin ardından, stres tepkisinin kuralcı seyrinde, travmanın düşünceleri, anıları ve imajlarının mevcut ("travma") içinde organize edilemeyeceği, bir ilk "ağlama" reaksiyonu olduğunu ileri sürmüştür. Horowitz, travmatik bilgileri bilinçsizce tutmak ve "endişeli, yorgun bir zihin durumu" na girmekten kaçınmak için sonuç olarak bir dizi psikolojik savunma mekanizmasının yürürlüğe girmesini önerdi. Sonuç olarak, birey uyuşma ve inkar dönemi geçirir. Horowitz'in konumu, yukarıda tartışılan şematik değişikliğin temelde muhafazakar niteliğiyle uyumludur ve burada bilişsel işlem mevcut olan (bu durumda travma öncesi) şematik yapıların korunması lehine önyargılıdır. Horowitz savunma manevraları sırasında (tamamlanma eğiliminden dolayı) aktif hafıza olarak adlandırdığı şeyde travma ile ilgili bilgilerin korunduğunu savunmuştur. Bu, motivasyonel özelliklere sahip, başarıyla tamamlanıncaya kadar içeriğini bilinçli farkındalığa dönüştürme yönünde içsel bir eğilimi olan bir bellek türüdür. Travmanın aktif hafızası travmatik bilgilere, geri tepkiler, kabuslar ve istenmeyen düşünceler (TSSB' nin tekrar deneyimleme semptomları) şeklinde psikolojik savunmaları aşmaya neden olmaktadır. Horowitz'e göre, tamamlama eğilimi ile diğer psikolojik savunma mekanizmaları arasındaki bu gerginlik, travmatik madde olarak yavaş yavaş, uzun vadeli şematik betimlemelerine asimile edilerek bireylerin saldırı ve inkar-uyuşma evreleri arasında salınmasına neden olur ve ona neden olur aktif hafıza deposundan

yavaş yavaş silinmektedir. Bu yavaş şematik değişikliğin bir sonucu olarak, Janoff-Bulman (1985) modelinde "belirli varsayımların aşırı güvenle yapıldığı ve meydan okumadığı ölçüde, yıkıcı sonuçlar ile birlikte tamamen parçalanmış olma ihtimali daha yüksektir" şeklinde ifade etmektedir (Horowitz, 1980; Janoff-Bulman, 1989; Janoff-Bulman, 1992).

#### 2.4.2. Şema Odaklı Kuramın TSSB'yle İlişkili Değerlendirilmesi

Şema temelli teorinin analizinden çıkan ilk nokta, tek bir temsil biçimi olarak ve uygulama aralığını bir psikopatoloji formuyla keşfederek elde edilen etkileyici açıklayıcı güçtür. TSSB şema modelleri, bozukluğun çekirdek verilerinin hesaplanamayacaklarından çok daha fazlasını açıklayabilmektedir. TSSB şema teorileri, daha önce açıklanan iki temel açıklayıcı ilkeyi kullanarak şematik gösterimlerin içeriği ve doğasının tüm yeni bilgilerin nasıl işlendiğini ve şema ile uyumsuz yeni bilginin bu tür işleme için sorunlu olduğunu belirler. Bu iki ilkenin travmaya uygulanması, TSSB' nun temel semptomlarını sağlam bir şekilde ortaya koymaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994). Yeniden deneyim semptomları, mevcut şemalarla kolayca organize edilemeyen bazı aktif hafızada depolanmış travma ile ilgili bilgilerin bilinçliliğine sokulma olarak kavramsallaştırılmıştır (Janoff-Bulman, Berg, 1998). Travmanın bu kadar tekrarlanması travmatik bilgiyi öncesi travma öncesi şemalara yavaş yavaş asimile etme sürecinin ayrılmaz bir parçasıdır. Aşırı uyarılma semptomları, aktif hafızadaki bu tür travma ile ilgili bilgilerin yaygınlığını yansıtıyor gibi görülür. Bununla birlikte, aktif bellek kavramıyla ilişkili bazı sorunlar vardır ve bunlar bir sonraki bölümde şema teorisini bir teori olarak değerlendirmektedir. Şema tabanlı teorideki kaçınma belirtileri, şematik değişim sürecinin hızını düzenlemek ve sistemin duygusal aşırı yüke girmesini engellemek için gerekli savunma manevraları olarak görülüyor. Şema hesapları böyle bir şematik değişikliğe odaklandığından travmayı takiben anlam dönüşümünün sağlam modellerini temsil eder (Boals, 2009; Cameron, 2010; Gold, 2005; Mandler, 1985).

Bununla birlikte, duyguların şema temelli teoriye nasıl uyduğunu daha az açıktır. Şema teorisyenleri duygular üzerine çok fazla fikir yürütmektedirler. Ancak, utanç duygusunun trajik bir tecrübenin ardından nasıl ortaya çıktığı henüz tam anlaşılammıştır. Bu hem otomatik olarak üretilen hem de değerlendirmeye dayalı duygular için geçerlidir (Hathaway, 2010). Şema temelli teori içinde TSSB' nun iyileşmesinin normatif seyri travma ile ilişkili materyalin öncesi travma öncesi şema yapılarına kademeli olarak asimilasyonunun basit bir fonksiyonudur. Maruz kalma terapisinin etkinliği ve şema teorisi tarafından da kapsamaktadır. Bununla birlikte, maruz kalma terapisinin neden birçok kişiye saldırı ve kaçınma "doğal" salınımından çok daha yararlı olduğunu açıkça belirtmek mümkün değildir (Mills, 2010). Bununla birlikte, bu, maruz kalma terapisinde, terapi dahilinde kullanılan yaklaşımların savunma güdüsü güçlü olan kişiler için yararlı olacağı konusunda daha fazla bilgi mevcuttur. Böylelikle travmatik olayın duygusal olarak işlenmesine dair bilgi akışı engellenir, ancak bu bulgu, travma sonrası stresin tedavisinde maruz kalmanın yaygın yararları için kesin bir yargıya varılması için yetersizdir (Foa, 1996; Kaufman, 2002). Şema temelli teori, TSSB için çeşitli bilişsel terapi biçimlerinin etkilerinin makul bir mantığını sunar (mekanizma olmasa da, aşağıda şema temelli teorinin bir teori bölümü olarak değerlendirilmesi bölümünde tartışılmıştır). Örneğin, Horowitz'in yazılarında, terapide belirli yorumların travma bilgisinin mevcut şemalara entegrasyonunu nasıl kolaylaştırabileceği konusunda büyük bir boşluk ayrılmıştır. Bu nedenle bu alana yönelik herhangi bir terapötik program zihinsel sağlık yararları elde etme olasılığı yüksektir (Horowitz, 1980).

Özetle, TSSB' nun şema temelli teorileri, bozukluğun çekirdek verilerinin birçok yönünü güçlü bir şekilde açıklamaktadır. TSSB semptomlarının otomatitesi hakkında daha az kapsamlı bir açıklama sunarlar; TSSB ile ilişkili duygular; Şema değişim mekanizması; düşünceler, inançlar, değerlendirmeler ve benzerleri gibi referans bilgisi nasıl temsil edilir ve manipüle edilir (örneğin bilişsel terapide). Bu konulardan bazıları, TSSB' nun hesapları yerine, şema teorilerinin teoriler olarak durumu ile ilgilidir. Bu teori ile ilgili konular, şema teorisinin deneysel verilerin spesifik kalıplarını açıklama veya net tahminler üretme becerisini de uzlaştırmaktadır.

### 2.4.3. İlişkilendirilebilir Ağ Teorileri

Şema yaklaşımlarında olduğu gibi, psikopatolojideki ağ teorileri, zihinsel gösterimlerin tek bir yönünü, çeşitli veri kümelerini açıklamak için güçlü bir yol olarak teşvik eder. Şema teorilerinin gücü soyutlanmış bilginin organizasyonu olmakla birlikte, bir ağ teorisinin başlıca avantajı, farklı sunumlar arasındaki bağlantıdır. Dolayısıyla, ağ teorisi teorisyene ne tür bilgi verirse, birbirinden farklı bilgi parçalarının birbirini nasıl harekete geçirip etkilenebileceğine dair bir göstergedir (Bower, 1981). Bu, travmayı hatırlatan bir dizi hatırlatıcı düşüncenin, imajın ve duyguların temel özelliklerini taşıyan TSSB teorisyenlerine açık bir çağrıda bulunur. Literatürde birtakım TSSB ağ teorileri vardır (Chemtob, 1988; Creamer, 1992; Keane, 1985; Pitman, 2000; Tryon, 1998; Tryon, 1999;) daha geniş kapsamlı bir şartlandırma teorisinden kaynaklanan psikotravmatoloji geleneğinden ortaya çıkmıştır (Yates, 1993). En açık ifadeli ağ teorisi, genel olarak ağ yaklaşımlarını prototip olarak temsil eden Edna Foa ve meslektaşlarının erken çalışmalarıdır.

### 2.4.4. Foa'nın Duygusal İşlemeden Korkma Ağı Hipotezi

Foa ve arkadaşlarının TSSB'deki duygusal işleme konusundaki korku ağı hesabı, anksiyete bozukluklarında maruz kalma terapisi mekanizmalarının daha önceki bir modeline dayandırılmıştır (Foa, 1996; Foa & Kozak, 1986), anksiyete bozuklukları için maruz kalma terapisinin korku reaksiyonlarını nasıl azalttığına dair aldatıcı basit soruyu ele almak için hazırlanmıştır. Bir korku ağı önerilmiştir - üç unsurdan oluşan uzun vadeli hafızadaki ilişkisel bir ağ: korkulan nesne (ler) hakkındaki uyarı bilgisi; Korkulan nesnelere bilişsel, davranışsal ve fizyolojik reaksiyonlar hakkında bilgi; ve bu uyarı ve tepki unsurlarını birbirine bağlayan bilgiler. Anksiyete bozukluklarında böyle bir korku ağının patolojik olduğunu ve ağdaki bir veya daha fazla elementle karşılaşıldığında aktif hale gelen "korku programı" olarak hareket ederek bir korku reaksiyonu ürettiğini önermişlerdir. Foa ve Kozak tedavinin görevi, korku ağını artık işlevsiz olmamış şekilde değiştirmektir. Foa ve Kozak (1986), korku ağı modifikasyonunun iki şey



gerektirdiğini önermişti: şebekenin korkuyu yaşaması için şebekeyi harekete geçirmek ve yeni korku uyumsuz unsurlarını şebekeye entegre ederek temel yapısını değiştirmek. Tartışma şu ki, maruz kalma terapisi bu koşulların her ikisini de iki mekanizma ile karşılamaktadır. Birincisi, tekrarlanan maruz kalmanın bir fonksiyonu olarak korkulan uyarana korku reaksiyonunun yok olmasıdır. İkinci söz konusu mekanizma bilişseldir. Beklenen maruz kalma deneyimi ile ilgili beklentiler-dayanılmaz olacağı, anksiyetenin kontrol dışı kalacağı, kaygı süresiz devam edeceği- gerçek deneyimler tarafından onaylanmaz. Beklentilerin azalması, kaygı düzeyinin azaldığı, danışanın kontrolünden çıkmadığı ve öngörülen kadar şiddetli olmadığı konusunda danışana geri bildirim sağlar. Bu yeni anlam unsurlarının ağa entegrasyonu, şebeke tadilatını kolaylaştırır ve korkulan nesneye oturumlar arası alışkanlık kazandırmak için önerilen araçtır. Son olarak, Foa ve Kozak, etkisiz çağrışımın ve dolayısıyla korku ağının aktivasyonunun, maruz kalmanın yetersiz süresinin, korkuyla uyuşmayan bilgilerin birleştirilmesinin azlığının ve danışan üzerinde yüksek derecede inkarın hepsinin tedaviye yanıt vermemesine neden olabileceğini savunmaktadır (Foa, Kozak, 1986). Foa vd. (Foa, McNally 1996; Foa, Meadows, 1998), TSSB bir korku ağ modeli önermek ve travma ile ilgili bilgilerin duygusal olarak nasıl işlendiğini hesaba katmak için Foa ve Kozak'ın (1986) temel çerçevesini kullandılar (Rachman, 1980). Travmatik bir olay için korku ağının diğer kaygı bozukluklarında korkulan bir nesne için (ör. Özel fobiler) daha büyük olacağını önermişlerdir. Dahası, travmatik olaylar kural olarak "güvenlik kuralları"nı ihlal ettiğinden, şebekede kişinin daha önce güvenli yönlerini temsil eden unsurlar olacaktır. Foa ve diğerlerinin korku ağı; (1989) özünde, travmanın hafıza kaygısıdır. Yukarıda belirtildiği gibi, bu durumda, tecavüz travmasına ilişkin bilgileri yakalayan uyarı, cevap ve anlam öğeleri içermektedir. Travma sonrası stres bozukluğunun tekrar deneyimleme semptomları, dışarıdan gelen uyarılarla korku ağındaki bir veya daha fazla elementin aktivasyonundan kaynaklandığı şeklinde görülür. Bu, travmatik bilgilerin entegre edilmemiş doğasından kaynaklanan yeniden deneyim semptomlarını kavramsallaştıran geleneksel şema teorisi (ör., Horowitz, 1980) tarafından sunulandan biraz farklı bir modeldir. ve bunun sonucu olarak aktif

bellek olarak adlandırılan ağ teorisindeki kaçınma / uyuşma belirtileri, bireyin ağın aktivasyon riskini en aza indirebileceği ve dolayısıyla uyuşan uyarılarla teması en aza indirgeyerek semptomları tekrar deneyimleme sıklığının en aza indirildiği bir mekanizma olarak görülür (Horowitz, 1980, Rachman, 1980). Aşırı uyarılma semptomları, Foa ve ark. tarafından açıkça tartışılmamıştır (Foa, Meadows, 1998), ancak korku ağının sürekli düşük seviyeli aktivasyonundan kaynaklanabilir. TSSB'den kurtarmada korku ağının değiştirilmesinin arkasındaki teori, Foa ve Kozak (1986) tarafından özetlenen ilkelerin bir fonksiyonu olarak kalmaya devam etmekte ve maruz kalma terapisinin tedavisine yakından odaklanmaktadır. Birkaç oturum boyunca çeşitli uyarılara tekrar tekrar maruz kalma, eninde sonunda ağın etkisiz hale getirilmelidir. Böyle bir korku ağı modifikasyonu, terapötik veya sosyal destek bağlamında travma belleğine tekrarlanan maruz kalmanın bir fonksiyonu olarak ortaya çıkabilir. Uzun süreli maruz kalma ile TSSB iyileşme neticesini açıkça ortaya koymasına rağmen, TSSB tedavisinde ağ teorisinin bilişsel terapinin etkinliğini nasıl açıklayabileceği daha az açıktır (Foa, Kozak, 1986).

Foa ve diğerleri tarafından sunulan ilişkisel ağ kuramı, yine de TSSB'nden çekirdek verilerinin birçoğunu etkileyici bir biçimde anlatmaktadır. Şema temelli yaklaşımlarda olduğu gibi, TSSB'nun ağ hesapları, zihinsel temsillerin tek bir yönüne odaklanan psikopatolojideki modellerin açıklayıcı gücünün kanıtıdır. Şebeke teorisinin gücü, şaşırtıcı olmayan bir şekilde, teorinin farklı sunumlar arasındaki bağlantıyı modelleme yeteneğinde bulunmaktadır. Bu, temel TSSB semptomatolojisini açıklar. Aynı zamanda, yeni bilgilerin zaman içinde ağa entegrasyonu yoluyla TSSB'nda kurtulmanın normatif seyri için bir operasyon modülü sağlar. Maruz kalma terapisinin etki mekanizması için benzer mekanizmalar önerilmiştir. Benzer şekilde, ağın yaygınlığının, daha şiddetli travmalara TSSB gelişiminin artması gibi bireysel farklılık faktörleri ile nasıl ilişkili olacağı da açıktır. TSSB seyrindeki kişisel farklılıklar ve tedaviye yanıt, aynı zamanda, ağın yayılmasının ve yeni bilginin içine entegre olmanın kolaylığının bir fonksiyonudur (Foa & Kozak, 1986; Foa & McNally, 1996; Foa & Meadows, 1998).

Özetle, ilişkisel ağ teorisi yine TSSB çekirdek verilerinin birçoğunu açıkça ortaya koymaktadır. Travmayı takiben anlam dönüşümü, bilişlerin işlenmesi (bilişsel terapinin mekanizması dahil), bazı ön travma risk faktörlerinin etki mekanizması ve değerlendirmeye dayalı duyguların üretilme süreci daha az inandırıcıdır. Yine, bu soru işaretleri ortaya çıkmaz çünkü bu veriler ağ kuramcılığı tarafından yok sayılır, ancak tartışmalı olarak, bunları tam olarak hesaba katmak için uygun sayıda temsil bileşeni mevcut değildir (bileşenlerin sayısı, sorununun sayısı).

## 2.5. Dağılmış Varsayımlar Teorisi

Hayatımız boyunca bazılarımızın kayıp ve ıstırap ile karşı karşıya kalması kaçınılmazdır. Bu tartışmada, travmatik bir olay, Zihinsel Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı, 5 baskı, (DSM-V, Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013) Bir kişinin "ölümle ya da ölümle sonuçlanan ya da ölümle tehdit edilen bir olaya, cinsel bir saldırıya, ciddi bir yaralanma ya da olaylara maruz kaldığı, tanık olduğu, sevdiği birisinin maruz kaldığı ya da tekrarlar halinde dolaylı yollardan (birincil ağızdan) karşılaştığı" durum olarak A1 kriterinde tanımlanmaktadır. Ek olarak, DSM-5 sınıflamaları dışındaki yüksek stresli yaşam olayları bir birey için travmatik görünebilir ve bu olaylar TSSB semptomlarına yol açabilir (Boals A, 2009; Cameron A, 2010; Gold, 2005). Birey için travmatik bir olayın ne olduğunu düşünürken, A1 kriterlerinin TSSB semptomlarının klinik düzeyleriyle ilişkili olmadığı bildirildiğinden, stresli yaşam olaylarını potansiyel olarak bireyin varsayım dünyasını parçalayacak şekilde düşünmek önemlidir (Boals, 2009; Cameron, 2010). Korkudan başka duygular (örneğin, hüznün ve öfke) TSSB semptomatolojisiyle ilişkili olduğu ve yenilenen ve TSSB 'luğunu ayrı bir bölümde değerlendiren DMS-5 ölçütlerinde ortaya koyulmuştur (<https://www.braynetwork.org.uk/wp-content/uploads/2017/02/ccpe-yr-2-trauma-handout-5-dsm5-ptsd.pdf>). Her ne kadar dünyanın varsayımları bireyi dünyayı anlamak için önemli olsa da, bu varsayımlar, hayatımızda amaç ve anlam sağlamak için yapılmış olan yanılsamalardır (Mills, 2010). Travmatik bir olay, dünyanın yeni bilgileri önceki algılarla uyum sağlamadığında bu varsayımların

sorgulanmasına neden olacaktır. Her bireyin varsayımlarının birçoğu farklı dünya varsayımlarına sahip olan kişilerden gelen doğrudan zorluklara dayanacak kadar güçlü olmasına rağmen, travmatik bir olay (Janoff-Bulman, 1992), dünyanın nasıl işlev gördüğüne dair varsayımları parçalayıp, birey tarafından çok sevilen yanılsamaları yok eder (Janoff-Bulman, 1998). Temel varsayımlar genellikle sorgulanamayacak ve doğrudan çevreleyen realitemiz tarafından test edilemeyecek kadar az olacaktır. En esnek ve travmatik olaylar olarak görülen bu varsayımlar, bu katı varsayımlara doğrudan bir meydan okumadır ve bu varsayımları savunmak için herhangi bir ön gereklilik olmamasından dolayı paramparça edilir (Janoff-Bulman, 1992).

Travmalar bir birey üzerinde böylesine yıkıcı bir etkiye sahiptir ki önceki kontrol ve saldırganlık varsayımlarını sadece yanılsamalar olarak anlarlar (Mills, 2010). Parçalanmış varsayımların bir örneği, travma öncesi dünyanın ve kendisinin temel varsayımlarına inanan bir kadın tecavüze maruz kalırsa, insanların doğal olarak iyi olduğuna, dünyada düzenin var olduğuna ve kötü şeylerin sadece kötü insanlara olduğuna dair inancı sarsılır ve bir zamanlar yaşamında amaç anlam ve kontrol sağlayan görüşüne sığınma imkanı yok olur. Yanılsamalar, dünyanın rastgele olduğu, diğerlerinin güvenilir olamayacağı, savunmasız olduğu ve her an mantıksal ya da belirgin bir nedenle başka birinin eline geçebileceği gerçekleştirmelerle değiştirilir (Janoff-Bulman, 1992). Janoff-Bulman, ölüm farkındalığındaki bu artışın TSSB semptomlarına yol açtığını öne sürmekte (örneğin olayı hatırlatan kişilerin kaçınılması, olayı tekrar yaşıyor olması ve olayla ilgili müdahaleci düşünceler) ve bu olumsuz olayı post-travma varsayımları setine entegre etmeye çalışan otomatik bir başa çıkma sürecinin hatırlatıcıların bir parçası olduğu düşünülmektedir (Janoff-Bulman, 1992). Kendi ölüm oranının kendi kendine farkında olması, benlik varsayımlarının ihlali olarak görülmektedir ve buna karşılık bu farkındalığın varoluşsal kaygıyı hareketsiz kılmasına neden olduğu düşünülmektedir (Becker, 1993). Paradoksal olarak varoluşsal kaygıyı araştıran Fshattere ve mortalite gerçekleşmesi, dünya görüşlerinin ve öz değerdeki inançların, ölüm endişesinin bilinçli olmasını ve bizi normal, sağlıklı yaşayan hayatlarından felce uğramasını önleyecek sistemleri tamponlama görevi görebildiğini göstermiştir (Soloon, 2004). Varsayımsal

dünyanın kaybolması, "yaşadığımız ve varlığımızdan bahsettiğimiz zeminin varsayıldığı, yani kabul edildiği şekilde, benlik hissinin kaybolmasıdır. Varsayımsal dünyanın kaybolması güvenlik kaybı ve emniyet kaybına yol açarak kişinin öz-benliğini kaybetmesine neden olmaktadır. Kişinin kendisini güvende bırakması durumunda, "birey, dünyadaki diğer insanlara nazaran kendilerini nasıl gördükleri konusunda bir şemaya sahip olacak" demekten vazgeçmektedir (Kaufman, 2002). Varsayımsal dünya, dünyayı ve kendimizi nasıl anladığımızın çekirdek şeması olarak görülebilir ve dünyanın varsayımları ve benlik sorulduğunda, bireylerin yaşam hakkında bildiklerini düşündükleri her şeyi sorgulamalıdır. Travmatik bir olay, dünyamızdaki ve kendimizdeki yanılsamaları yok etme gücü vardır, böylece bizi korkutup, çaresiz ve yalnız hissetmemizi sağlıyor, hayatımızda anlam ve amaç bulamıyoruz. Nihai olarak, travma çevremizdeki dünyayı temel olarak nasıl algıladığımızı büyük ölçüde değiştirme gücüne sahiptir. Dünyanın varsayımları ve benlik travmatik bir olayla tahrip edildikten sonra, birey psikolojik olarak sağlıklı ve işleyen bir birey olmak için parçalanmış parçaları yeniden bir araya getirmelidir (Janoff-Bulman, 1992). Varsayımların bu bilişsel olarak yeniden yapılandırılması zayıf olarak kabul edilir ve travmatik olayın anılarını ve bireyin mağduriyetini birleştirmek için yeniden kurulan varsayım dünyasının kırılma olduğu düşünülür. Yeni varsayımsal dünyanın kırılma ile "bu kırılma iç dünyayı parçalamanın aşırı bir olaya yol açması pek mümkün değildir" güçlü bir olasılık vardır. Zamanla, birey varsayımlarını yeniden değerlendirebilir ve travma sonrası daha güçlü bir inanç yapısı oluşturmalıdır; Bununla birlikte, dünyadaki ve kendisinin küçükken yaratılan travma öncesi varsayımları kadar kuvvetli olmayacaktır (Janoff-Bulman, 1992). Varsayımsal dünyayı yeniden oluşturma süreci boyunca, birey olaya istenmeyen hatırlatmalar yaşayabilir; bu da TSSB semptomu olabilir (APA, 2000).

## 3.BÖLÜM

### YÖNTEM

#### 3.1.Araştırma modeli ve Çalışma grubu

Katılımcılar, Van M Tipi Cezaevi'nde bulunan yetişkin adli mahkumlardan oluşmaktadır. Tutukluluk halinin en az 1 ayını dolduran tutuklular çalışma kapsamına alınmıştır. Eksik doldurulan tarama araçlarından dolayı 8 gözlem analizlerden çıkarılmıştır. Örneklem, 18-75 yaş arası 399 yetişkinden oluşmaktadır. Tutukluların yaş ortalaması  $34.54 \pm 9.93$  yıl idi. Mahkumların büyük çoğunluğu erkeklerden oluşmaktadır. ( $n = 389, \% 97.5$ ). Katılımcıların % 60.2 'si evli ve % 61.9' u en az bir çocuğa sahip olduklarını bildirmiştir. Katılımcıların neredeyse yarısı hüküm giymiş kişilerden oluşmaktadır ( $n = 206, \% 51.6$ ). Yaklaşık toplam katılımcıların tümü, LEC-5'le ölçülen en az bir travmaya maruz kaldıklarını bildirmiştir ( $n = 367, \% 91.98$ ). Waller, Putnam ve Carlson (1996) tarafından önerilen algoritmaya göre  $DES \geq 30$  puan üstü alan kişiler katılımcıların % 36.8'i ve DES-takson içinde sınıflanan disosiyatif özellikli mahkumların oranı % 31.6 olarak bulunmuştur. Ankete katılanların yaklaşık yarısı sabahçı uyku tipine (% 42.9) ve önemli bir kısmı da ara uyku tipine (% 52.6) sahip olmasına rağmen, hapsedilen yetişkinlerin % 70.4'ünde kötü uyku kalitesi ve % 37.8'inde klinik uykusuzluk olduğu ortaya konulmuştur. Bulgular Tablo 1'de sunulmuştur.

**Tablo 1.**Katılımcıların sosyo-demografik ve klinik özellikleri

		Ortalama	SD
Yaş		34.54	9.93
Hapiste bulunma süresi (ay)		31.06	27.45
Cinsiyet		n	%
	Kadın	10	%2.51
	Erkek	389	%97.49
medeni durum			
	Bekar	159	%39.85
	Evli	240	%60.15
Çocuk sahibi		247	%61.90
Eğitim			
	Eğitimsiz	51	%12.78
	İlk okul	88	%22.06
	Orta okul	127	%31.83
	Lise	92	%23.06
	Yüksek okul	39	%9.77
	Yüksek lisans	2	%0.50
Hapis durumları			
	Tutuklu/hükümlü	193	%48.37
	Hükümlü	206	%51.63
Suç türleri			
	Cinsel suçlar	22	%5.51
	Uyuşturucu suçları	240	%60.15
	Cinayet	53	%13.28
	Kaçakçılık	24	%6.02
	Sahtecilik	2	%0.50
	Hırsızlık	46	%11.53
	Yaralama ya da ciddi bedensel zarar verme	5	%1.25
	İhmal suçları	2	%0.50
	Rüşvet	5	%1.25
DSM-5 PTSD teşhisi		237	%59.40
Önceki travmanın varlığı	LEC-5 $\geq$ 1	367	%91.98
Patolojik dissosiyasyon	DES $\geq$ 30	147	%36.84
DES takson alt ölçeği		126	%31.58
Kötü uyku kalitesi	PSQI $\geq$ 5	281	%70.43
Klinik insomnia	ISI $\geq$ 15	151	%37.84
Sabahçı-akşamcı Kronotip			
	Akşamcı tipi	18	%4.51
	Ara tip	210	%52.63
	Sabahçı tipi	171	%42.86

Not: Boşanmış (n = 15,% 3.76) ve dul (n = 6,% 1.50) katılımcı bekar grubu içinde sınıflanmıştır.Yüksek Mahkeme'yi bekleyen hükümlü67 kişi (% 16.79) tutuklu olanlar grubuna dahil edilmiştir. LEC-5 = DSM-5 için Yaşam Olayı Kontrol Listesi; DES = Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; PSQI = Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi; ISI = Uykusuzluk Şiddet İndeksi.

Çalışma Mayıs 2017'den Ağustos 2017'ye kadar devam etti. Anketler katılımcıların kişisel odalarında yapıldı. Katılımcılara araştırmanın amacı ve prosedürü hakkında bilgi verildi ve eğitimli psikologların yardımıyla kendilerine bildirilen anketler uygulandı.

Bu çalışmanın izni Türkiye Cumhuriyeti Adalet Bakanlığı'ndan alınmıştır. Çalışma protokolü, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Birimler Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Her katılımcıdan yazılı bilgilendirilmiş onam alındı. Katılımcılara çalışmaya katılımları karşılığında herhangi bir maddi ödeme yapılmamıştır.

### 3.1.1. Araştırma modeli

Bu çalışmada ilişkisel deneme deseni kullanılmıştır. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi'yle ölçülen TSSB belirtileri üzerine Yaşam Olayları Kontrol Listesi-5; Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği; ,Uykusuzluk Şiddeti İndeksi, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Travma Sonrası Bilişleri Envanteri, Sabahçı-akşamcı Ölçeği puanlarının etkisi araştırılmıştır.

### 3.1.2. Araştırmanın Sınırlılığı

Mevcut bulguları yorumlarken bu çalışmanın eksiklikleri göz önünde tutulmalıdır. İlk olarak, bu araştırma kesitsel desenli bir çalışmadır. Hapishanedeki adli tutuklularda TSSB'nin başlangıcı ve sürekliliğinde dissosiyatif semptomatoloji ve uyku bozuklukları arasındaki etkileşimin rolünü anlamak için ileriye dönük veya boylamsal araştırma tasarımı ile daha başka araştırmalara ihtiyaç vardır. İkincisi, çalışma, göreceli olarak küçük bir hapishane mahkum örneği arasında bir tutukevi kurumunda gerçekleştirildi. Kadınların sayısının çok az olması dolayı sonuçların genelleştirilebilirliğini sınırlayabilir ve önemli ilişkileri saptamak için yeterli güce sahip olmayabilir. Üçüncü olarak, araştırmada klinisyenler tarafından görüşme yapılarak ele alınan psikiyatrik rahatsızlıklar ile ilgili tanı konulmamış bunun yerine öz bildirim araçlarıyla psikometrik taramalar yapılmıştır. Benzer şekilde, polisomnografi gibi



uykunun objektif ölçümleri, bu çalışmada benimsenen subjektif ölçüm prosedürlerine kıyasla daha güvenilir ve derin değerlendirmeler sağlayabilirdi. Dördüncü olarak, polisomnografi çalışmalarında ortaya çıkan objektif tanısal veriler çok yaygın prevalans oranlarını belirtse de, daha yeni çalışmalar TSSB hastalarında uyku bozukluğu olan solunum sıklığının arttığına dair güçlü kanıtlar sağlamıştır (Krakow, Ulibarri, Moore, & McIver, 2015). Bununla birlikte, mevcut verilerde, TSSB ile ilişkili olarak uyku bozukluğuna bağlı solunum sorunları ele alınmamıştır. Son olarak, TSSB'ye genelde eşlik eden geçmiş madde kullanım bozukluklarının varlığı özellikle suçun tekrarlanmasıyla ilişkilidir ve klinik tabloyu çok daha fazla kötüleştirir (N. Messina, Burdon, Hagopian, & Prendergast, 2004; Salgado vd., 2007; Sindicich vd., 2014; Wallace vd., 1998; Wolff, Frueh, Shi, & Schumann, 2012; Wolff & Shi, 2011). Bununla birlikte, mevcut araştırmada tutuklanmadan önceki madde kullanım bozukluğu öyküsü ile ilgili bir değerlendirme yapılmıştır..

## 3.2. Psikometrik Araçlar

### 3.2.1. DSM-5 için TSSBKontrol Listesi (PCL-5).

PCL-5 (Blevins, Weathers, Davis, Witte ve Domino, 2015), DSM-5 TSSB semptomlarının şiddetini değerlendirmek için tasarlanmış 20 maddelik bir öz-bildirim ölçeğidir. Katılımcılardan her semptom şiddetini 0'dan (hiç değil) 4'e (aşırı derece) derecelendirmeleri istenir. PCL-5'in üç sürümü vardır: Bir sürüm, Kriter A olmadan TSSB semptomlarını değerlendirir, birisi kısa bir Kriter A dahil olmak üzere TSSB semptomlarını değerlendirir ve üçüncü bir kriter A bölümü olan DSM-5 (LEC-5) Yaşam olayları Kontrol Listesini içerir. LEC-5'i içeren PCL-5'in sürümü bu çalışmada kullanılmıştır. Türkçe versiyonunun iç tutarlılık ölçümü cronbach alfa= 0.97 olarak kaydedilmiştir (Boysan, Celal Kefeli, Guzel Ozdemir, Selvi, Özdemir, Yilmaz, 2017).

### 3.2.2. Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)

DES (Carlson & Putnam, 1993), normal toplum ve klinik popülasyonlarda disosiyatif deneyimleri değerlendirmek üzere tasarlanmış, 28 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Her bir madde, 0'dan ("hiç değil") 100'e ("neredeyse her zaman") kadar değişen bir ölçekte puanlanır ve toplamların ortalaması alınır. Türkçe versiyon için yüksek iç tutarlılık ( $\alpha = 0.97$ ) ve test tekrar test güvenilirliğinin ( $r = 0.77$ ) yanı sıra yüksek birlikte geçerlik bildirilmiştir. (Yargic, Tutkun, Sar, 1995) göstermiştir.

### 3.2.3. Travma Sonrası Biliş Envanteri (PTCI)

PTCI (Foa, Ehlers, Clark, Tolin, & Orsillo, 1999) travmaya maruz kalan bireylerin olumsuz düşüncelerini ve inançlarını değerlendirmek için geliştirilmiştir. Tarama aracı, kendisiyle ilgili olumsuz biliş (21 madde), dünya hakkındaki olumsuz biliş (7 madde) ve travma için kendinden sorumlu (5 madde) olmak üzere 33 bildirim sorusu içermektedir. Katılımcılardan, her maddeyi, 1 ("tamamen katılmıyorum") ile 7 ("tamamen katılıyorum") arasında değişen, 7 puanlı Likert tipi bir ölçekte derecelendirmeleri istenir. Ölçeğin Türkçe versiyonu yüksek güvenilirlik ve geçerliliği göstermiştir (Gulec, Kalafat, Boysan, Barut, 2013).

### 3.2.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi Endeksi (PSQI)

Pittsburgh Uyku Kalitesi Endeksi (PSQI), 1 aylık zaman aralığı boyunca uyku kalitesini ve rahatsızlıklarını değerlendiren güvenilir ve geçerli bir araçtır (Buysse, Reynolds, Monk, Berman ve Kupfer, 1989). Ölçek 19 sorudan oluşur. PSQI, uyku kalitesinin boyutlarını temsil eden yedi bileşenden oluşmaktadır. Bunlar bileşeler: öznel uyku kalitesi uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozuklukları, uyku ilacının kullanımı ve gündüz işlev bozukluğudur. Agargun, Kara ve Anlar (1996) tarafından uyarlanan PSQI'nin Türkçe versiyonu,  $PSQI \geq 5$ 'in kesme puanı ile kötü uyku kalitesi olanları belirler

ve uyku bozukluklarını ölçme noktasında mükemmel bir tarama ölçütüdür (Yıldırım, Boysan, 2017).

### 3.2.5. Uykusuzluk Şiddeti Ölçeği (ISI)

ISI, uykusuzluğun şiddetini değerlendirmek için tasarlanmış güvenilir ve geçerli bir araçtır. Katılımcılardan uyku başlangıcı, uyku bakımı, sabah erken uyanma, günlük işleyişle uyku problemi girişimi, uyku sorunları nedeniyle diğer kişilere gösterilen uyarılar ve mevcut uyku ile ilgili endişe derecesi ile ilgili zorlukların şiddeti hakkında kendiliğinden bildirilen 7 maddeyi değerlendirmeleri istenir (Bastien, Vallieres, Morin, 2001). Her bir madde 0-4 arası bir skala ile derecelendirilir ve ölçek 0'dan 28'e kadar skorlar verir. Daha yüksek skorlar daha şiddetli uykusuzluğu gösterir. ISI'nın Türkçe versiyonunun, iç güvenilirlik  $\alpha = 0.79$  ve iki haftalık test tekrar test güvenilirliği  $r = 0.82$  ile güçlü psikometrik özellikleri ortaya koymuştur (Boysan, Gulec, Besiroglu, Kalafat, 2010).

### 3.2.6. Sabahçı- Akşamcı Ölçeği (MEQ).

MEQ (Horne & Ostberg, 1975), uyku kronotip tercihlerini tanımlamak için en yaygın kullanılan araçtır. Tarama aracında kendini bildiren 19 madde vardı ve 16'dan 86'ya kadar skorlar verir. 59 ile 86 arasında puanlar, sabahçı uyku tipi, 42-58 arasında puan alanlar ara uyku tipi, 16-41 puanı ise akşamcı uyku tipi olarak sınıflandırılmıştır. MEQ'un Türkçe versiyonunun geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmıştır. Cronbach alfa katsayısı 19 madde için  $r = 0.81$  (Agargun vd., 2007) olduğu kaydedilmiştir.

## 3.3. Verilerin Analizi

Hapishanedeki adli mahkûmlarının klinik ve sosyo-demografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler hesaplandı. Katılımcılar patolojik dissosiyasyonun varlığı ( $DES \geq 30$ ) ve olası bir DSM-5 TSSB tanısına göre dört gruba ayrıldı: Normal, Sadece Dissosiyatif, Sadece TSSB ve Dissosiyatif TSSB.

Tek yönlü varyans analizi ile, PCL-5, DES, PTCI, PSQI alt ölçeklerinin ortalama skorlarındaki farklılıkları ve bu dört gruptaki toplam ISI ve MEQ toplamalarını karşılaştırdık. Daha sonra, çoklu lojistik regresyon ve DSM-5 TSSB tanısının her modelde bağımlı değişken olduğu aşamalı regresyon analizleri yapıldı. Çoklu lojistik regresyon modelinde, LEC-5, DES, PTCI, MEQ, ISI ve PSQI genel ölçek skorları, yaş, hapse atılma süresine, cinsiyete, medeni duruma, , eğitim seviyeleri, hapis ve hapis durumuna, çocuk sahibi olma durumuna göre kontrol edilerek DSM-5 TSSB tanısı üzerine regresyon analizi yapılmıştır.

Aşamalı regresyon modelinde ileri koşullu analiz prosedürüne bağlı olarak, DSM-5 TSSB tanısı üzerine DES, PTCI, PSQI ve LEC-5, ISI ve MEQ toplam skorlarının regresyonunu yapılırken hapis süreleri, cinsiyet, medeni hal, çocuk sahibi olma, eğitim düzeyi, hapse kalma süresi kontrol edilmiştir. İstatistiksel önemlilik düzeyi  $p < 0.05$  olarak belirlenmiştir.

## 4.BÖLÜM

### BULGULAR

Ortalama PCL-5 skoru 37.70 ( $\pm$  20.65) idi. En az bir tekrar yaşantılama semptomu, bir kaçınma semptomu, bilişlerde ve ruh hallerinde iki olumsuz değişiklik ve en az orta şiddette (2 veya daha yüksek) iki aşırı uyarılmışlık belirtisiyle DSM-5 ölçütlerine dayalı olarak ankete katılanların % 59.4'unda mevcut olası TSSB olduğu gözlemlendi. TSSB'ye sahip olan ve olmayan katılımcıları yüksek disosiyasyon ve düşük disosiyasyon düzeylerine göre dört alt grubuna sınıfladık. 115 olgu dissosiyatif TSSB (% 28.82), 112 sadece TSSB (% 30.58), 32'si sadece disosiyasyon (% 8.02), 130'unda ne TSSB ne de patolojik disosiyasyon (% 32.58) mevcuttu. PCL-5, LEC-5, DES, PTCI, MEQ, ISI ve PSQI'nin ortalama puan skalasında farklılıkları araştırmak için bu dört gruba tek yönlü varyans analizi uyguladık. Post hoc karşılaştırmaları, Bonferroni çoklu grup karşılaştırma testi kullanılarak gerçekleştirildi.

Tablo 2'de görülebileceği gibi dissosiyatif TSSB grubu, PCL-5 toplam ve intrüzyonlar, bilişteki negatif değişiklikler ve aşırı uyarılma alt ölçekleri gibi ölçeklerde dissosiyatif TSSB grubu diğer üç gruba göre daha yüksek puanlar almıştır. Disosiyasyon eğiliminden bağımsız olarak, halihazırdaki TSSB'si olan hapisane mahkumları, TSSB mahkumlardan PCL-5'in Kaçınma alt ölçeğinde daha yüksek puanlara sahipti. Gruplar arasında karşılaştırıldığında, sadece disosiyasyonu olanlar LEC-5 tarafından endekslenen hapse girmeden önceki travmatik deneyimler bakımından en düşük puana, dissosiyatif TSSB grubunda yer alan adli mahkumların ise istatistiksel olarak en yüksek puanlara sahip olduklarını gözlenmiştir. TSSB'ye sahip olan ve olmayan TSSB'li yüksek dissosiyatiflerde TSSB'si olan ve bulunmayan düşük dissosiyatiflere kıyasla, DES üzerinde toplam ve alt ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur. Diğer üç gruba kıyasla, TSSB'ye sahip yüksek dissosiyatiflerde, PTCI'nin toplam ve alt ölçeklerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puanlar aldı. Disosiyatif TSSB alt grubunda sınıflandırılan bireyler TSSB'li normal katılımcılara ve düşük disosiyasyonu olanlara kıyasla akşamcı uyku tercihlerini

daha çok bildirmiştir. TSSB'si olan mahkûmlar, patolojik dissosiyasyondan bağımsız olarak, TSSB'si olmayan mahkûmlardan önemli ölçüde daha kötü uyku kalitesi gösterdiler.



**Tablo 2.** Gruplar arasında ANOVA karşılaştırmaları

	DSM-5 TSSB TANISI								F(3, 395)	P	η <sup>2</sup>	Post Hoc <sup>‡</sup>
	TSSB YOK				TSSB VAR							
	Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği				Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği							
	DES<30		DES≥30		DES<30		DES≥30					
G1=Normal n=130		G2=Sadece Disosiyatif n=32		G3=sadece TSSB n=122		G4=Disosiyatif TSSB n=115						
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS				
DSM-5 TSSB kontrol listesi	17.79	10.80	19.72	11.99	47.37	14.55	54.94	12.25	227.354	<0.001	0.633	G1 = G2 < G3 < G4
Intrizyonlar	5.13	3.78	5.06	4.12	11.75	4.35	13.59	4.26	110.529	<0.001	0.456	G1 = G2 < G3 < G4
Kaçınma	1.52	1.56	2.19	2.21	4.98	1.87	5.46	1.68	135.710	<0.001	0.508	G1 = G2 < G3 = G4
Negatif değişiklikler	6.75	5.19	7.31	5.72	16.91	5.67	19.55	4.91	150.937	<0.001	0.534	G1 = G2 < G3 < G4
Aşırı uyarılma	4.38	4.06	5.16	4.06	13.73	5.12	16.34	4.83	170.271	<0.001	0.564	G1 = G2 < G3 < G4
DSM-5 Yaşam Olayları Kontrol Listesi	6.38	4.76	5.00	5.24	6.74	4.61	7.88	4.74	3.843	0.010	0.028	G2 < G4
Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği	11.14	7.98	44.56	16.40	14.90	9.18	47.90	13.87	297.239	<0.001	0.693	G1 < G3 < G2 = G4
Depersonalizasyon/Derealizasyon	7.22	7.70	42.42	18.73	11.75	10.70	43.61	18.25	202.535	<0.001	0.606	G1 < G3 < G2 = G4
Absorbsiyon / Hayallere dalıp gitme	15.17	11.29	46.48	17.81	19.41	12.65	52.91	15.55	200.172	<0.001	0.603	G1 = G3 < G2 =
Disosiyatif Amnezi	9.31	9.39	44.06	18.36	11.48	8.97	44.71	17.57	214.976	<0.001	0.620	G1 = G3 < G2 = G4
Travma sonrası biliş envanteri	8.81	3.12	10.41	4.71	9.86	3.26	12.60	3.64	25.615	<0.001	0.163	G1 = G2 = G3 < G4
Kendisiyle ilgili Negatif Bilişler	1.98	0.96	2.96	1.67	2.49	1.11	3.70	1.36	44.197	<0.001	0.251	G1 < G2 = G3 < G4
Dünya Hakkında Negatif Bilişler	3.96	1.69	4.26	1.94	4.32	1.56	5.08	1.52	10.068	<0.001	0.071	G1 = G2 = G3 < G4
Kendini Suçlama	2.86	1.28	3.19	1.71	3.05	1.35	3.82	1.41	10.778	<0.001	0.076	G1 = G2 = G3 < G4
Sabahçı Akşamcı Ölçeği	57.92	8.10	55.03	7.14	57.25	8.03	53.46	8.76	7.072	<0.001	0.051	G1 = G3 > G4
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi	7.79	6.15	8.84	7.94	14.44	6.81	16.10	7.65	36.105	<0.001	0.215	G1 = G2 < G3 = G4
Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği	5.61	3.54	5.19	3.91	9.08	4.26	9.17	4.55	24.777	<0.001	0.158	G1 = G2 < G3 = G4
Özel Uyku Kalitesi	0.95	0.98	0.81	1.03	1.74	1.05	1.81	1.10	21.448	<0.001	0.140	G1 = G2 < G3 = G4
Uyku Gecikmesi	1.44	0.84	1.50	0.72	1.93	0.84	1.71	0.90	7.423	<0.001	0.053	G1 < G3
Uyku Süresi	0.45	0.90	0.41	0.91	0.93	1.23	0.96	1.24	6.573	<0.001	0.048	G1 = G2 < G3 = G4
Alışılmış Uyku Etkinliği	0.42	0.83	0.38	0.83	0.53	0.95	0.54	0.93	0.621	0.602	0.005	-
Uyku Bozuklukları	1.28	0.68	1.19	0.90	1.90	0.77	2.02	0.77	27.707	<0.001	0.174	G1 = G2 < G3 = G4
Uyku İlacı kullanımı	0.52	0.92	0.34	0.75	0.93	1.23	0.93	1.18	5.648	0.001	0.041	G1 = G2 < G3 = G4
Gündüz işlev Bozukluğu	0.55	0.72	0.56	0.80	1.13	1.00	1.20	1.09	14.197	<0.001	0.097	G1 = G2 < G3 = G4

*Açıklama:* Post hoc analizleri, Bonferroni çoklu grup karşılaştırma testi kullanılarak gerçekleştirildi. Anlamli P değerleri koyu verilmiştir.

Yaş, tutukluluk hali, hapis hali, cinsiyet, medeni hal, çocuk sahibi olma durumu ve eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik değişkenlerin LEC-5, DES, PTCI, puanlardaki toplam puanlar açısından DSM-5 TSSB tanısında MEQ, ISI ve PSQI tahmini değerini araştırıldı. Çoklu lojistik regresyon analizinde, DES üzerinde ölçülen disosiyatif semptomatolojinin (RO = 1.038, p <0.001,% 95 güven aralığı = 1.022) erkek olmanın (RO = 9.192, p = 0.042,% 95 güven aralığı = 1.084-77.923) - 1.055), uykusuzluk düzeyinin (RO = 1.120, p <0.001,% 95 güven aralığı = 1.071-1.170) ve kötü uyku kalitesinin (RO = 1.151, p <0.001,% 95 güven aralığı = 1.071-1.237) mahkumlarda TSSB gelişimine önemli ölçüde etkili olduğu bulundu. Bulgular Tablo 3'te sunulmuştur.

**Tablo 3.** TSSB tanısında lojistik regresyon analizi

	Risk Oranı	P	95,0% C.I.
Yaş	0.985	0.373	0.953-1.018
Tutukluluk süresi	0.996	0.479	0.986-1.007
Cinsiyet	<b>9.192</b>	<b>0.042</b>	<b>1.084 77.923</b>
Medeni Durum	1.629	0.278	0.675-3.934
Çocuk Sahibi	0.775	0.587	0.309-1.943
Eğitim	1.024	0.828	0.824-1.273
Hapis Durumları	1.634	0.095	0.919-2.905
DSM-5 Yaşam Olayları Kontrol Listesi	1.037	0.177	0.984-1.093
Disosiyatif Deneyimler Ölçeği	<b>1.038</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>1.022-1.055</b>
Travma Sonrası Bilişler Envanteri	1.047	0.225	0.972-1.126
Sabahçı -Akşamcı Ölçeği	1.029	0.090	0.996-1.064
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi	<b>1.120</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>1.071-1.170</b>
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	<b>1.151</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>1.071-1.237</b>

*Açıklama:* Anlamlı P değerleri koyu verilmiştir.



Daha sonra olası DSM-5 TSSB tanısının bağımlı değişken olduğu ileri koşullu yöntem kullanılarak kademeli lojistik regresyon analizi yapıldı. Yaş, hapis süresi, hapis hali, cinsiyet, medeni hal, çocuk sahibi olma ve eğitim gibi sosyodemografik değişkenler LEC-5, MEQ, ISI toplam puanlarının yanı sıra Depersonalizasyon / Derealizasyon, Absorpsiyon/ hayallere dalıp gitme, DES'in Amnezi alt ölçeği puanı, Kendilikle İlgili Negatif Bilişler, Dünya hakkındaki Negatif Bilişler ve PTCI'nin Kendi kendine Suçluluk alt ölçeği puanları, PSQI'nin yedi bileşeni bağımsız değişkenlerdir. Hiyerarşik lojistik aşamalı regresyon modeli dördüncü aşamada modeli ortaya çıkardı. Son aşamada, ISI üzerinde ölçülen uykusuzluk skorları (RO = 1.124, p <0.001,% 95 güven aralığı = 1.081-67.736) 1.168) ve PSQI Uyku Bozuklukları bileşeni skorları (RO = 2.143, p <0.001,% 95 güven aralığı = 1.540-2.981) ve DES'in Absorpsiyon/ hayallere dalıp gitme alt ölçeği (RO = 1.033, p <0.001, % 95 güven aralığı = 1.019-1.048), yetişkin mahkumlarda TSSB gelişimine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etki ettiği bulundu. Bu dört bağımsız değişken, bağımlı değişkenin varyansının % 41'ini oluşturmuştur. Sonuçlar Tablo 4'te rapor edilmiştir.

**Tablo 4.** TSSB tanısı üzerine aşamalı lojistik regresyon analizi

	Nagelkerke's		P	%95Güven Aralığı
	R <sup>2</sup>	RiskOranı		
1.ADİM	0.278			
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi		1.158	<0.001	1.119-1.199
2.ADİM	0.350			
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi		1.124	<0.001	1.085-1.166
Uyku Bozuklukları		2.309	<0.001	1.676-3.180
3. ADİM	0.402			
Absorbsiyon / Hayallere dalıp gitme		1.030	<0.001	1.017-1.044
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi		1.118	<0.001	1.077-1.161
Uyku bozuklukları		2.130	<0.001	1.535-2.956
4. ADİM	0.411			
Cinsiyet		9.005	0.033	1.197-67.736
Absorbsiyon / Hayallere dalıp gitme		1.033	<0.001	1.019-1.048
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi		1.124	<0.001	1.081-1.168
Uyku Bozuklukları		2.143	<0.001	1.540-2.981

## 5.BÖLÜM

### SONUÇ VE TARTIŞMA

Travmaya maruz kalma, ceza adalet sisteminde zihinsel sağlık sorunlarının modellerinde dikkate alınması gereken, giderek önemi artan bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Hapisteki mahkum örneklemi arasında travmaya maruz kalma ile ilgili olarak TSSB olan kişilerin sayısının aşırı seyretmesi ve diğer psikiyatrik bozuklukların - özellikle madde kullanım bozukluğu ve suç işlemede tekrarlayıcılık- birlikte görülmesi, TSSB'nin ortaya çıkmasında risk oluşturan etyolojik faktörlerin belirlenmesinin önemini artırmaktadır (Choe vd., 2008; Constantine vd., 2010; Scott, McGilloway, Dempster, Browne, Donnelly, 2013). Bu çalışmada, yüksek travma maruziyetine yanıt olarak gelişen TSSB ve patolojik dissosiyasyonun, mahkumiyet öncesi çoklu travma, travma sonrası bilişler, sirkadiyen tercihler ve uyku bozuklukları arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. PCL-5 ile değerlendirilen DSM-5 TSSB tanısı oranı % 59.4, en az bir tür önceden travma maruziyeti bildiren kişilerin oranı % 92.0, patolojik disosiyasyon oranı 36.8'i, % 70.4 oranında kötü uyku kalitesi ve % 37.8 oranında hapisane mahkûmları arasında klinik seviyede uykusuzluk olduğu belirlendi. TSSB vakalarının yüksek oranları ve çoklu travmaya maruz kalma yanı sıra dissosiyatif semptomatoloji ile anlamlı ilişkiler önceki çalışmalarla tutarlı bulgulardır(Akyuz vd., 2007; Briere vd., 2016; Cusack vd., 2013; DeCou vd., 2016; Henrichs & Bogaerts, 2012; Karatzias vd., 2017; Sindicich vd., 2014; Steiner vd., 1997).

Son yıllarda TSSB ve disosiyasyon arasında bulunan önemli ilişkiler taksonomik analizle yürütülen araştırmaların konusu olurken, bu çalışmalarda TSSB tanısı alan kişiler arasında bir grubun çok yüksek disosiyatif özellikler gösterdiği ve disosiyasyonun bütün TSSB vakalarında görülmediği gözlenmiştir. Hapishanede yatan mahkumlar arasında disosiyatif TSSB vakalarını belirleyebilmek için DES ( $\geq 30$ ) skorları kullanıldı ve önemli oranda bir grupta

disosiyatif TSSB olduğu belirlendi (28.8%, n=115). Bu oran daha öncedisosiyatif TSSB vakalarını taksometrik analizle belirleyen çalışmalarda bildirilen oranlara benzerlik göstermektedir (Hansen vd., 2017; Lanius, Brand, Vermetten, Frewen, & Spiegel, 2012) Disosiyatif TSSB olan bireylerde gözlenen daha önceki bulgulara uygun olarak (Ginzburg vd., 2006; Hansen vd., 2017; Lanius vd., 2012; Steuwe vd., 2012; Wolf, Lunney, vd., 2012). Elde ettiğimiz sonuçlara göre, dissosiyatif TSSB grubunda yer alan kişiler, sadece TSSB'ye, sadece dissosiyatiflere ve semptomatik olmayan baseline gruba kıyasla çok daha yüksek ortalama tutukluluk öncesi travmaya maruz kalma sayısı bildirmiştir. TSSB alt tiplerine ilişkin literatürdeki çalışmalar, dissosiyatif TSSB olan bireylerin daha fazla komorbid psikiyatrik bozukluk (Steuwe vd., 2012; Wolf, Lunney vd., 2012), duygusal olarak baş etme eğilimi (Hansen, Mullerova, Elklit, Armour, 2016), daha ciddi madde kullanım sorunları (Mergler vd., 2017; Tsai, Armour, Southwick, Pietrzak, 2015), büyük oranda intihar düşüncesi (Lanius vd., 2012; Lanius vd., 2014; McFarlane, 2013; Stein vd., 2013), hafıza ve dikkat eksikliği sorunları (Roca, Hart, Kimbrell, Freeman, 2006; J. Ross, Banik, Dedova, Mikulaskova, Armour, 2017), daha şiddetli depresif ve endişeli semptomatoloji, öfke ve uyku güçlüğü riski (Armour, Elklit, vd., 2014) bildirdiğini vurgulamaktadır. TSSB'nin dissosiyatif olmayan alt tipleriyle karşılaştırıldığında disosiyatif TSSB belirtiler ve komorbite açısından daha karmaşık bir tablo ortaya koymuştur. Dissosiyatif-TSSB alt kümesinde yer alan bireylerin sadece TSSB'si olan bireylerle karşılaştırıldığında uyku kalitesi, uykusuzluk, sirkadiyen tercihler ve travma sonrası kognisyon bakımından farklılık gösterip göstermediğini değerlendirildiğinde, önceki çalışmalarda bulunan ilişkilerden yola çıkılarak TSSB ve uyku arasında (Casement, Swanson, 2012; Ho, Chan, Tang, 2016; Khachatryan, Groll, Booij, Sepehry, Schutz, 2016; Nappi, Drummond, Hall, 2012) dissosiyasyon ve uyku arasında (Selvi vd., 2017; Van Der Kloet vd., 2013; Van der Kloet, Giesbrecht, Lynn, Merckelbach, de Zutter, 2012; Van der Kloet, Merckelbach, Giesbrecht, Lynn, 2012; Van Heugten-van der Kloet, Giesbrecht, Merckelbach, 2015; Van Heugten-van der Kloet, Huntjens, Giesbrecht, Merckelbach, 2014; van Heugten-van der Kloet, Merckelbach, vd.,

2014), travmaya bağlı stres tepkileri ve travma sonrası bilişler arasında (Diehle, Schmitt, Daams, Boer, Lindauer, 2014; Swopes, Davis, Scholl, 2017; Woud, Verwoerd, Krans, 2017) güçlü ilişkiler gözlemlenmeyi bu çalışmada bekledik. Elde ettiğimiz bulgular TSSB, disosiyasyon, travma sonrası bilişler, uyku kalitesi, uykusuzluk ve sirkadiyen tercihler arasındaki ilişkilerin anlamlı olduğunu göstermektedir.

Literatürdeki güçlü kanıtlarla uyumlu olarak, tek yönlü varyans analizi, dissosiyatif TSSB'ye sahip kişilerin diğer gruplarla karşılaştırıldığında, intruzyonlardaki en yüksek puanlar, duygu durum ve biliş üzerindeki olumsuz değişimler ve uyarılma ve irkilme yanıtlarıyla birlikte en şiddetli travma sonrası tepki belirtilerini bildirdiklerini ortaya koymuştur. Araştırma hipotezlerinde yer aldığı üzere, dissosiyatif TSSB'li adli mahkumlar, toplam travma sonrası biliş puanları, kendilik ve dünya hakkındaki olumsuz biliş alt ölçekleri, ve kendini suçlama eğilimi bakımından diğer üç gruptan istatistiksel olarak ayır edilir düzeyde yüksek puanlar almıştır. Uykuya bağlı değişkenlere bakıldığında, dissosiyatif TSSB olgularının, patolojik disosiyasyon bulunmayan TSSB vakalarına ve TSSB veya patolojik dissosiyatif semptomatoloji bulunmayan katılımcılara göre akşamcı tipi sirkadiyen tercihlere daha yatkın olduklarını gözlemlenmiştir. Hapishane mahkumları, patolojik düzeyde disosiyasyon seviyesine sahip olup olmamasına bakılmaksızın, TSSB'siolan katılımcılarda önemli ölçüde daha kötü uyku kalitesi ve daha şiddetli uykusuzluk bildirilmiştir. Bu bulgular, dissosiyatif ve dissosiyatif olmayan TSSB arasındaki ilişkilerle ilgili mevcut literatür bulgularını teyit eder ve genişletir niteliktedir (Armour, Elklit, vd., 2014; Hansen vd., 2017; van Huijstee, Vermetten, 2017).

Lojistik regresyon analizini kullanarak yaş, cinsiyet, medeni hal, çocuğa sahip olma durumu, hapis süresi, eğitim süresi, travmaya maruz kalma sayısını, hapisten kalma durumu gibi demografik değişkenler kontrol edildikten sonra, dissosiyatif semptomatoloji, insomnia ve kötü uyku kalitesinin mahkumlar arasında

TSSB teşhisi riskini önemli ölçüde artırdığı bulunmuştur. Demografik değişkenleri kontrol ettikten sonra DES, PTCI ve PSQI alt ölçekleri ile MEQ ve ISI'nın etkisi değerlendiren ikinci regresyon analizinde DES'in absorpsiyon/hayallere dalıp gitme alt ölçeği, PSQI'nin uykuda bozulma alt ölçeği ve ISI toplam puanları TSSB reaksiyonları tanısının temel belirleyicileri olduğu görülmüştür.

Tutuklu kişilerdeki yüksek TSSB oranları, bunlar arasındaki yüksek disosiyatif belirtilerin gelişme riski ve uyku problemleriyle TSSB arasındaki önemli ilişkiler dikkate alındığında, tutuk evlerinde çalışmakta olan uzmanların özellikle konu hakkında gerekli bilgiye sahip olmaları olası risklerin belirlenmesi ve aşılmasında kolaylaştırıcı olacaktır. Ele alınan değişkenlerle ilişkili özellikle ilk tutukluluk halinin başladığı andan itibaren yapılacak taramalar akut travmaya bağlı stres reaksiyonlarının baştan belirlenmesine olanak tanıyacak, gerekli sevklerin ve müdahale programlarının uygulanmasını kolaylaştıracaktır. Adli tutuklularda ruh sağlığı hizmetlerini daha doğru bir şekilde yapılandırabilmek için, psikiyatrik rahatsızlıklara sahip mahkûmlar için sağlık hizmetleri programlarının sürekliliği önemli bir parametre gibi durmaktadır (Baillargeon, Binswanger, Penn, Williams, Murray, 2009). Uyku bozukluklarının müdahale hedefleri içine alan disosiyatif semptomatoloji ile eşzamanlı TSSB ile ilgili tedavi planları, travma veya stres kaynaklı psikolojik tepki ve diğer psikiyatrik koşulların semptomlarını iyileştirmekte ve aynı zamanda da koruyucu işlev görmekte etkili olabilir.

## 6.BÖLÜM

### ÖNERİLER

Literatür gözden geçirildiğinde ortaya çıkan sağlam kanıtlar, hapse girmeden önceki travmatik deneyimlerin sıklığının genel popülasyondaki ilgili yaygınlık oranlarının çok üzerinde olduğuna ve mevcut verilerde doğrulanmamış olmasına rağmen, cezaevi toplumundaki travma sonrası semptomların aracılık ettiği diğer psikiyatrik morbiditeler gibi, daha önce travmaya maruz kalmanın TSSB gelişimi için önemli bir risk oluşturduğu görülmektedir (Greene, Ford, Wakefield, Barry, 2014). Tedavi edilmemiş TSSB, özellikle kadın mahkumlarda diğer psikiyatrik bozuklukların klinik tablosunu daha da karmaşık hale getirebilir ve bu nedenle psikolojik ve psikofarmakolojik müdahalelerin etkinliğini tehlikeye atabilir (Kubiak, 2004). Ciddi travma sonrası semptomatolojinin varlığı, kişilerarası ilişkileri, mahkumiyet sırasında ve mahkûmiyet sonrası duyguları düzenleme problemleri, aşırı uyarılma ve dürtüsellik ile saldırganlık ve şiddet davranışı ve madde kullanım bozukluklarına neden olan suç işleme eğilimiyle önemli derecede ilişkilidir (Asberg, Renk, 2012; Ford, Chapman, Mack, Pearson, 2006; Ford, Grasso, Hawke, Chapman, 2013; Messina vd.,2004; Sindicich vd., 2014). Öte yandan, TSSB belirtilerini hedef alan başarılı müdahaleler, psikiyatrik rahatsızlıkların iyileşmesi, madde kullanımı ve suç tekrarının azalmasında belirgin ilerleme sağladığını bildirilmiştir (Ford, Chang, Levine, Zhang, 2013; Messina & Calhoun, 2014; Zlotnick, Johnson, Najavits, 2009). Önleyici yaklaşımlar ve müdahale programları travma öyküsü bulunan suçlularda gelişen fiziksel ve zihinsel sağlık sorunlarının azalmasına yardımcı olabilir (Gosein vd., 2016; Green vd., 2016; Green, Miranda, Daroowalla, Siddique, 2005; Maschi, Morgen, Zgoba, Courtney, Ristow, 2011; N. Messina & Grella, 2006; N. Messina, Grella, Burdon, Prendergast, 2007; Messina, Burdon, Prendergast, 2003).

TSSB gelişiminde ve süreğenliğinde uykunun rolü karmaşık görünmektedir, ancak TSSB ve uyku çalışmaları, bozukluğun doğasını ve tedavisini anlamak için önemli bir araçtır. Olumsuz yaşam olaylarının ardından oluşan uyku bozukluklarının kötü psikolojik sonuçların, TSSB'nin direncini azaltmak ve iyileşmesini artırmak için geliştirilecek müdahale stratejilerinin mantığını ortaya koyması bakımından tedaviye olumlu katkıda bulunacaktır. Travma sonrası kabuslar ve uykusuzluğu hedef alan bilişsel davranışçı müdahaleler, uykudaki ve gündüz TSSB semptom şiddetindeki düzelmeye çok önemli katkıda bulunmaktadır. (Davis, 2008; Germain, Shear, Hall, Buysse, 2007; Krakow, Zadra, 2010). Benzer bir bakış akışıyla, bilişsel davranışçı müdahaleler ve psiko-eğitim programları da, TSSB şiddetinde karşılaştırılabilir düzelmeye sağlamaktadır; bu durum, uyku belirtilerinde düzelmeye önemli ölçüde ilişkilidir (McHugh vd., 2014). Ayrıca, uykuda solunum bozukluğu olan TSSB hastalarında sürekli pozitif hava yolu basıncı tedavisi, uyku bölünmesini ve psiko-fizyolojik uyarılmayı azaltır (Krakow, Melendrez, Warner, vd., 2002). TSSB'de uyku bozukluğunu hedefleyen psikofarmakolojik ve davranışsal tedavilerin, TSSB'nin diğer belirtileri ve eşlik eden travmayla ilişkili psikiyatrik komorbiditelerin iyileşmesinde son derece etkili olduğu gösterilmiştir (Germain, 2013). Bu çalışma, uyku bozukluklarının, özellikle de kötü uyku kalitesi ve uykusuzluğun, TSSB'de patolojik dissosiyasyonun oynadığı rolü destekleyen başka kanıtlar sağlamıştır. Mevcut bulgular, kabus ve uykusuzluğa yönelik uyku ile ilgili müdahalelerin dahil edilmesinin, hapisanelerdeki TSSB'li adli mahkumların için travma odaklı tedavi yaklaşımlarının klinik sonuçlarında belirgin bir ilerleme sağlayabileceğini düşündürmektedir.



## KAYNAKÇA

- Agargun, M. Y., Cilli, A. S., Boysan, M., & Selvi, Y. (2007). Turkish version of morningness-eveningness questionnaire (MEQ). *Sleep and Hypnosis*, 9(1), 16.
- Agargun, M. Y., Kara, H., & Anlar, Ö. (1996). Validity and reliability of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Turkish Journal of Psychiatry*, 7(2), 107–115.
- Agargun, M. Y., Kara, H., Ozer, O. A., Selvi, Y., Kiran, U., & Ozer, B. (2003). Clinical importance of nightmare disorder in patients with dissociative disorders. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 57(6), 575-579.
- Åkerstedt, T., Hume, K. E. N., Minors, D., & Waterhouse, J. I. M. (1994). The subjective meaning of good sleep, an intraindividual approach using the Karolinska Sleep Diary. *Perceptual and motor skills*, 79(1), 287-296.
- Akyuz, G., Kugu, N., Sar, V., & Dogan, O. (2007). Trauma and dissociation among prisoners. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(3), 167-172.
- Edition, F. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Anderson, R. E., Geier, T. J., & Cahill, S. P. (2016). Epidemiological associations between posttraumatic stress disorder and incarceration in the National Survey of American Life. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 26(2), 110-123.
- Ardino, V. (2012). Offending behaviour: The role of trauma and PTSD.
- Argyropoulos, S. V., Hicks, J. A., Nash, J. R., Bell, C. J., Rich, A. S., Nutt, D. J., & Wilson, S. J. (2003). Correlation of subjective and objective sleep measurements at different stages of the treatment of depression. *Psychiatry Research*, 120(2), 179-190

- Armour, C., Contractor, A. A., Palmieri, P. A., & Elhai, J. D. (2014). Assessing latent level associations between PTSD and dissociative factors: Is depersonalization and derealization related to PTSD factors more so than alternative dissociative factors? *Psychological Injury and Law, 7*(2), 131-142.
- Armour, C., Elklit, A., Lauterbach, D., & Elhai, J. D. (2014). The DSM-5 dissociative-PTSD subtype: Can levels of depression, anxiety, hostility, and sleeping difficulties differentiate between dissociative-PTSD and PTSD in rape and sexual assault victims? *Journal of Anxiety Disorders, 28*(4), 418-426.
- Armour, C., Karstoft, K. I., & Richardson, J. D. (2014). The co-occurrence of PTSD and dissociation: differentiating severe PTSD from dissociative-PTSD. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*(8), 1297-1306.
- Asberg, K., & Renk, K. (2012). Substance use coping as a mediator of the relationship between trauma symptoms and substance use consequences among incarcerated females with childhood sexual abuse histories. *Substance Use & Misuse, 47*(7), 799-808.
- Avidan, A. Y. (2006). Motor Disorders of Sleep. *Handbook of sleep medicine, 98*
- Babson, K. A., Boden, M. T., Woodward, S., Alvarez, J., & Bonn-Miller, M. (2013). Anxiety sensitivity and sleep quality: independent and interactive predictors of posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(1), 48-51.
- Babson, K., Feldner, M., Badour, C., Trainor, C., Blumenthal, H., Sachs-Ericsson, N., & Schmidt, N. (2011). Posttraumatic stress and sleep: differential relations across types of symptoms and sleep problems. *Journal of anxiety disorders, 25*(5), 706-713.
- Bae, C., & Avidan, A. (2008). Evaluation and testing of the sleepy patient. In *Sleep medicine* (pp. 25-46). Cambridge University Press, Cambridge (UK).

- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., ... & Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of affective disorders*, 135(1), 10-19.
- Baillargeon, J., Binswanger, I. A., Penn, J. V., Williams, B. A., & Murray, O. J. (2009). Psychiatric disorders and repeat incarcerations: The revolving prison door. *American Journal of Psychiatry*, 166(1), 103-109.
- Bastien, C. H., Vallieres, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine*, 2(4), 297-307.
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (Eds.). (2015). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Publications.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Becker, E. (1993) *The denial of death*. New York, NY: Free Press.
- Benca R.M. Insomnia. In: Avidan A.Y, Zee P.C, editors (2006). *Handbook of sleep medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;. p. 36–69.
- Berkowitz, S. J., Stover, C. S., & Marans, S. R. (2011). The child and family traumatic stress intervention: Secondary prevention for youth at risk of developing PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(6), 676-685.
- Betts, K. S., Williams, G. M., Najman, J. M., & Alati, R. (2013). The role of sleep disturbance in the relationship between post-traumatic stress disorder and suicidal ideation. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(7), 735-741.

- Black, Donald W. (co authors: Grant, Jon E.). (2014) *DSM-5 Guidebook: The essential companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fifth edition. American Psychiatric Pub.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., & Witte, T. K. (2014). Dissociation and posttraumatic stress disorder: A latent profile analysis. *Journal of Traumatic Stress, 27*(4), 388-396.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress, 28*(6), 489-498.
- Blonigen, D. M., Sullivan, E. A., Hicks, B. M., & Patrick, C. J. (2012). Facets of psychopathy in relation to potentially traumatic events and posttraumatic stress disorder among female prisoners: The mediating role of borderline personality disorder traits. *Personality Disorders-Theory Research and Treatment, 3*(4), 406-414.
- Boals, A., & Schuettler, D. (2009). PTSD symptoms in response to traumatic and non-traumatic events: The role of respondent perception and A2 criterion. *Journal of anxiety disorders, 23*(4), 458-462.
- Boeve, B. F., Silber, M. H., & Ferman, T. J. (2004). REM sleep behavior disorder in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies. *Journal of geriatric psychiatry and neurology, 17*(3), 146-157.
- Bower, G. H. Mood and memory. (1981) *American Psychologist, 36*, 129–148.
- Boysan, M. (2014). Dissociative experiences are associated with obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical sample: A latent profile analysis. *Archives of Neuropsychiatry, 51*(3), 253-262.
- Boysan, M. (2016). Associations between dissociation and post-traumatic stress response. In C. R. Martin, V. R. Preedy, & V. B. Patel (Eds.),

*Comprehensive guide to post-traumatic stress disorder* (pp. 831-849). New York, NY: Springer.

- Boysan, M., Gulec, M., Besiroglu, L., & Kalafat, T. (2010). Psychometric properties of the Insomnia Severity Index in Turkish sample. *Anadolu Psikiyatri Dergisi-Anatolian Journal of Psychiatry, 11*(3), 248-252.
- Boysan, M., Yıldırım, A., Beşiroğlu, L., Kefeli, M. C., & Kağan, M. (2018). Development and Preliminary Psychometric Properties of an Instrument for the Measurement of Obsessional Dissociative Experiences: The Van Obsessional Dissociation Questionnaire (VOD-Q). *Psychiatric Quarterly, 1*-20.
- Boysan, M., Guzel Ozdemir, P., Yilmaz, E., Selvi, Y., Özdemir, O., & Celal Kefeli, M. (2017). Psychometric properties of the Turkish version of the Clinician-Administered PTSD Scale for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (Turkish CAPS-5). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 27*(2), 173-184.
- Breslau, N., Roth, T., Burduvali, E., Kapke, A., Schultz, L., & Roehrs, T. (2004). Sleep in lifetime posttraumatic stress disorder: a community-based polysomnographic study. *Archives of general psychiatry, 61*(5), 508-516..
- Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L., & Andreski, P. (1996). Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biological psychiatry, 39*(6), 411-418.
- Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L., & Andreski, P. (1996). Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry, 39*(6), 411-418.
- Briere, J., Agee, E., & Dietrich, A. (2016). Cumulative trauma and current posttraumatic stress disorder status in general population and inmate samples. *Psychological Trauma-Theory Research Practice and Policy, 8*(4), 439-446.

- Briere, J., Scott, C., & Weathers, F. (2005). Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *American Journal of Psychiatry*, *162*(12), 2295-2301.
- Browne, A., Miller, B., & Maguin, E. (1999). Prevalence and severity of lifetime physical and sexual victimization among incarcerated women. *International Journal of Law and Psychiatry*, *22*(3-4), 301-322.
- Bryant, R. A. (2005). Predicting posttraumatic stress disorder from acute reactions. *Journal of Trauma and Dissociation* *6*(2), 5–15.
- Bryant, R. A., Creamer, M., O'Donnell, M., Silove, D., & McFarlane, A. C. (2010). Sleep disturbance immediately prior to trauma predicts subsequent psychiatric disorder. *Sleep*, *33*(1), 69-74.
- Bryant, R. A., Harvey, A. G., Guthrie, R. M., & Moulds, M. L. (2000). A prospective study of psychophysiological arousal, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*(2), 341-344.
- . Butler, L. D., Duran, R. E., Jasiukaitis, P., Koopman, C., & Spiegel, D. (1996). Hypnotizability and traumatic experience: A diathesis-stress model of dissociative symptomatology. *American Journal of Psychiatry*, *153*(7 Suppl), 42-63. doi:10.1176/ajp.153.8.A42
- Buysse, D. J., Angst, J., Gamma, A., Ajdacic, V., Eich, D., & Rössler, W. (2008). Prevalence, course, and comorbidity of insomnia and depression in young adults. *Sleep*, *31*(4), 473-480..
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, *28*(2), 193-213.
- Calhoun, P. S., Wiley, M., Dennis, M. F., Means, M. K., Edinger, J. D., & Beckham, J. C. (2007). Objective evidence of sleep disturbance in women with

- posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 1009-1018.
- Cameron, A., Palm, K., & Follette, V. (2010). Reaction to stressful life events: What predicts symptom severity?. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 645-649.
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 6, 16-27.
- Casement, M. D., & Swanson, L. M. (2012). A meta-analysis of imagery rehearsal for post-trauma nightmares: Effects on nightmare frequency, sleep quality, and posttraumatic stress. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 566-574.
- Chemtob, C., Roitblat, H. L., Hamada, R. S., Carlson, J. G., & Twentyman, C. T. (1988). A cognitive action theory of post-traumatic stress disorder. *Journal of anxiety disorders*, 2(3), 253-275.
- Cheung, V. K. L. (2012). An exploratory study on the relationship between dissociation in waking life and negative contents in dreams. *International Journal of Dream Research*, 5(1), 17-22.
- Choe, J. Y., Teplin, L. A., & Abram, K. M. (2008). Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: Balancing public health concerns. *Psychiatric Services*, 59(2), 153-164.
- Clum, G. A., Nishith, P., & Resick, P. A. (2001). Trauma-related sleep disturbance and self-reported physical health symptoms in treatment-seeking female rape victims. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(9), 618-622.
- Collins, J. J., & Bailey, S. L. (1990). Traumatic stress disorder and violent behavior. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 203-220.
- Constantine, R. J., Petrila, J., Andel, R., Givens, E. M., Becker, M., Robst, J., . . . Howe, A. (2010). Arrest trajectories of adult offenders with a serious mental illness. *Psychology Public Policy and Law*, 16(4), 319-339.

- Creamer, M., Burgess, P., & Pattison, P. (1992). Reaction to trauma: a cognitive processing model. *Journal of abnormal psychology, 101*(3), 452.
- Cusack, K. J., Herring, A. H., & Steadman, H. J. (2013). PTSD as a mediator between lifetime sexual abuse and substance use among jail diversion participants. *Psychiatric Services, 64*(8), 776-781.
- Dagan, Y., Zinger, Y., & Lavie, P. (1997). Actigraphic sleep monitoring in posttraumatic stress disorder (PTSD) patients. *Journal of Psychosomatic Research, 42*(6), 577-581.
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: the evolution of multirepresentational theorizing. *Psychological bulletin, 130*(2), 228.
- Davis, J. L. (2008). *Treating post-trauma nightmares: A cognitive behavioral approach*. New York, NY: Springer.
- Davis, J. L., Byrd, P., Rhudy, J. L., & Wright, D. C. (2007). Characteristics of chronic nightmares in a trauma-exposed treatment-seeking sample. *Dreaming, 17*(4), 187.
- DeCou, C. R., Lynch, S. M., Cole, T. T., & Kaplan, S. P. (2016). Dissociation mediates the association between intimate partner violence and posttraumatic stress among treatment-seeking incarcerated women. *Journal of Trauma & Dissociation, 17*(4), 480-493.
- Dell'Osso, L., Armani, A., Rucci, P., Frank, E., Fagiolini, A., Corretti, G., . . . Cassano, G. B. (2002). Measuring mood spectrum: comparison of interview (SCI-MOODS) and self-report (MOODS-SR) instruments. *Compr Psychiatry, 43*(1), 69-73.
- Dell'Osso, L., Massimetti, G., Conversano, C., Bertelloni, C. A., Carta, M. G., Ricca, V., & Carmassi, C. (2014). Alterations in circadian/seasonal rhythms and vegetative functions are related to suicidality in DSM-5 PTSD. *BMC Psychiatry, 14*, 352.



- Diehle, J., Schmitt, K., Daams, J. G., Boer, F., & Lindauer, R. J. L. (2014). Effects of psychotherapy on trauma-related cognitions in posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress, 27*(3), 257-264.
- Donley, S., Habib, L., Jovanovic, T., Kamkwala, A., Evces, M., Egan, G., . . . Ressler, K. J. (2012). Civilian PTSD symptoms and risk for involvement in the criminal justice system. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 40*(4), 522-529.
- Dudeck, M., Drenkhahn, K., Spitzer, C., Barnow, S., Kopp, D., Kuwert, P., . . . Dunkel, F. (2011). Traumatization and mental distress in long-term prisoners in Europe. *Punishment & Society-International Journal of Penology, 13*(4), 403-423.
- Ebdlahad, S., Nofzinger, E. A., James, J. A., Buysse, D. J., Price, J. C., & Germain, A. (2013). Comparing neural correlates of REM sleep in posttraumatic stress disorder and depression: a neuroimaging study. *Psychiatry Res, 214*(3), 422-428.
- Edinger, J. D., Bonnet, M. H., Bootzin, R. R., Doghramji, K., Dorsey, C. M., Espie, C. A., ... & Stepanski, E. J. (2004). Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. *Sleep, 27*(8), 1567-1596.
- Ellis, B. W., Johns, M. W., Lancaster, R., Raptopoulos, P., Angelopoulos, N., & Priest, R. G. (1981). The St. Mary's Hospital sleep questionnaire: a study of reliability. *Sleep, 4*(1), 93-97.
- Farid, M., & Kushida, C. A. (2004). Non-rapid eye movement parasomnias. *Current treatment options in neurology, 6*(4), 331-337.
- Ferini-Strambi, L., Fantini, M. L., Zucconi, M., Castronovo, V., Marelli, S., Oldani, A., & Cappa, S. (2005). REM sleep behaviour disorder. *Neurological sciences, 26*(3), s186-s192.

- Fiske, S. T., Kinder, D. R., & Larter, W. M. (1980). The novice and the expert: Schematic strategies in political cognition. *Unpublished manuscript*.
- Flatt, J. D., Williams, B. A., Barnes, D., Goldenson, J., & Ahalt, C. (2017). Post-traumatic stress disorder symptoms and associated health and social vulnerabilities in older jail inmates. *Aging & mental health, 21*(10), 1106-1112.
- Foa, E. B., & Hearst-Ikeda, D. (1996). Emotional dissociation in response to trauma. In *Handbook of dissociation* (pp. 207-224). Springer, Boston, MA.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological bulletin, 99*(1), 20.
- Foa, E. B., & McNally, R. J. (1996). Mechanisms of change in exposure therapy. *Current controversies in the anxiety disorders, 329-343*. New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., & Meadows, E. A. (1998) Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder. In R. Yehuda (Ed.), *Review of psychiatry: Vol. 17. Psychological trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Association. (pp. 179–204).
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment, 11*(3), 303-314.
- Ford, J. D., Chang, R., Levine, J., & Zhang, W. L. (2013). Randomized clinical trial comparing affect regulation and supportive group therapies for victimization-related PTSD with incarcerated women. *Behavior Therapy, 44*(2), 262-276.
- Ford, J. D., Chapman, J., Mack, M., & Pearson, G. (2006). Pathway from traumatic child victimization to delinquency: Implications for juvenile and permanency court proceedings and decisions. *Juvenile and Family Court Journal, 57*(1), 13-26.

- Ford, J. D., Grasso, D. J., Hawke, J., & Chapman, J. F. (2013). Poly-victimization among juvenile justice-involved youths. *Child Abuse & Neglect, 37*(10), 788-800.
- Frewen, P. A., Brown, M. F. D., Steuwe, C., & Lanius, R. A. (2015). Latent profile analysis and principal axis factoring of the DSM-5 dissociative subtype. *European Journal of Psychotraumatology, 6*.
- Gehrman, P., Seelig, A. D., Jacobson, I. G., Boyko, E. J., Hooper, T. I., Gackstetter, G. D., ... & Millennium Cohort Study Team. (2013). Predeployment sleep duration and insomnia symptoms as risk factors for new-onset mental health disorders following military deployment. *Sleep, 36*(7), 1009-1018..
- Germain, A. (2013). Sleep disturbances as the hallmark of PTSD: where are we now?. *American Journal of Psychiatry, 170*(4), 372-382.
- Germain, A., Buysse, D. J., & Nofzinger, E. (2008). Sleep-specific mechanisms underlying posttraumatic stress disorder: integrative review and neurobiological hypotheses. *Sleep medicine reviews, 12*(3), 185-195.
- Germain, A., Buysse, D. J., & Nofzinger, E. (2008). Sleep-specific mechanisms underlying posttraumatic stress disorder: Integrative review and neurobiological hypotheses. *Sleep Medicine Reviews, 12*(3), 185-195.
- Germain, A., Buysse, D. J., Shear, M. K., Fayyad, R., & Austin, C. (2004). Clinical correlates of poor sleep quality in posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress, 17*(6), 477-484.
- Germain, A., Hall, M., Katherine Shear, M., Nofzinger, E. A., & Buysse, D. J. (2006). Ecological Study of Sleep Disruption in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1071*(1), 438-441.
- Germain, A., Hall, M., Krakow, B., Shear, M. K., & Buysse, D. J. (2005). A brief sleep scale for posttraumatic stress disorder: Pittsburgh Sleep Quality Index Addendum for PTSD. *Journal of anxiety disorders, 19*(2), 233-244

- Germain, A., Mammen, O., Price, P., & Nofzinger, E. A. (2011). Functional neuroimaging of REM sleep in returning veterans with PTSD: An [18F]-RDG PET study. *Sleep, 34*, 42.
- Germain, A., Shear, M. K., Hall, M., & Buysse, D. J. (2007). Effects of a brief behavioral treatment for PTSD-related sleep disturbances: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy, 45*(3), 627-632.
- Gibson, L. E., Holt, J. C., Fondacaro, K. M., Tang, T. S., Powell, T. A., & Turbitt, E. L. (1999). An examination of antecedent traumas and psychiatric comorbidity among male inmates with PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 12*(3), 473-484.
- Ginzburg, K., Koopman, C., Butler, L. D., Palesh, O., Kraemer, H. C., Classen, C. C., & Spiegel, D. (2006). Evidence for a dissociative subtype of post-traumatic stress disorder among help-seeking childhood sexual abuse survivors. *Journal of Trauma and Dissociation, 7*(2), 7-27.
- Giosan, C., Malta, L. S., Wyka, K., Jayasinghe, N., Evans, S., Difede, J., & Avram, E. (2015). Sleep disturbance, disability, and posttraumatic stress disorder in utility workers. *Journal of Clinical Psychology, 71*(1), 72-84. doi:10.1002/jclp.22116
- Gleaves, D. H., May, M. C., & Cardena, E. (2001). An examination of the diagnostic validity of dissociative identity disorder. *Clinical Psychology Review, 21*(4), 577-608.
- Goff, A., Rose, E., Rose, S., & Purves, D. (2007). Does PTSD occur in sentenced prison populations? A systematic literature review. *Criminal Behaviour and Mental Health, 17*(3), 152-162.
- Gold, S. D., Marx, B. P., Soler-Baillo, J. M., & Sloan, D. M. (2005). Is life stress more traumatic than traumatic stress?. *Journal of Anxiety Disorders, 19*(6), 687-698.

- Goldstein, A. N., & Walker, M. P. (2014). The role of sleep in emotional brain function. *Annual review of clinical psychology, 10*, 679-708.
- Gosein, V. J., Stiffler, J. D., Frascoia, A., & Ford, E. B. (2016). Life stressors and posttraumatic stress disorder in a seriously mentally ill jail population. *Journal of forensic sciences, 61*(1), 116-121.
- Gottlieb, D. J., Punjabi, N. M., Newman, A. B., Resnick, H. E., Redline, S., Baldwin, C. M., & Nieto, F. J. (2005). Association of sleep time with diabetes mellitus and impaired glucose tolerance. *Archives of internal medicine, 165*(8), 863-867.
- Green, B. L., Dass-Brailsford, P., de Mendoza, A. H., Mete, M., Lynch, S. M., DeHart, D. D., & Belknap, J. (2016). Trauma experiences and mental health among incarcerated women. *Psychological Trauma-Theory Research Practice and Policy, 8*(4), 455-463.
- Green, B. L., Miranda, J., Daroowalla, A., & Siddique, J. (2005). Trauma exposure, mental health functioning, and program needs of women in jail. *Crime & Delinquency, 51*(1), 133-151.
- Greene, C. A., Ford, J. D., Wakefield, D. B., & Barry, L. C. (2014). Posttraumatic stress mediates the relationship between childhood victimization and current mental health burden in newly incarcerated adults. *Child Abuse & Neglect, 38*(10), 1569-1580.
- Gulec, M., Kalafat, T., Boysan, M., & Barut, Y. (2013). Psychometric Properties of the Turkish Version of the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI) in a Non-Clinical Sample. *Noropsikiyatri Arsivi-Archives of Neuropsychiatry, 50*(2), 147-153.
- Haaland, V. O., & Landro, N. I. (2009). Pathological dissociation and neuropsychological functioning in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 119*(5), 383-392.

- Habukawa, M., Uchimura, N., Maeda, M., Kotorii, N., & Maeda, H. (2007). Sleep findings in young adult patients with posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, *62*(10), 1179-1182.
- Hansen, M., Mullerova, J., Elklit, A., & Armour, C. (2016). Can the dissociative PTSD subtype be identified across two distinct trauma samples meeting caseness for PTSD? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *51*(8), 1159-1169.
- Hansen, M., Ross, J., & Armour, C. (2017). Evidence of the dissociative PTSD subtype: A systematic literature review of latent class and profile analytic studies of PTSD. *Journal of Affective Disorders*, *213*, 59-69.
- Harvey, A. G. (2008). Insomnia, psychiatric disorders, and the transdiagnostic perspective. *Current Directions in Psychological Science*, *17*(5), 299-303.
- Hasler, B. P., Insana, S. P., James, J. A., & Germain, A. (2013). Evening-type military veterans report worse lifetime posttraumatic stress symptoms and greater brainstem activity across wakefulness and REM sleep. *Biological Psychology*, *94*(2), 255-262.
- Hathaway, L. M., Boals, A., & Banks, J. B. (2010). PTSD symptoms and dominant emotional response to a traumatic event: an examination of DSM-IV Criterion A2. *Anxiety, Stress & Coping*, *23*(1), 119-126..
- Henrichs, J., & Bogaerts, S. (2012). Correlates of posttraumatic stress disorder in forensic psychiatric outpatients in the Netherlands. *Journal of traumatic stress*, *25*(3), 315-322.
- Ho, F. Y. Y., Chan, C. S., & Tang, K. N. S. (2016). Cognitive-behavioral therapy for sleep disturbances in treating posttraumatic stress disorder symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, *43*, 90-102.
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C., Frasquilho, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of

dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical psychology review*, 25(1), 1-23.

Horne, J. A., & Ostberg, O. (1975). A self-assessment questionnaire to determine morningness eveningness in human circadian rhythms. *International Journal of Chronobiology*, 4(2), 97-110.

Horowitz, M. J., Wilner, N., Kaltreider, N., & Alvarez, W. (1980). Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 37(1), 85-92.

<https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>. Erişim tarihi: 13/02/2017

<https://www.brainnetwork.org.uk/wp-content/uploads/2017/02/ccpe-yr-2-trauma-handout-5-dsm5-ptsd.pdf>. Erişim tarihi:08/05/2017

Huang, G., Zhang, Y., Momartin, S., Cao, Y., & Zhao, L. (2006). Prevalence and characteristics of trauma and posttraumatic stress disorder in female prisoners in China. *Comprehensive psychiatry*, 47(1), 20-29.

Hyppä, M. T., & Kronholm, E. (1989). Quality of sleep and chronic illnesses. *Journal of clinical epidemiology*, 42(7), 633-638.

Janoff-Bulman, R. (1992). Shattered assumptions. *New York*.

Iverson, K. M., Gradus, J. L., Resick, P. A., Suvak, M. K., Smith, K. F., & Monson, C. M. (2011). Cognitive-behavioral therapy for PTSD and depression symptoms reduces risk for future intimate partner violence among interpersonal trauma survivors. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(2), 193..

Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social cognition*, 7(2), 113-136.

Janoff-Bulman, R., Berg, M., & Harvey, J. H. (1998). Disillusionment and the creation of value: From traumatic losses to existential gains. *Perspectives on loss: A sourcebook*, 35-47.

- Jordan, B. K., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., & Caddell, J. M. (1996). Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women .2. Convicted felons entering prison. *Archives of General Psychiatry, 53*(6), 513-519.
- Kaba, F., Solimo, A., Graves, J., Glowa-Kollisch, S., Vise, A., MacDonald, R., . . . Venters, H. (2015). Disparities in mental health referral and diagnosis in the New York City Jail Mental Health Service. *American Journal of Public Health, 105*(9), 1911-1916.
- Kadak, M. T., Nasiroglu, S., Boysan, M., & Aydin, A. (2013). Risk factors predicting posttraumatic stress reactions in adolescents after 2011 Van earthquake. *Comprehensive Psychiatry, 54*(7), 982-990.
- Kaplow, J. B., Dodge, K. A., Amaya-Jackson, L., & Saxe, G. N. (2005). Pathways to PTSD, part II: Sexually abused children. *American Journal of Psychiatry, 162*(7), 1305-1310.
- Karatzias, T., Power, K., Woolston, C., Apurva, P., Begley, A., Mirza, K., . . . Purdie, A. (2017). Multiple traumatic experiences, post-traumatic stress disorder and offending behaviour in female prisoners. *Criminal Behaviour and Mental Health*.
- Kark S, Stavitsky K, Deluca S, Lafleche G, Bogdanova Y (2013) Poor sleep quality is related to PTSD, cognitive difficulties, and quality of life in OEF/OIF veterans with blast exposure. Abstract. Journal of International Neuropsychological Society. 19:i-122.
- Kaufman, J.(2002b) Safety and the assumptive world: A theory of traumatic loss. In J. Kaufman (Ed.). *Loss of the assumptive world*.New York, NY.: Brunner-Routledge). (pp. 205-211).
- Keane, T. M., Zimering, R. T., & Caddell, J. M. (1985). A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Behavior Therapist, 8*(1), 9-12.



- Keklund, G., & Åkerstedt, T. (1997). Objective components of individual differences in subjective sleep quality. *Journal of sleep research*, 6(4), 217-220.
- Khachatryan, D., Groll, D., Booi, L., Sepehry, A. A., & Schutz, C. G. (2016). Prazosin for treating sleep disturbances in adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *General Hospital Psychiatry*, 39, 46-52.
- Khawaja, I. S., Hashmi, A. M., Aftab, M. A., Westermeyer, J., & Hurwitz, T. D. (2014). Actigraphy in post traumatic stress disorder. *Pakistan journal of medical sciences*, 30(2), 438.
- Kihlstrom, J.F (2005). Dissociative Disorders. In H.E. Adams & P.B. Sutker (Eds.) *Comprehensive Handbook of Psychopathology*, New York: Plenum.3rd Ed.
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 537-547.
- Knox, J., & Lynn, S. J. (2014). Sleep experiences, dissociation, imaginal experiences, and schizotypy: The role of context. *Consciousness and Cognition*, 23, 22-31.
- Kobayashi, I., Boarts, J. M., & Delahanty, D. L. (2007). Polysomnographically measured sleep abnormalities in PTSD: A meta-analytic review. *Psychophysiology*, 44(4), 660-669.
- Koffel, E., Polusny, M. A., Arbisi, P. A., & Erbes, C. R. (2013). Pre-deployment daytime and nighttime sleep complaints as predictors of post-deployment PTSD and depression in National Guard troops. *Journal of anxiety disorders*, 27(5), 512-519.
- Komarovskaya, I. A., Loper, A. B., Warren, J., & Jackson, S. (2011). Exploring gender differences in trauma exposure and the emergence of symptoms of

PTSD among incarcerated men and women. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(3), 395-410.

Koren, D., Arnon, I., Lavie, P., & Klein, E. (2002). Sleep complaints as early predictors of posttraumatic stress disorder: a 1-year prospective study of injured survivors of motor vehicle accidents. *Am J Psychiatry*, 159(5), 855-857.

Krakov B, Schrader R, Tandberg D, Hollifield M, Koss MP, Yau CL, et al. Nightmare frequency in sexual assault survivors with PTSD. *J Anxiety Disord*. 2002;16(2):175–90.

Krakov, B., & Zadra, A. (2010). Imagery rehearsal therapy: Principles and practice. *Sleep Medicine Clinics*, 5(2), 289-298.

Krakov, B., Artar, A., Warner, T. D., Melendrez, D., Johnston, L., Hollifield, M., . . . Koss, M. (2000). Sleep disorder, depression, and suicidality in female sexual assault survivors. *Crisis*, 21(4), 163-170.

Krakov, B., Haynes, P. L., Warner, T. D., Melendrez, D., Sisley, B. N., Johnston, L., . . . Lee, S. (2007). Clinical sleep disorder profiles in a large sample of trauma survivors: An interdisciplinary view of posttraumatic sleep disturbance. *Sleep and Hypnosis*, 9(1), 6-15.

Krakov, B., Haynes, P. L., Warner, T. D., Santana, E., Melendrez, D., Johnston, L., . . . Shafer, L. (2004). Nightmares, insomnia, and sleep-disordered breathing in fire evacuees seeking treatment for posttraumatic sleep disturbance. *Journal of Traumatic Stress*, 17(3), 257-268.

Krakov, B., Melendrez, D., Johnston, L., Warner, T. D., Clark, J. O., Pacheco, M., . . . Schrader, R. (2002). Sleep-disordered breathing, psychiatric distress, and quality of life impairment in sexual assault survivors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(7), 442-452.

Krakov, B., Melendrez, D., Pedersen, B., Johnston, L., Hollifield, M., Germain, A., . . . Schrader, R. (2001). Complex insomnia: Insomnia and sleep-disordered

breathing in a consecutive series of crime victims with nightmares and PTSD. *Biological Psychiatry*, 49(11), 948-953.

Krakow, B., Melendrez, D., Warner, T. D., Clark, J. O., Sisley, B. N., Dorin, R., . . . Hollifield, M. (2006). Signs and symptoms of sleep-disordered breathing in trauma survivors: A matched comparison with classic sleep apnea patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(6), 433-439.

Krakow, B., Melendrez, D., Warner, T. D., Dorin, R., Harper, R., & Hollifield, M. (2002). To breathe, perchance to sleep: sleep-disordered breathing and chronic insomnia among trauma survivors. *Sleep Breath*, 6(4), 189-202.

Krakow, B., Ulibarri, V. A., Moore, B. A., & McIver, N. D. (2015). Posttraumatic stress disorder and sleep-disordered breathing: a review of comorbidity research. *Sleep Medicine Reviews*, 24, 37-45.

Krause-Utz, A., Frost, R., Winter, D., & Elzinga, B. M. (2017). Dissociation and alterations in brain function and structure: Implications for borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 19(1).

Krystal, J. H., Bremner, J. D., Southwick, S. M., & Charney, D. S. (1998). The emerging neurobiology of dissociation: Implications for treatment of posttraumatic stress disorder. *Trauma, memory, and dissociation*, 54, 321-363.

Kubiak, S. P. (2004). The effects of PTSD on treatment adherence, drug relapse, and criminal recidivism in a sample of incarcerated men and women. *Research on Social Work Practice*, 14(6), 424-433.

Kucukkaragoz H.(2006) Bilissel Gelisim ve Dil Gelisimi. Egitim Psikolojisi, GelismeOgrenme, Ogretim. Pegem Yayınları, Ankara ;82-100.

Kuroda, H., Wada, K., Takeuchi, H., & Harada, T. (2013). PTSD score, circadian typology and sleep habits of people who experienced the Great Hanshin-Awaji Earthquake 17 years ago. *Psychology*, 4(2), 106-110.

- Lanius, R. A., Brand, B., Vermetten, E., Frewen, P. A., & Spiegel, D. (2012). The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: Rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications. *Depression and Anxiety, 29*(8), 701-708.
- Lanius, R. A., Wolf, E. J., Miller, M. W., Frewen, P. A., Vermetten, E., Brand, B., & Spiegel, D. (2014). The dissociative subtype of PTSD. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 234-250).
- Lee-Chiong Jr, T. L. (2005). Parasomnias and other sleep-related movement disorders. *Primary Care: Clinics in Office Practice, 32*(2), 415-434.
- Leo G. Parasomnias. *WMJ* 2003;102(1):32–5.
- Levin, R., & Nielsen, T. A. (2007). Disturbed dreaming, posttraumatic stress disorder, and affect distress: a review and neurocognitive model. *Psychological Bulletin, 133*(3), 482-528.
- Lockley, S. W., Barger, L. K., Ayas, N. T., Rothschild, J. M., Czeisler, C. A., & Landrigan, C. P. (2007). Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and performance. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 33*(11), 7-18.
- Lu B, Manthena P, Zee P.C.(2006) Circadian rhythm sleep disorders. In: Avidan A, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; p. 137–64.
- Maher, M. J., Rego, S. A., & Asnis, G. M. (2006). Sleep disturbances in patients with post-traumatic stress disorder: epidemiology, impact and approaches to management. *CNS Drugs, 20*(7), 567-590.
- Mahowald M.W, Bornemann M.C, Schenck C.H. (2004)Parasomnias. *Semin Neurol* 24(3):283–92.

- Malik, S., Kanwar, A., Sim, L. A., Prokop, L. J., Wang, Z., Benkhadra, K., & Murad, M. H. (2014). The association between sleep disturbances and suicidal behaviors in patients with psychiatric diagnoses: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*, 3, 18.
- Mandler, G. (1985). *Cognitive psychology: An essay in cognitive science*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Marshall, G. N., & Schell, T. L. (2002). Reappraising the link between peritraumatic dissociation and PTSD symptom severity: Evidence from a longitudinal study of community violence survivors. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(4), 626..
- Maschi, T., Gibson, S., Zgoba, K. M., & Morgen, K. (2011). Trauma and life event stressors among young and older adult prisoner. *Journal of Correctional Health Care*, 17(2), 160-172.
- Maschi, T., Morgen, K., Zgoba, K., Courtney, D., & Ristow, J. (2011). Age, Cumulative Trauma and Stressful Life Events, and Post-traumatic Stress Symptoms Among Older Adults in Prison: Do Subjective Impressions Matter? *Gerontologist*, 51(5), 675-686.
- Maxfield, M. G., & Widom, C. S. (1996). The cycle of violence - Revisited 6 years later. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 150(4), 390-395.
- McDonald, P., Bryant, R. A., Silove, D., Creamer, M., O'donnell, M., & McFarlane, A. C. (2013). The expectancy of threat and peritraumatic dissociation. *European journal of psychotraumatology*, 4(1), 21426.
- McFarlane, A. C. (2013). Biology not culture explains dissociation in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 73(4), 296-297.
- McHugh, R. K., Hu, M. C., Campbell, A. N., Hilario, E. Y., Weiss, R. D., & Hien, D. A. (2014). Changes in sleep disruption in the treatment of co-occurring posttraumatic stress disorder and substance use disorders. *Journal of Traumatic Stress*, 27(1), 82-89.

- Mellman, T. A., Bustamante, V., Fins, A. I., Pigeon, W. R., & Nolan, B. (2002). REM sleep and the early development of posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*, *159*(10), 1696-1701.
- Mellman, T. A., Knorr, B. R., Pigeon, W. R., Leiter, J. C., & Akay, M. (2004). Heart rate variability during sleep and the early development of posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*, *55*(9), 953-956.
- Mellman, T. A., Pigeon, W. R., Nowell, P. D., & Nolan, B. (2007). Relationships between REM sleep findings and PTSD symptoms during the early aftermath of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *20*(5), 893-901.
- Mergler, M., Driessen, M., Ludecke, C., Ohlmeier, M., Chodzinski, C., Weirich, S., . . . Studygrp, T. (2017). Relationships between a dissociative subtype of PTSD and clinical characteristics in patients with substance use disorders. *Journal of Psychoactive Drugs*, *49*(3), 225-232.
- Messina, N. P., Burdon, W. M., & Prendergast, M. L. (2003). Assessing the needs of women in institutional therapeutic communities. *Journal of Offender Rehabilitation*, *37*(2), 89-106.
- Messina, N., & Calhoun, S. (2014). Trauma-informed treatment decreases posttraumatic stress disorder among women offenders. *Journal of Trauma & Dissociation*, *15*(1), 6-23.
- Messina, N., & Grella, C. (2006). Childhood trauma and women's health outcomes in a California prison population. *American Journal of Public Health*, *96*(10), 1842-1848.
- Messina, N., Burdon, W., Hagopian, G., & Prendergast, M. (2004). One year return to custody rates among co-disordered offenders. *Behavioral Sciences & the Law*, *22*(4), 503-518.
- Messina, N., Grella, C., Burdon, W., & Prendergast, M. (2007). Childhood adverse events and current traumatic distress - A comparison of men and women

- drug-dependent prisoners. *Criminal Justice and Behavior*, 34(11), 1385-1401.
- Mills, M. A. (2010). *Shattered Assumptions? A prospective study: The impact of trauma on global beliefs and adjustment*. University of Connecticut.
- Moloney, K. P., van den Bergh, B., & Moller, L. F. (2009). Women in prison: The central issues of gender characteristics and trauma history. *Public Health*, 123(6), 426-430.
- Moul DE, Nofzinger EA, Pilkonis PA, Houck PR, Miewald JM, Buysse DJ. (2002). Symptom reports in severe chronic insomnia. *Sleep*;25:553-63.
- Mueser, K. T., Salyers, M. P., Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., Essock, S. M., Osher, F. C., . . . Comm, S. H. R. S. R. (2004). Interpersonal trauma and posttraumatic stress disorder in patients with severe mental illness: Demographic, clinical, and health correlates. *Schizophrenia Bulletin*, 30(1), 45-57.
- Mullerova, J., Hansen, M., Contractor, A. A., Elhai, J. D., & Armour, C. (2016). Dissociative Features in Posttraumatic Stress Disorder: A Latent Profile Analysis. *Psychological Trauma-Theory Research Practice and Policy*, 8(5), 601-608.
- Nappi, C. M., Drummond, S. P. A., & Hall, J. M. H. (2012). Treating nightmares and insomnia in posttraumatic stress disorder: A review of current evidence. *Neuropharmacology*, 62(2), 576-585.
- National Institutes of Health State of the Science Conference statement on manifestations and management of chronic insomnia in adults, June 13–15, 2005. *Sleep* 2005;28(9):1049–57.
- Nishith, P., Resick, P. A., & Mueser, K. T. (2001). Sleep difficulties and alcohol use motives in female rape victims with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 14(3), 469-479.

- Oathes, D. J., & Ray, W. J. (2008). Dissociative tendencies and facilitated emotional processing. *Emotion, 8*(5), 653-661.
- Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev 2002;6*(2):97–111.
- Okawa M, Uchiyama M. Circadian rhythm sleep disorders: characteristics and entrainment pathology in delayed sleep phase and non-24-h sleep-wake syndrome. *Sleep Med Rev 2007;11*(6):485–96.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129*(1), 52-73.
- Panasetis, P., & Bryant, R.A. Peritraumatic versus persistent dissociation in acute stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 2003;16*, 563-566.
- Payne J.D., Chambers A.M., Kensinger E.A., (2012) Sleep promotes lasting changes in selective memory for emotional scenes. *Front Integr Neurosci.; 6*:108–108.
- Payne J.,D., Kensinger E.A., (2011) Sleep leads to changes in the emotional memory trace: evidence from fMRI. *J Cogn Neurosci. 23*(6):1285–1297.
- Peller, A. J., Najavits, L. M., Nelson, S. E., LaBrie, R. A., & Shaffer, H. J. (2010). PTSD among a treatment sample of repeat DUI offenders. *Journal of Traumatic Stress, 23*(4), 468-473.
- Perry C.P., & Laurence, J.R. (1984).Mental processing outside of awareness: The contributions of Freud and Janet. In K.S. Bowers and D. Meichenbaum (Eds.) *The unconscious reconsidered*. New York: Wiley; (pp.9-48).
- Phillips, B., & Mannino, D. M. (2007). Do insomnia complaints cause hypertension or cardiovascular disease?. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine, 3*(5), 489..



- Pigeon, W. R., Campbell, C. E., Possemato, K., & Ouimette, P. (2013). Longitudinal relationships of insomnia, nightmares, and PTSD severity in recent combat veterans. *Journal of psychosomatic research, 75*(6), 546-550.
- Pigeon, W. R., Piquart, M., & Conner, K. (2012). Meta-analysis of sleep disturbance and suicidal thoughts and behaviors. *The Journal of clinical psychiatry, 73*(9):1160–1167.
- Pillar, G., Malhotra, A., & Lavie, P. (2000). Post-traumatic stress disorder and sleep—what a nightmare!. *Sleep Medicine Reviews, 4*(2), 183-200.
- Pitman, R. K., Shalev, A. Y., & Orr, S. P. (2000). Posttraumatic stress disorder: Emotion, conditioning, and memory. *The new cognitive neurosciences, 2*, 1133-1147.
- Putnam, F.W., Carlson, E.B., Ross, C.A., Anderson, G., Clark, P., Torem, M., et al. (1996) Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *Journal of Nervous and Mental Disease, 184*, 673-679.
- Qi, W., Gevonden, M., & Shalev, A. (2016). Prevention of post-traumatic stress disorder after trauma: Current evidence and future directions. *Current psychiatry reports, 18*(2), 20.
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy, 18*(1), 51-60.
- Reid K.J, Zee P.C.(2004) Circadian rhythm disorders. *Semin Neurol 24*(3):315–25.
- Ribeiro, J. D., Pease, J. L., Gutierrez, P. M., Silva, C., Bernert, R. A., Rudd, M. D., & Joiner, T. E. (2012). Sleep problems outperform depression and hopelessness as cross-sectional and longitudinal predictors of suicidal ideation and behavior in young adults in the military. *Journal of affective disorders, 136*(3), 743-750.

- Roca, V., Hart, J., Kimbrell, T., & Freeman, T. (2006). Cognitive function and dissociative disorder status among veteran subjects with chronic posttraumatic stress disorder: A preliminary study. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 18(2), 226-230.
- Rosa, R. R., & Bonnet, M. H. (2000). Reported chronic insomnia is independent of poor sleep as measured by electroencephalography. *Psychosomatic Medicine*, 62(4), 474-482.
- Ross, C. A., Joshi, S., & Currie, R. (1991). Dissociative experiences in the general population: A factor analysis. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 297–301.
- Ross, J., Banik, G., Dedova, M., Mikulaskova, G., & Armour, C. (2017). Assessing the structure and meaningfulness of the dissociative subtype of PTSD. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- Rothbart, M. K., Sheese, B. E., Rueda, M. R., & Posner, M. I. (2011). Developing mechanisms of self-regulation in early life. *Emotion review*, 3(2), 207-213..
- Ruzich, D., Reichert, J., & Lurigio, A. J. (2014). Probable posttraumatic stress disorder in a sample of urban jail detainees. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(5), 455-463.
- Sadeh, N., & McNiel, D. E. (2015). Posttraumatic stress disorder increases risk of criminal recidivism among justice-involve persons with mental disorders. *Criminal Justice and Behavior*, 42(6), 573 –586.
- Saladin, M. E., Brady, K. T., Dansky, B. S., & Kilpatrick, D. G. (1995). Understanding comorbidity between PTSD and substance use disorders: two preliminary investigations. *Addict Behav*, 20(5), 643-655.
- Salgado, D. M., Quinlan, K. J., & Zlotnick, C. (2007). The relationship of lifetime polysubstance dependence to trauma exposure, symptomatology, and psychosocial functioning in incarcerated women with comorbid PTSD and substance use disorder. *Journal of Trauma and Dissociation*, 8(2), 9-26.

- Sanders, B., & Green, J. A. (1994). The factor structure of the dissociative experiences scale in college students. *Dissociation, 7*, 23–27.
- Scott, D. A., McGilloway, S., Dempster, M., Browne, F., & Donnelly, M. (2013). Effectiveness of Criminal Justice Liaison and Diversion Services for Offenders With Mental Disorders: A Review. *Psychiatric Services, 64*(9), 843-849.
- Selvi, Y., Kandeger, A., Boysan, M., Akbaba, N., Sayin, A. A., Tekinarslan, E., . . . Sar, V. (2017). The effects of individual biological rhythm differences on sleep quality, daytime sleepiness, and dissociative experiences. *Psychiatry Research, 256*, 243-248.
- Semiz, U. B., Basoglu, C., Ebrinc, S., & Cetin, M. (2008). Nightmare disorder, dream anxiety, and subjective sleep quality in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 62*(1), 48-55.
- Shalev, A. Y., Peri, T., Canetti, L., & Schreiber, S. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study. *The American Journal of Psychiatry, 153*(2), 219.
- Short, N. A., Allan, N. P., & Schmidt, N. B. (2017). Sleep disturbance as a predictor of affective functioning and symptom severity among individuals with PTSD: An ecological momentary assessment study. *Behaviour Research and Therapy, 97*, 146-153.
- Short, N. A., Allan, N. P., & Schmidt, N. B. (2017). Sleep disturbance as a predictor of affective functioning and symptom severity among individuals with PTSD: An ecological momentary assessment study. *Behaviour Research and Therapy, 97*, 146-153.
- Short, N. A., Babson, K. A., Boden, M. T., & Bonn-Miller, M. O. (2015). Sleep quality, problematic cannabis use and posttraumatic stress symptoms among medical cannabis users. *Addiction Research and Theory, 23*(3), 246-252.

- Short, N. A., Babson, K. A., Schmidt, N. B., Knight, C. B., Johnson, J., & Bonn-Miller, M. O. (2016). Sleep and affective functioning: Examining the association between sleep quality and distress tolerance among veterans. *Personality and Individual Differences, 90*, 247-253.
- Short, N. A., Ennis, C. R., Oglesby, M. E., Boffa, J. W., Joiner, T. E., & Schmidt, N. B. (2015). The mediating role of sleep disturbances in the relationship between posttraumatic stress disorder and self-injurious behavior. *Journal of Anxiety Disorders, 35*, 68-74.
- Silber M. (2007) Insomnia. *Continuum Lifelong Learning Neurol.* 13(3):85–100.
- Simor, P., Csóka, S., & Bódizs, R. (2010). Nightmares and bad dreams in patients with borderline personality disorder: Fantasy as a coping skill? *European Journal of Psychiatry, 24*(1), 28-37.
- Sindicich, N., Mills, K. L., Barrett, E. L., Indig, D., Sunjic, S., Sannibale, C., . . . Najavits, L. M. (2014). Offenders as victims: post-traumatic stress disorder and substance use disorder among male prisoners. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 25*(1), 44-60.
- Soffer-Dudek, N., & Shahar, G. (2009). What are sleep-related experiences? Associations with transliminality, psychological distress, and life stress. *Consciousness and Cognition, 18*(4), 891-904.
- Soffer-Dudek, N., & Shahar, G. (2011). Daily stress interacts with trait dissociation to predict sleep-related experiences in young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(3), 719-729.
- Soffer-Dudek, N., Lassri, D., Soffer-Dudek, N., & Shahar, G. (2015). Dissociative absorption: An empirically unique, clinically relevant, dissociative factor. *Conscious and Cognition, 36*, 338-351.
- Soffer-Dudek, N., Shelef, L., Oz, I., Levkovsky, A., Erlich, I., & Gordon, S. (2017). Absorbed in sleep: Dissociative absorption as a predictor of sleepiness

following sleep deprivation in two high-functioning samples. *Consciousness and Cognition* 48, 161-170.

Sojczuk, S., & Jojczuk, M. (2016). History of trauma and posttraumatic disorders in literature. *Psychiatr. Pol*, 50(1), 269-281.

Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernandez, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., . . . Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 824-852.

Spitzer, C., Dudeck, M., Liss, H., Orlob, S., Gillner, M., & Freyberger, H. J. (2001). Post-traumatic stress disorder in forensic inpatients. *Journal of Forensic Psychiatry*, 12(1), 63-77.

Stein, D. J., Koenen, K. C., Friedman, M. J., Hill, E., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., . . . Kessler, R. C. (2013). Dissociation in Posttraumatic Stress Disorder: Evidence from the World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(4), 302-312.

Steiner, H., Garcia, I. G., & Matthews, Z. (1997). Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(3), 357-365.

Steuwe, C., Lanius, R. A., & Frewen, P. A. (2012). Evidence for a dissociative subtype of PTSD by latent profile and confirmatory factor analyses in a civilian sample. *Depression and Anxiety*, 29(8), 689-700.

Stickgold, R., & Walker, M. P. (2007). Sleep-dependent memory consolidation and reconsolidation. *Sleep medicine*, 8(4), 331-343.

Stockdale, G. D., Gridley, B. E., Balogh, D. W., & Holtgraves, T. (2002). Confirmatory factor analysis of single- and multiple-factor competing models of the dissociative experiences scale in a nonclinical sample. *Assessment*, 9, 94-106.

- Straus, L. D., Drummond, S., Nappi, C. M., Jenkins, M. M., & Norman, S. B. (2015). Sleep variability in military-related PTSD: A comparison to primary insomnia and healthy controls. *Journal of traumatic stress, 28*(1), 8-16.
- Swopes, R. M., Davis, J. L., & Scholl, J. A. (2017). Treating substance abuse and trauma symptoms in incarcerated women: An effectiveness study. *Journal of Interpersonal Violence, 32*(7), 1143-1165.
- Tapanci, Z., Yildirim, A., & Boysan, M. (2018). Neurological soft signs, dissociation and alexithymia in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) and healthy subjects. *Psychiatry Research, 260*, 90-97.
- Teplin, L. A., Abram, K. M., & McClelland, G. M. (1996). Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women .1. Pretrial jail detainees. *Archives of General Psychiatry, 53*(6), 505-512.
- Teplin, L. A., McClelland, G. M., Abram, K. M., & Weiner, D. A. (2005). Crime victimization in adults with severe mental illness: Comparison with the national crime victimization survey. *Archives of General Psychiatry, 62*(8), 911-921.
- Thorpy M.J.(2004) Approach to the patient with a sleep complaint. *Semin Neurol 24*(3):225–35.
- Tryon, W. W. (1998). A neural network explanation of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 12*(4), 373-385.
- Tryon, W.(1999) A bidirectional associative memory explanation of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 19*, 789–818.
- Tsai, J., Armour, C., Southwick, S. M., & Pietrzak, R. H. (2015). Dissociative subtype of DSM-5 posttraumatic stress disorder in US veterans. *Journal of Psychiatric Research, 66-67*, 67-74.

- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 413-423..
- Van der Hart, O., van Ochten, J. M., van Son, M. J., Steele, K., & Lensvelt-Mulders, G. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: A critical review. *Journal of Trauma and Dissociation, 9*(4), 481-505.
- Van Der Kloet, D., Giesbrecht, T., Franck, E., Van Gastel, A., De Volder, I., Van Den Eede, F., . . . Merckelbach, H. (2013). Dissociative symptoms and sleep parameters - an all-night polysomnography study in patients with insomnia. *Comprehensive Psychiatry, 54*(6), 658-664.
- Van der Kloet, D., Giesbrecht, T., Lynn, S. J., Merckelbach, H., & de Zutter, A. (2012). Sleep normalization and decrease in dissociative experiences: Evaluation in an inpatient sample. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(1), 140-150.
- Van der Kloet, D., Merckelbach, H., Giesbrecht, T., & Lynn, S. J. (2012). Fragmented sleep, fragmented mind: The role of sleep in dissociative symptoms. *Perspectives on Psychological Science, 7*(2), 159-175.
- Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., & Mandel, F. S. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation. *The American journal of psychiatry, 153*(7), 83.
- Van Heugten-van der Kloet, D., Giesbrecht, T., & Merckelbach, H. (2015). Sleep loss increases dissociation and affects memory for emotional stimuli. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 47*, 9-17.
- Van Heugten-van der Kloet, D., Huntjens, R., Giesbrecht, T., & Merckelbach, H. (2014). Self-reported sleep disturbances in patients with dissociative identity disorder and post-traumatic stress disorder and how they relate to cognitive failures and fantasy proneness. *Frontiers in Psychiatry, 5*(19).

- Van Heugten-van der Kloet, D., Merckelbach, H., Giesbrecht, T., & Broers, N. (2014). Night-time experiences and daytime dissociation: A path analysis modeling study. *Psychiatry Research, 216*(2), 236-241.
- Van Huijstee, J., & Vermetten, E. (2017). The dissociative subtype of post-traumatic stress disorder: Research update on clinical and neurobiological features. In Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. (pp. 1-20).
- Van Liempt, S., van Zuiden, M., Westenberg, H., Super, A., & Vermetten, E. (2013). Impact of impaired sleep on the development of PTSD symptoms in combat veterans: a prospective longitudinal cohort study. *Depression and anxiety, 30*(5), 469-474.
- Vandrey, R., Babson, K. A., Herrmann, E. S., & Bonn-Miller, M. O. (2014). Interactions between disordered sleep, post-traumatic stress disorder, and substance use disorders. *International Review of Psychiatry, 26*(2), 237-247.
- Vaughn, B. V., & O'Neill, D. C. (2007). Parasomnias and other nocturnal events. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology, 13*(3, Sleep Disorders), 225-247.
- Wada, K., Kuroda, H., Nakade, M., Takeuchi, H., & Harada, T. (2014). Epidemiological studies on the relationship between PTSD symptoms and circadian typology and mental/sleep health of young people who suffered a natural disaster, Great Hanshin-Awaji Earthquake. *Natural Science, 6*(5), 338-350.
- Walker, M. P. (2010). Sleep, memory and emotion. In *Progress in brain research* (Vol. 185, pp. 49-68). Elsevier.
- Walker, M. P., & van der Helm, E. (2009). Overnight therapy? The role of sleep in emotional brain processing. *Psychological Bulletin, 135*(5), 731-748.



- Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D., & Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder: Case linkage study. *British Journal of Psychiatry, 172*, 477-484.
- Waller, N., Putnam, F. W., & Carlson, E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological methods, 1*(3), 300.
- Warren, J. I., Loper, A. B., & Komarovskaya, I. (2009). Symptom patterns related to traumatic exposure among female inmates with and without a diagnosis of posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 37*(3), 294-305.
- Watson, D. (2001). Dissociations of the night: Individual differences in sleep-related experiences and their relation to dissociation and schizotypy. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(4), 526-535.
- Williams, S. G., Collen, J., Orr, N., Holley, A. B., & Lettieri, C. J. (2015). Sleep disorders in combat-related PTSD. *Sleep Breath, 19*(1), 175-182.
- Williamson, V., Creswell, C., Fearon, P., Hiller, R. M., Walker, J., & Halligan, S. L. (2017). The role of parenting behaviors in childhood post-traumatic stress disorder: A meta-analytic review. *Clinical psychology review, 53*, 1-13.
- Wolf, E. J., Lunney, C. A., Miller, M. W., Resick, P. A., Friedman, M. J., & Schnurr, P. P. (2012). The dissociative subtype of PTSD: A replication and extension. *Depression and Anxiety, 29*(8), 679-688.
- Wolf, E. J., Miller, M. W., Reardon, A. F., Ryabchenko, K. A., Castillo, D., & Freund, R. (2012). A latent class analysis of dissociation and posttraumatic stress disorder: Evidence for a dissociative subtype. *Archives of General Psychiatry, 69*(7), 698-705.
- Wolf, E. J., Mitchell, K. S., Sadeh, N., Hein, C., Fuhrman, I., Pietrzak, R. H., & Miller, M. W. (2017). The Dissociative Subtype of PTSD Scale: Initial

- evaluation in a national sample of trauma-exposed veterans. *Assessment*, 24(4), 503-516.
- Wolff, N., & Shi, J. (2011). Patterns of victimization and feelings of safety inside prison: The experience of male and female inmates. *Crime & Delinquency*, 57(1), 29-55.
- Wolff, N., Frueh, B. C., Shi, J., & Schumann, B. E. (2012). Effectiveness of cognitive-behavioral trauma treatment for incarcerated women with mental illnesses and substance abuse disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(7), 703-710.
- Woodward, S. H., Bliwise, D. L., Friedman, M. J., & Gusman, D. F. (1996). Subjective versus objective sleep in Vietnam combat veterans hospitalized for PTSD. *Journal of traumatic stress*, 9(1), 137-143.
- Woud, M. L., Verwoerd, J., & Krans, J. (2017). Modification of cognitive biases related to posttraumatic stress: A systematic review and research agenda. *Clinical Psychology Review*, 54, 81-95.
- Wright, K. M., Britt, T. W., Bliese, P. D., Adler, A. B., Picchioni, D., & Moore, D. (2011). Insomnia as predictor versus outcome of PTSD and depression among Iraq combat veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 67(12), 1240-1258.
- Yargic, L. I., Tutkun, H., & Sar, V. (1995). The reliability and validity of the Turkish version of the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 8, 10-13.
- Yates, J. L., & Nasby, W. (1993). Dissociation, affect, and network models of memory: An integrative proposal. *Journal of Traumatic Stress*, 6(3), 305-326.
- Yıldırım, A., Boysan, M., & Yılmaz, O. (2017). The mediating role of pathological worry in associations between dissociative experiences and sleep quality among health staff. *Sleep and Hypnosis*.

Yildirim, A., & Boysan, M. (2017). Heterogeneity of sleep quality based on the Pittsburgh Sleep Quality Index in a community sample: a latent class analysis. *Sleep and Biological Rhythms*, 15(3), 197-205.

Zaiwalla, Z. (2005). Parasomnias. *Clinical medicine*, 5(2), 109-112..

Zlotnick, C., Johnson, J., & Najavits, L. M. (2009). Randomized controlled pilot study of cognitive-behavioral therapy in a sample of incarcerated women with substance use disorder and PTSD. *Behavior Therapy*, 40(4), 325-336.



## EKLER

### Ek 1.

#### Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın katılımcı;

Bu çalışma Van M tipi cezaevinde yürütülen 'Travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin uyku, disosiyasyon ve travma sonrası bilişlerle ilişkisinin değerlendirilmesi' konulu çalışmaya aittir. Çalışmanın amacı cezaevinde cezalarını tamamlayan kişilerin ortama uyumu, rehabilitasyonu ve kişisel gelişimlerinde önemli bir engel oluşturabilecek olan travma sonrası stres bozukluğu başta olmak üzere duygu durum problemlerine ilişkin müdahale programları hazırlanmasının gerekli olup olmadığı konusunda önemli bilgiler verecektir.

Sizden istenen çalışma boyunca sorulacak aşağıdaki sorulara cevap vermenizdir. Soruları yanıtlamak yaklaşık 15 dakika sürecektir. Ölçekte sorulara samimi cevap vermeniz araştırmanın geçerliliği açısından önemlidir. Sizin için doğru cevap, size en uygun cevap olacaktır. Sizin katılımınız bu çalışma için yarar sağlayacaktır. Bu çalışmaya katılmış olmanızın hiçbir riski yoktur.

Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Ayrıca çalışmanın herhangi bir kısmında uygulamaya devam etmemekte veya araştırmaya katılmayı reddetmekte özgürsünüz. Sorulara vereceğiniz yanıtlar toplu olarak değerlendirilecek olup, gizliliği araştırmacı tarafından sağlanacaktır. Araştırmadan elde edilecek bilgiler sadece bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır.

Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Psikolog Özlem FİDAN

Yukarıdaki formu okudum. Testi uygulayana benim hak ve sorumluklarımı tamamiyle açıkladı ve bütün sorularıma yanıt verdi.

...../...../.....

Tarih

-----

Katılımcının imzası

## Ek 2.

## Yaşam Olayları Kontrol Listesi - 5

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları bir grup zor ve stresli durumlar listelenmiştir. Her bir olay için sağ tarafta yer alan bir veya daha fazla kutucuğu şu açıklamalara uygun olarak işaretleyiniz: (a) Kişisel olarak **bizzat yaşadınız**; (b) bir başkasının başına geldiğine **şahit oldunuz**; (c) yakın bir aile üyenizin veya yakın bir arkadaşınızın başına geldiğini **öğrendiniz**; (d) **işiniz gereği** bu olaya maruz kaldınız (örn., askeri doktor, polis, asker veya benzer bir meslek üyesi olarak); (e) buna benzer bir olay yaşadığınıza **emin değilsiniz**; veya (f) size **uygun değil**.

Listede yer alan olayları **bütün geçmiş yaşamınızı** (büyürken olduğu kadar yetişkinliği de) dikkate alarak değerlendiriniz. **(BIRDEN FAZLA KUTUCUK (X) KOYARAK İŞARETLENEBİLİR). HAPSE GİRMEYEN ÖNCE:**

Olay	Bizzat yaşadım	Şahit oldum	Öğrendim	İşimin gereği	Emin Değilim	Bana uygun değil
1. Doğal afet (örneğin, deprem, sel, tufan, hortum)						
2. Yangın veya patlama						
3. Seyahat ederken kaza(örneğin, araba kazası, gemi kazası, tren çarpması, uçak kazası)						
4. İşte, evde veya eğlenceli bir etkinlik sırasında ciddi kaza						
5. Zehirli maddeye maruz kalma (örneğin, tehlikeli kimyasallar, radyasyon)						
6. Fiziksel saldırı (örneğin, saldırıya uğrama, yumruk yeme, tekmelenme, tokatlanma, dayak yeme)						
7. Silahlı saldırıya uğrama (örneğin, vurulma, bıçaklanma, bıçakla silahla veya bombayla tehdit edilme)						
8. Cinsel saldırı (ırza saldırı,ırza saldırı girişimi, zor kullanarak veya zarar verme tehdidiyle her türlü cinsel eylem)						
9. Diğer türlü istenmeyen veya rahatsızlık veren cinsel deneyim						
10. Bir savaş bölgesinde çatışmaya girme veya ateş altında kalma (askerde veya sivil olarak)						

11.Esaret (örneğin, kaçınılma, esir alınma, rehin alınma, savaş tutsağı)						
12.Yaşamı tehdit eden hastalık veyayaralanma						
13.Ciddi ızdırıp çekme						
14.Ani vahşice ölüm (örneğin, cinayet,intihar)						
15.Ani kaza sonucu olan ölüm						
16.Sizin bir başkasının ciddi şekilde yaralanmasına, zarar görmesine veya ölümüne sebep olmanız						
17.Herhangi bir başka çok stresli olay veya deneyim						

Lütfen yukarıdaki olaylar içinde **SON BİR AYDIR SİZİ EN ÇOK** rahatsız eden öncelikli olayı belirtiniz:

\_\_\_\_\_

### DSM - 5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi

Aşağıda çok stresli bir olay karşısında insanların yaşayabildikleri problemlerin bir listesi yer almaktadır. Zihninizi meşgul etmeye DEVAM EDEN yaşadığınız en kötü olayı düşünerek aşağıda listelenen her bir problemi dikkatlice okuyun. SON BİR AY İÇİNDE bu olayın size ne kadar sıkıntı verdiğini, sağdaki kutuların içindeki size en uygun rakamı yuvarlak içine alarak gösteriniz.

<i>GEÇEN AY içinde aşağıda yer alan durumlar sizi ne ölçüde bunalttı:</i>	<i>Hiç</i>	<i>Çok az</i>	<i>Orta derecede</i>	<i>Oldukça fazla</i>	<i>Aşırı</i>
1. Stresli olayın tekrarlayan, rahatsız eden ve istenmeyen anıları sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
2. Stresli olaya ilişkin tekrarlayan, rahatsız eden rüyalar sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
3. Aniden stresli olayı sanki gerçekten bir daha yaşıyormuş gibi hissetmek veya davranmak (sanki gerçekten olayın yaşandığı ana geri dönmüş yeniden yaşıyormuş gibi) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
4. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman yaşadığımız üzüntü hissi sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
5. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman güçlü fiziksel tepkiler vermek ( <i>örneğin, kalp çarpıntısı, nefes almada güçlük, terleme gibi</i> ) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
6. Stresli olayla ilişkili anılardan, düşüncelerden ve duygulardan kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
7. Stresli olayı anımsatan etraftaki hatırlatıcı şeylerden ( <i>örneğin, insanlardan, yerlerden, konuşmalardan, etkinliklerden, nesnelere veya durumlardan</i> ) kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
8. Stresli olaya ilişkin önemli kısımları hatırlamada yaşanan güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
9. Kendiniz, diğer insanlar veya dünya hakkında güçlü olumsuz düşüncelere sahip olmak ( <i>örneğin, kötü biriyim, bende ciddi şekilde yanlış olan bir şeyler var, kimseye güvenilmez, dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir gibi düşünceler</i> ) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
10. Stresli olay veya bu olayın sonrasında ortaya çıkan durumlar için kendinizi veya bir başkasını suçlamak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
11. Korku, dehşete kapılma, öfke, suçluluk veya utanç gibi güçlü olumsuz duygular sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
12. Daha önce yapmaktan keyif aldığımız etkinliklere olan ilginizi kaybetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
13. Başka insanlardan uzak veya kopmuş hissetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
14. Olumlu duyguları yaşayamamak ( <i>örneğin,</i>	0	1	2	3	4

<i>mutluluğu hissedememek veya size yakın insanlara sevgi dolu hisler duyamamak) sizi ne kadar bunalttı?</i>					
<b>15.Asabi davranışlar, öfke patlamaları veya öfkeli hareketler sizi ne kadar bunalttı?</b>	0	1	2	3	4
<b>16.Çok fazla risk almak veya size zarar verebilecek şeyler yapmak sizi ne kadar bunalttı?</b>	0	1	2	3	4
<b>17.Aşırı tetikte olmak veya temkinli davranmak veya hazırda beklemek sizi ne kadar bunalttı?</b>	0	1	2	3	4
<b>18.Yerinden sıçramak veya kolayca irkilmek sizi ne kadar bunalttı?</b>	0	1	2	3	4
<b>19.Dikkati toplamada güçlükler sizi ne kadar bunalttı?</b>	0	1	2	3	4
<b>20.Uykuya dalma veya uykuyu devam ettirme güçlükleri sizi ne kadar bunalttı?</b>	0	1	2	3	4

PCL-5(8/14/2013) Weathers, Litz,Keane,Palmieri,Marx,& Schnurr -- NationalCenter for PTSD





### Ek 3.

#### Disosiyatif yaşantılar Ölçeği (DES)

Bu test, günlük yaşantınızda başınızdan geçmiş olabilecek olayları konu almaktadır. Cevap verirken alkol veya ilaç etkisi altında meydana gelen yaşantıları **dikkate almayınız**. Her soruda anlatılan durumun size ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz.

#### ÖRNEK:

100 %0 %10 ~~%20~~ %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %

1. Bazı insanlar, araba kullanırken ( yada yolculuk sırasında) yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

100 %0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

100 %0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %

3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri bir yerde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

100 %0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

100 %0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %

5. Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında , satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

100 %0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %

6. Bazı insanlar zaman zaman yanlarına gelerek başka bir isimle hitabeden yada önceden tanıştıkları konusunda ısrar eden tanımadıkları kişilerle tanışır. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

100 %0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %

7. Bazı insanlar zaman zaman, kendilerinin yanı başında duruyor ya da kendilerini bir şey yaparken seyrediyor ve sanki kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

100 %0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %

8. Bazı insanlara, arkadaşlarını yada aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarının söylendiği olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

100 %0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları (mesela nikah veya mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını fark ederler. Yaşamınızdaki önemli olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

100 %0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %

**10. Bazı insanlar zaman zaman, yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda, başkaları tarafından yalan söylemiş olmakla suçlanırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.**

%0 %10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 %70 % 80 % 90 % 100

**11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.**

%0 %10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 %70 % 80 % 90 % 100

**12. Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların, eşyaların ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.**

%0 %10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 %70 % 80 % 90 % 100

**13. Bazı insanlar kimi zaman, vücutlarının kendilerine ait olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.**

%0 %10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 %70 % 80 % 90 % 100

**14. Bazı insanlar zaman zaman, geçmişteki bir olayı o kadar canlı hatırlarlar ki, sanki olayı yeniden yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.**

%0 %10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 %70 % 80 % 90 % 100

**15. Bazı insanlar zaman zaman olduğunu hatırladıkları şeylerin, gerçekte mi yoksa rüyada mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.**

%0 %10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 %70 % 80 % 90 % 100

**16. Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur ve tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.**

%0 %10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 %70 % 80 % 90 % 100

**17. Bazı insanlar, televizyon yada film seyredirken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırırlar ki, çevrelerinde olup bitenin farkına varmazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.**

%0 %10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 %70 % 80 % 90 % 100

**18. Bazı insanlar zaman zaman, kendilerini kafalarında kurdukları bir fantezi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki, sanki bunlar başlarından gerçekten geçiyormuş gibi hissederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.**

%0 %10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 %70 % 80 % 90 % 100

**19. Bazı insanlar ağır hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.**

%0 %10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 %70 % 80 % 90 % 100

**20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiçbir şey düşünmeksizin, zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.**

%0 %10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 %70 % 80 % 90 % 100

**21. Bazı insanlar yalnız olduklarında, zaman zaman yüksek sesle kendi kendilerine konuştuklarını fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.**

%0 %10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 %70 % 80 % 90 %  
100

**22. Bazı insanlar kimi zaman, iki ayrı durumda o kadar değişik davrandıklarını görürler ki, kendilerini neredeyse iki ayrı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.**

%0 %10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 %70 % 80 % 90 %  
100

**23. Bazı insanlar, normalde güçlük çekebilecekleri bir şeyi (mesela spor türleri, iş, sosyal ortamlar gibi) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.**

%0 %10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 %70 % 80 % 90 %  
100

**24. Bazı insanlar kimi zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı sadece akıllarından geçirmiş olduklarını mı ( mesela bir mektubu postaya attığını mı yoksa sadece atmayı düşündüğünü mü) hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.**

%0 %10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 %70 % 80 % 90 %  
100

**25. Bazı insanlar kimi zaman, yaptıklarını hatırlamadıkları şeyleri yapmış olduklarını gösteren kanıtlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.**

%0 %10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 %70 % 80 % 90 % 100

**26. Bazı insanlar zaman zaman, eşyaları arasında, kendilerinin yapmış olması gereken, fakat yaptıklarını hatırlamadıkları yazılar, çizimler ve notlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.**

%0 %10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 %70 % 80 % 90 % 100

**27. Bazı insanlar zaman zaman, kafalarının içerisinde, belirli şeyleri yapmalarını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerinde yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.**

%0 %10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 %70 % 80 % 90 % 100

**28. Bazı insanlar zaman zaman, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissederler, öyle ki, insanlar ve eşyalar çok uzakta ve belirsiz görünürler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.**

%0 %10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 %70 % 80 % 90 %  
100

**Ek 4.****Travma Sonrası Bilişler Envanteri (PTCI)**

Bu envanterde travmatik bir olaydan sonra ne şekilde düşündüğünüzle ilgileniyoruz. Aşağıda sizin düşünme biçiminizi yansıtan veya yansıtmayan bir grup ifade yer almaktadır. Lütfen her bir ifadeyi okuyup ne kadar KATILDIĞINIZI veya KATILMADIĞINIZI sorunun başındaki boşluğa uygun rakamı yazarak belirtiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle katılmıyorum	Çok fazla katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Nötürüm	Biraz katılıyorum	Çok fazla katılıyorum	Tamamıyla katılıyorum

- \_\_\_\_\_ 1. Bu olay benim davranışlarımdan dolayı yaşandı.
- \_\_\_\_\_ 2. Bundan sonra doğru şeyi yapabileceğime inanmam.
- \_\_\_\_\_ 3. Ben zayıf bir insanım.
- \_\_\_\_\_ 4. Bundan sonra öfkemi kontrol edemeyeceğim ve her şeyi berbat edeceğim.
- \_\_\_\_\_ 5. En küçük üzüntüyle bile başa çıkamam.
- \_\_\_\_\_ 6. Ben bir zamanlar mutlu bir insandım; artık her zaman mutsuzum.
- \_\_\_\_\_ 7. İnsanlara güvenilemez.
- \_\_\_\_\_ 8. Her zaman tetikte olmam lazım.
- \_\_\_\_\_ 9. İçimde kendimi ölü gibi hissediyorum.
- \_\_\_\_\_ 10. Size kimin zarar vereceğini asla bilemezsiniz.
- \_\_\_\_\_ 11. Benim özellikle dikkatli olmam lazım çünkü bundan sonra ne olabileceğini asla bilemezsiniz.
- \_\_\_\_\_ 12. Ben yetersizim.
- \_\_\_\_\_ 13. Duygularımı kontrol edemeyeceğim ve korkunç şeyler olacak.
- \_\_\_\_\_ 14. Başıma gelen olay hakkında düşünecek olursam, olanlarla başa çıkmayı asla başaramam.

- \_\_\_\_\_ 15.Başıma gelen olayın sebebi benim ne çeşit bir insan olduğumla ilişkilidir.
- \_\_\_\_\_ 16.Bu olaydan dolayı verdiğim tepkiler gitgide çıldırdığımı gösteriyor.
- \_\_\_\_\_ 17.Bir daha asla normal duygularımı yaşayamayacağım.
- \_\_\_\_\_ 18.Dünya tehlikeli bir yerdir.
- \_\_\_\_\_ 19.Hiç değilse başka birileri bu olayın yaşanmasına engel olabilirdi.
- \_\_\_\_\_ 20.Bundan sonrası için kalıcı olarak zarar gördüm.
- \_\_\_\_\_ 21.Kendimi bir insan gibi değil, bir mal gibi hissediyorum.
- \_\_\_\_\_ 22.Başka biri olsa bu duruma düşmezdi.
- \_\_\_\_\_ 23.Başka insanlara güvenemiyorum.
- \_\_\_\_\_ 24.Kendimi yalnız ve diğer insanlardan uzak hissediyorum.
- \_\_\_\_\_ 25.Benim için bir gelecek yok.
- \_\_\_\_\_ 26.Bana kötü şeyler olmasına engel olamam.
- \_\_\_\_\_ 27.İnsanlar göründükleri gibi değildir.
- \_\_\_\_\_ 28.Yaşadığım travmayla birlikte hayatım mahvoldu.
- \_\_\_\_\_ 29.Kişisel olarak bende yanlış bir şeyler var.
- \_\_\_\_\_ 30.Bu olaydan dolayı verdiğim tepkiler benim hep kaybetmeye mahkum olduğumu gösteriyor.
- \_\_\_\_\_ 31.Bu olayın başıma gelmesine benimle ilgili bir şeyler sebep oldu.
- \_\_\_\_\_ 32.Bu olay hakkındaki düşüncelerime tahammül edemediğimden dolayı darmadağın olacağım.
- \_\_\_\_\_ 33.Kendimi çok fazla tanımadığımı hissediyorum.
- \_\_\_\_\_ 34.Korkunç bir şeyler olacağı zaman, siz bunu asla bilemezsiniz.
- \_\_\_\_\_ 35.Kendime güvenemiyorum.

\_\_\_\_\_36.Bundan sonra güzel bir şey olması mümkün değil.



## Ek 5.

**PİTTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ (PSQI)**

Aşağıdaki sorular GEÇEN AY İÇİNDEKİ UYKU alışkanlıklarınızla ilgilidir. Geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğunluğuna uyan en doğru seçeneğe çarpı (X) koyunuz. Lütfen boş soru bırakmayınız.

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız.

MUTAD YATIŞ SAATİ: \_\_\_\_\_

2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (**dakika olarak**) aldı?

\_\_\_\_\_ DAKİKA

3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

MUTAD KALKIŞ SAATİ: \_\_\_\_\_

4. Geçen ay geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)

BİR GECEDEKİ UYKU SÜRESİ \_\_\_\_\_ SAAT

Aşağıdaki soruların her biri için en uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

5. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız

geçen ay haftada haftada bir haftada üç  
boyunca hiç \_\_\_\_\_ birden az \_\_\_\_\_ veya iki kez \_\_\_\_\_ veya daha fazla \_\_\_\_\_

(b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız

geçen ay haftada haftada bir haftada üç  
boyunca hiç \_\_\_\_\_ birden az \_\_\_\_\_ veya iki kez \_\_\_\_\_ veya daha fazla \_\_\_\_\_

(c) Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız

geçen ay haftada haftada bir haftada üç  
boyunca hiç \_\_\_\_\_ birden az \_\_\_\_\_ veya iki kez \_\_\_\_\_ veya daha fazla \_\_\_\_\_

(d) rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz

geçen ay haftada haftada bir haftada üç  
boyunca hiç \_\_\_\_\_ birden az \_\_\_\_\_ veya iki kez \_\_\_\_\_ veya daha fazla \_\_\_\_\_

(e) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız

geçen ay haftada haftada bir haftada üç  
boyunca hiç \_\_\_\_\_ birden az \_\_\_\_\_ veya iki kez \_\_\_\_\_ veya daha fazla \_\_\_\_\_

(f) Aşırı derecede üşüdünüz

geçen ay haftada haftada bir haftada üç  
boyunca hiç \_\_\_\_\_ birden az \_\_\_\_\_ veya iki kez \_\_\_\_\_ veya daha fazla \_\_\_\_\_

(g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz

geçen ay haftada haftada bir haftada üç  
boyunca hiç \_\_\_\_\_ birden az \_\_\_\_\_ veya iki kez \_\_\_\_\_ veya daha fazla \_\_\_\_\_

(h) Kötü rüyalar gördünüz

geçen ay haftada haftada bir haftada üç  
boyunca hiç \_\_\_\_\_ birden az \_\_\_\_\_ veya iki kez \_\_\_\_\_ veya daha fazla \_\_\_\_\_

(i) Ağrı duydunuz

geçen ay haftada haftada bir haftada üç  
boyunca hiç \_\_\_\_\_ birden az \_\_\_\_\_ veya iki kez \_\_\_\_\_ veya daha fazla \_\_\_\_\_

(j) Diğer nedenleri lütfen belirtiniz: \_\_\_\_\_

Geçen ayda yukarıda sıraladığımız bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

Geçen ay haftada haftada bir haftada üç  
boyunca hiç \_\_\_\_\_ birden az \_\_\_\_\_ veya iki kez \_\_\_\_\_ veya daha fazla \_\_\_\_\_

6. Geçen ay uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirirsiniz?

Çok iyi \_\_\_\_\_ Oldukça iyi \_\_\_\_\_ Oldukça kötü \_\_\_\_\_ Çok kötü \_\_\_\_\_

7. Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

Geçen ay haftada haftada bir haftada üç  
boyunca hiç \_\_\_\_\_ birden az \_\_\_\_\_ veya iki kez \_\_\_\_\_ veya daha fazla \_\_\_\_\_

8. Geçen ay, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

geçen ay \_\_\_\_\_ haftada \_\_\_\_\_ haftada bir \_\_\_\_\_ haftada üç  
boyunca hiç \_\_\_\_\_ birden az \_\_\_\_\_ veya iki kez \_\_\_\_\_ veya daha fazla \_\_\_\_\_

9. Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derece problem oluşturdu?

Hiç \_\_\_\_\_ Yalnızca çok az \_\_\_\_\_ Bir dereceye kadar \_\_\_\_\_ Çok büyük bir problem oluşturdu \_\_\_\_\_





**Ek 6.****Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (ISI)**

İsim: \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_\_

1. Lütfen şu andaki (örn., son 2 hafta içinde) uykusuzluk probleminizin/problemlerinizin **ŞİDDETİNİ** değerlendiriniz.

	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok
<u>şiddetli</u>					
a) Uykuya dalmakta güçlük:	0	1	2	3	4
b) Uykuyu sürdürmekte güçlük:	0	1	2	3	4
c) Çok erken uyanma problemi:	0	1	2	3	4

2. Son zamanlardaki uyku düzeninizden ne kadar memnunsunuz/memnuniyetsizsiniz?

Çok Memnun	Memnun	Nötr	Memnun Değil	Hiç Memnun Değil
0	1	2	3	4

3. Uyku probleminizin gün içindeki işlevselliğinizi (örn., gün içinde tükenmişlik, işte/günlük uğraşlarda çalışma potansiyeli, konsantrasyon, hafıza, duygu durum, vb.) ne ölçüde engellediğini düşünüyorsunuz?

Kesinlikle Engelleme	Biraz Engelleme	Oldukça Engelleme	Çok Engelleme	Çok Fazla Engelleme
0	1	2	3	4

4. Yaşam kalitenizin bozulması anlamında uyku probleminizin başkaları tarafından ne kadar fark edilebildiğini düşünüyorsunuz?

Kesinlikle Fark Edilemez	Biraz Fark Edilebilir	Oldukça Fark Edilebilir	Çok Fark Edilebilir	Çok Fazla Fark Edilebilir
0	1	2	3	4

5. Son zamanlardaki uyku probleminiz sizi ne kadar endişelendiriyor/strese sokuyor?

Kesinlikle Endişelendirmiyor	Biraz Endişelendiriyor	Oldukça Endişelendiriyor	Çok Endişelendiriyor	Çok Fazla Endişelendiriyor
0	1	2	3	4

Puanlama/Yorumlama Yönergesi:

Yedi maddenin puanlarını toplayınız (1a+1b+1c+ 2+3+4+5) = \_\_\_\_\_

Toplam puan 0-28 arasında değişmektedir.

- 0-7 = Klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk
- 8-14 = Uykusuzluk (insomnia) alt eşiği
- 15-21 = Klinik uykusuzluk (insomnia) (Orta düzeyde şiddetli)
- 22-28 = Klinik uykusuzluk (insomnia) (Şiddetli)



## Ek 7.

**SABAHCİ – AKŞAMCI ÖLÇEĞİ (MEQ)**

İnsanlar yaşam biçimleri, uyku-uyanıklık düzenleri ve gösterdikleri performansların zamanı bakımından `Sabah tipi` ve `Akşam tipi` şeklinde sınıflandırılabilirler. Aşağıda bununla ilgili sorular bulunmaktadır. Her bir soru için **bir tek cevap seçiniz**. Bazı sorularda cevap olarak bir cetvel bulunmaktadır. Size en doğru gelen seçeneği cetvel üzerinde ya da cevap seçeneğinde uygun sayıyı yuvarlak içine alarak işaretleyin. **Lütfen boş soru bırakmayınız.**

**1.Sizin için en iyisi olacağını düşündüğünüzde, eğer gündüz planlarınızı başkalarından bağımsız olarak tek başınıza kendiniz yapabilmis olsaydınız saat kaç civarında yataktan kalkmak isterdiniz?**

5      6:30      7:45      9:45      11:00      12:00  
 <--- 5 ---><---4 ---><-----3-----><-----2-----><-----1----->

**2.Sizin için en iyisi olacağını düşündüğünüzde, eğer akşam için planlarınızı başkalarından bağımsız olarak tek başınıza kendiniz yapabilmis olsaydınız saat kaçta yatmak isterdiniz?**

20:00      21:00      22:15      24:30      1:45      03:00  
 <---5---><---4---><-----3-----><-----2---><---1--->

**3.Sabahları belli bir saatte kalkmak zorunda olduğunuzda saat kurup zil sesiyle uyanmaya ne derecede kendinizi bağımlı hissedersiniz?**

Çok bağımlı hissedirim      ( )-> 1  
 Oldukça bağımlı hissedirim      ( )-> 2  
 Çok az bağımlı hissedirim      ( )-> 3  
 Hiç bağımlı hissetmem      ( )-> 4

**4.Çevresel şartlar tam olarak uygun olsa sabahları yataktan kalkmak size ne denli kolay gelir?**

Asla kolay gelmez      ( )-> 1  
 Çok kolay gelmez      ( )-> 2  
 Oldukça kolay gelir      ( )-> 3  
 Çok kolay gelir      ( )-> 4

**5.Sabah kalktıktan sonraki ilk yarım saat içinde kendinizi ne denli canlı ve uyanık hissedersiniz?**

Asla canlı hissetmem      ( )-> 1  
 Hafif canlı hissedersin      ( )-> 2  
 Oldukça canlı hissedirim      ( )-> 3  
 Çok canlı hissedirim      ( )-> 4

**6.Sabahları kalktıktan sonraki ilk yarım saat suresince iştahınız nasıldır?**

Çok kotu      ( )-> 1  
 Oldukça kotu      ( )-> 2  
 Oldukça iyi      ( )-> 3  
 Çok iyi      ( )-> 4

**7.Sabahları kalktıktan sonraki ilk yarım saat içinde kendinizi ne denli yorgun hissedersiniz?**

- Çok yorgun ( )-> 1  
 Oldukça yorgun ( )-> 2  
 Oldukça dinlenmiş ( )-> 3  
 Çok dinlenmiş ( )-> 4

**8.Ertesi güne ait bir randevu ya da isiniz olmadığında her zamanki yatma vaktinize göre erken ya da geç mi yatarsınız?**

- Asla geç yatmam ( )-> 4  
 1 saatten daha az geç yatarım ( )-> 3  
 1-2 saat daha geç yatarım ( )-> 2  
 2 saatten daha fazla gecikirim ( )-> 1

**9.Biraz fiziksel egzersiz yapmaya karar verdiniz. Bir arkadaşınız da bunu haftada iki kez ve birer saat yapmanızın uygun olduğunu belirterek bunun için en iyi zamanın sabah 7-8 arası olduğunu söyledi. En iyi performansı elde etmeyi hedef alarak bunun ne düzeyde gerçekleşebileceğini düşünürsünüz?**

- İyi bir şekilde gerçekleşeceğini düşünürüm ( )-> 4  
 Orta derecede başarılı olurum ( )-> 3  
 Güç olacaktır ( )-> 2  
 Çok güç olacaktır ( )-> 1

**10.Uyku ihtiyacınızın artmasına bağlı olarak akşamleyin kaç sularında kendinizi yorulmuş hissedersiniz?**

20:00 21:00 22:00 23:00 24:00 1:00 2:00 3:00  
 <---5---><---4---><-----3-----><--2--><---1--->

**11.Bir güne ait planlarınızı tam olarak kendinizin ayarladığınızı düşünün. Size, iki saat sürecek ve sonunda zihinsel olarak yorgun düşürecek bir başarı testi uygulanacak olsa en iyi performansı gösterebilmeniz için bu testin hangi saat diliminde uygulanması sizce uygun olur?**

- Sabah 8:00-10:00 ( )-> 6  
 Sabah 11:00-13:00 ( )-> 4  
 Öğleden sonra 15:00-17:00 ( )-> 2  
 Akşam 19:00-21:00 ( )-> 0

**12.Gece saat 23.00'de yattığınızı düşünün. Yatağa yattığınızda kendinizi ne düzeyde yorgun hissedersiniz?**

- Hiç yorgun hissetmem ( )-> 0  
 Çok az yorgun hissedirim ( )-> 2  
 Oldukça yorgun ( )-> 3  
 Çok fazla yorgun ( )-> 5

**13.Bir takım nedenlerden ötürü her zamankinden 3-4 saat daha erken yattığınızı ancak ertesi sabah belli bir saatte kalkmanız gerekmeyeceğini düşünün. Aşağıdakilerden hangisi yatış ve kalkış zamanınızı en iyi tanımlar?**

- Her zamanki vakitte uyanırım ve tekrar uyumam .....( )->4  
 Her zamanki vakitte uyanırım;

ama daha sonra hafifçe uyuklarım.....( )-> 3  
 Her zamanki vakitte uyanırım;  
 ama tekrar uykuya dalarım. ....( )-> 2  
 Her zamankinden geç uyanırım.....( )-> 1

**14.Sabah 4-6 arası nöbet tuttuğunuzu ve uyanık durmak zorunda olduğunuzu düşünün. Ertesi güne ait bir randevunuz da yok. Böyle bir durumda aşağıdakilerden hangisini yaparsınız?**

Nöbet bitene kadar yatmam. ....( )-> 1  
 Nöbetten önce hafif bir şekerleme yapar, nöbetten sonra da uyurum. ....( )-> 2  
 Nöbetten önce uyurum; nöbetten sonra da biraz kestiririm. ....( )-> 3  
 Nöbetten önce iyice uyurum ve uykumu da almış olurum.....( )-> 4

**15.İki saat süreyle bedensel olarak sıkı bir şekilde çalışmak zorunda olduğunuzu düşünün. Günlük çalışma planınızı ayarlamakta da tamamıyla serbest olsanız aşağıdaki zaman dilimlerinden hangisi sizin için en iyi çalışma zamanıdır?**

Sabah 8:00-10:00 ( )-> 4  
 Sabah 11:00-öğleden sonra 13:00 ( )-> 3  
 Öğleden sonra 15:00-17:00 ( )-> 2  
 Akşam 19:00-21:00 ( )-> 1

**16.Sıkı bir fiziksel egzersiz yapmaya karar verdiniz. Bir arkadaşınız da bunu haftada iki kez ve birer saat yapmanızın uygun olduğunu belirterek bunun için en iyi zamanın gece 22-23 arası olduğunu söyledi. En iyi performansı elde etmeyi hedef alarak bunun ne düzeyde gerçekleşebileceğini düşünürsünüz?**

İyi bir şekilde gerçekleşeceğini düşünürüm ( )-> 1  
 Orta derecede başarılı olurum ( )-> 2  
 Güç olacaktır ( )-> 3  
 Çok güç olacaktır ( )-> 4

**17.Çalışma saatlerinizi kendinizin belirlediğinizi düşünün. Günde 5 saat (yemek arası dahil) çalıştığınızı; isinizin ilginç bir iş olduğunu; severek çalıştığınızı ve elde ettiğiniz başarıya göre de ücret aldığınızı farz edin. Böyle bir durumda 5 çalışma saati olarak hangi saatleri seçerdiniz?**

24 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 16 19 20 21 22 23 24  
 Gece yarısı Öğleden sonra Gecede yarısı  
 <---1---><---5---><4---><---3---><---2---><-----1----->

**18.Gün içinde kendinizi en iyi hissettiğiniz zaman dilimi hangisidir?**

24 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 16 19 20 21 22 23 24  
 Gece yarısı Öğleden sonra Gecede yarısı  
 <---1---><---5---><4---><-----3-----><-----2-----><---1--->

**19.İnsanlar yaşam biçimleri, uyku-uyanıklık düzenleri ve gösterdikleri performansların zamanı bakımından `sabah tipi` ve `akşam tipi` şeklinde**

**sınıflandırılabilirler. Aşağıdakilerden hangisi bu bakımdan sizi en iyi şekilde tanımlar?**

- Kesinlikle sabah tipi ( )-> 6  
Aksam tipinden daha ziyade sabah tipi ( )-> 4  
Sabah tipinden daha ziyade aksam tipi ( )-> 2  
Kesinlikle aksam tipi ( )-> 0





VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ  
Eğitim Bilimler Enstitüsü

LİSANSÜSTÜ TEZ ORJİNALLİK RAPORU

VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ  
Eğitim Bilimler Enstitüsü

07/06/2018

Tez Başlığı / Konusu

Adli mahkûmler arasında sirtkadıyen tercihler, uyku kalitesi, disosiyasyon, trauma sonrası bilişler ve trauma sonrası stres bozukluğu (TSSB) arasındaki ilişkiler

Yukarıda başlığı/konusu belirlenen tez çalışmamın Kapak sayfası, Giriş, Ana bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan toplam 60 sayfalık kısmına ilişkin, 07/06/2018 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından tezimin intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtreleme uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 3 (...üç...) dir.

**Uygulanan Filtreler Aşağıda Verilmiştir:**

- Kabul ve onay sayfası hariç,
- Teşekkür hariç,
- İçindekiler hariç,
- Simge ve kısaltmalar hariç,
- Gereç ve yöntemler hariç,
- Kaynakça hariç,
- Alıntılar hariç,
- Tezden çıkan yayınlar hariç,
- 7 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 7 words)

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Lisansüstü Tez Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılmasına İlişkin Yönergeyi İnceledim ve bu yönergede belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içemediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

07.06.2018  
Özlem Fidan Acar  
Adı, Soyadı, İmza

Adı Soyadı : Özlem Fidan Acar  
Öğrenci No : 159401080  
Anabilim Dalı : Eğitim Bilimleri  
Programı : Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık  
Statüsü : Y. Lisans  Doktora

DANIŞMAN  
Dr. Öğr. Üyesi Murat Boyssan  
07.06.2018

ENSTİTÜ ONAYI

U.S. GÜV. D. Ü.R.

07.06.2018

Servecan

Enstitü Sekreteri