

Yaşlıda Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Bir Olgusu Sunumu

Çiçek Hocaoğlu¹, Demet Sağlam²

¹Yrd.Doç.Dr., ²Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Trabzon

ÖZET

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), kronik seyirli olma eğilimi gösteren ve yaşlı toplumda genellikle tanısı atlanan, yeti yitimine neden olan bir psikiyatrik bozukluktur. Yaşam kalitesini önmeli ölçüde bozabilen bir bozukluk olduğu için tanısı doğru konulmalı ve tedavisi ciddi olarak düzenlenmelidir. Bu alanda yapılmış olan çalışmalar, yaşlıların TSSB geliştirmeye olan yatkınlığının gençlerden daha fazla olmadığını ve bozukluğun travmayı tekrar yaşama, kaçınama, aşırı irkilme gibi belirtilerinin her iki grupta da benzer olduğunu göstermiştir. Belirtiler devamlı ya da aralıklarla olabilir ve bozukluk süregelen ya da zamana bağlı olabilir. Travmanın ciddiyeti, öncesinde psikiyatrik hastalık öyküsü TSSB gelişmesini artırır ve kişilik yapısı, psikososyal desteğin iyi olması ise tam tersi bir etki yapar. Antidepresanlar, grup terapisi ve bilişsel davranışçı terapi günümüzde temel tedavi seçenekleri olmasına rağmen bu yaş grubundaki TSSB'nin tedavisi ile ilgili olarak kontrollü çalışmalar yapılmamıştır. Bu çalışma bir olgu sunumudur. 70 yaşındaki erkek hastamızda oğlunun ölümünden sonra başlayan ve 6 aydır varolan TSSB belirtileri yanında bunlara eşlik eden depresif semptomlar da mevcuttur. Bu sunumda TSSB tanısı düşünülen bir olguda yaşlılık döneminde TSSB'ye eş tanıllı durumlar, TSSB için kolaylaştırıcı faktörler ve tedavi yöntemlerinin tartışılması amaçlanmıştır. Psikiyatrik hastalık öyküsü, psikodinamik ve psikososyal öykü ve psikolojik testler ile değerlendirilerek psikodinamik formülasyon yapılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Travma sonrası stres bozukluğu, travma, stres, yaşlılık,

(*Klinik Psikiyatri 2007;10:223-227*)

SUMMARY

Post-traumatic Stress Disorder in the Elderly: A Case Report

Posttraumatic stress disorder (PTSD) is a disabling psychiatric condition that tends to have a chronic course and often overlooked in the elderly population. As the disorder has great implications for the quality of life, a correct diagnosis and treatment are crucial. The studies in this area have demonstrated that the elderly people do not appear more predisposed to develop PTSD compared to the young people and the symptomatology of the disorder is similar between these age groups: reexperiencing the trauma, avoidance, and hyperarousal. Symptoms may be persistent or intermittent, and the disorder may be time-limited or chronic. Increasing severity of trauma and premorbid psychiatric illness predispose to the development of PTSD, and certain personality traits and good psychosocial support protect against it. Antidepressants, group therapy, and cognitive-behavioral therapy are presently the mainstays of treatment, although to date no systematic and controlled research has been done on the treatment of PTSD in this age group. This study is a case report. Seventy years old male patient had PTSD symptoms which started after his son's death and persisted for 6 months. He also had depressive symptoms. The aim of this report is to emphasize the cases comorbid with PTSD in elders, predisposing factors for PTSD and treatment methods, in a case which had diagnosed as PTSD. Psychodynamic formulation has been made evaluating the psychiatric disease history, psychodynamic and psychosocial history and psychological test.

Key Words: Posttraumatic stress disorder, trauma, stress, elderly,

GİRİŞ

Yaşlı nüfusun giderek artmasıyla yaşlılık çağı psikiyatrik hastalıkları önem kazanmaktadır. Özellikle yaşlıda anksiyete bozukluklarının gençlere göre daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Sivrioğlu 2006). Ancak, diğer anksiyete bozukluklarına ilişkin epidemiyolojik veriler olmasına karşın yaşlıda TSSB'ye ait epidemiyolojik veriler yetersizdir (Hilton 1997, Weintraub ve Ruskin 1999, Yaluğ ve ark. 2007). Genç yaşlarda travmaya maruz kalmış yaşlılarla yapılan bu çalışmalarda çoğu zaman bir yaşam boyu devam eden değişik şiddette TSSB belirtilerinin sergilendiği belirtilirken, yaşlıda ilk kez ortaya çıkan TSSB'ye daha az yer verilmiştir (Owens ve ark. 2005, Mollica ve ark. 2007). Tek başına yaşlılık kişide TSSB gelişimi açısından risk oluşturmamakta, tersine bugünkü bilgilerimize göre akut travma karşısında koruyucu bir faktör de olabilmektedir. Daha önceden TSSB tanısı konan yaşlı bireylerin, stresle başla çıkma yöntemlerinin yetersizliğine ve buna bağlı olarak TSSB belirtileri geliştirmeye yatkın olduklarına dikkat çekilmiştir (Yazgan 2006, Schinka ve ark. 2007). Hayatlarının daha erken dönemlerinde travmaya maruz kalmış olan bireylerin, ileri yaşlarda tekrar travmatize edici bir olay yaşadıklarında, ilk kez travmaya maruz kalan akranlarına göre daha fazla etkilendikleri belirtilmiştir (Zelst ve ark. 2003, Mollica ve ark. 2007). Bu sonuçlar, daha önce travma yaşayanların sonraki travmalara daha dayanıklı olacağı düşüncesinin geçersizliğini vurgulamaktadır. Yaşlı bireylerde mevcut kültürel geçmişleri nedeniyle genç yaştakilere kıyasla belirtilerini yadsıma eğilimleri ve kaçınma davranışı daha fazladır. Yaşlıların travmatik yaşantılara tepkisi biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkisi nedeni ile farklı olabilir. Yaşlıda TSSB gelişiminde kültürel ve etnik etkenlerin rolüne yönelik çalışmalara ise literatürde hiç rastlanmamaktadır. Ülkemizde de bu konularda bir çalışma yapılmamıştır. Yaşlıda TSSB gelişimine katkıda bulunan nörobiyolojik etkenler pek araştırılmamıştır. Bu çalışma konu ile ilgili olarak bir olgu sunumu olarak hazırlanmıştır.

OLGU

Bay M, 70 yaşında işçi emeklisi, ilkokul mezunu, dul, Trabzon'a bağlı bir ilçede yaşıyor.

Yakınlarının önerisi ile oğlu refakatinde psikiyatri polikliniğimize iç sıkıntısı, ağlama, isteksizlik, patlayacak gibi olma hissi, hayattan zevk almama, uykuda kabuslar görüp sık sık uyanma, unutkanlık, sürekli aynı olayları düşünme yakınmaları ile başvurdu. Hasta ile yapılan görüşmede 6 ay önce birlikte yaşadığı, mental retarde oğlunun solunum yolu obstrüksiyonu nedeniyle vefat etmesi olayına tanık olduğu ve yakınmalarının bu olay sonrası başladığı öğrenildi. Hasta oğlunu aklından çıkaramadığını, özellikle yalnız kaldığında, gece yatağına yattığında gözlerinin önüne sürekli oğlunun ölümünün geldiğini ifade etmekteydi.

Son 6 aydır uykusu bölünmekte olan hasta, gece sık uyanmakta fakat yarım saat içinde tekrar uykuya dalabilmekteydi. Hayattan zevk almadığını, hiçbir şey yapmak istemediğini söylüyordu. Yalnız kalmak istememekte, kalabalık ortamları tercih etmekte, ama bu ortamlarda da insanlar gülüp konuşurken kendisi onlara katılmamaktaydı. Hasta, son 3 aydır yaşamak istemediğini fakat günah olmasından korkarak intihara da cesaret edemediğini söylüyordu. 'Kazara bir yerden aşağı düşsem, biri beni öldürse de yaşamasam diye' düşünen hasta yaşamaktan nefret ettiğini dile getiriyordu. Yine son 6 aydır karamsarlık, kararsızlık, yakınması vardı ve hemen her yaptığından pişmanlık duymaktaydı. Son 6 aydır unutkanlık yakınması mevcut olan hasta kayıt belleği sorunları yaşamaktaydı. Hasta, kendinin özellikle gelinleri tarafından istenmediğini düşünüyor, her davranışlarından alındığını, eskisine göre çok alıngan olduğunu ifade ediyordu. Anneleri öldükten sonra oğullarının kendine ve ölen oğluna yeteri kadar ilgi göstermediklerini düşünmekteydi. Oğlu ölmeden bir gün önce, oğlunun kimseye muhtaç olmaması için dua eden hasta bir gün sonra oğlu ölünce bu şekilde dua etmiş olduğu için suçluluk hissediyordu.

Hasta oğullarına rahatsızlık vermemek düşüncesiyle 2 ay önce kendi yaşında bir kadınla evlendiğini ama evlendikten 2 hafta sonra bu kararından pişman olduğunu ifade ediyordu.

Hastanın oğlu ile yapılan görüşmede; 3 yıl önce eşinin ölümü sonrası huzursuzluk, yerinde duramama, isteksizlik, hayattan keyif alamama, pişmanlık, suçluluk hissetme, cezalandırıldığını düşünme gibi yakınmalarının olduğu, yaklaşık bir yıl süre düzensiz ilaç tedavisi aldığı yakınmalarının tam olarak

geçmediği, son yakınmalarının ise oğlunun ölümü sonrası başladığı ve giderek arttığı öğrenildi.

Aile öyküsü: Hasta orta sınıf bir ailede doğup, büyümüştü. Annesi ve babası vefat etmişti. Anne ve babası arasında akrabalık yoktu. Ölmeden önce babası inşaat ustası olarak çalışıyordu, annesi ev hanımıydı. Hastamız 7 kardeşin 6.'sıydı, ailesinde nörolojik ya da psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmamaktaydı.

Özgeçmiş: Normal doğum ile zamanında evde doğmuştu. Bebeklik döneminde hastalık öyküsü yoktu, yürüme ve konuşma zamanındaydı. 7 yaşında ilkokula gitmişti. İlkokul mezunu olan hastanın okul döneminde sorunu olmamıştı.

Askerliğini 3 yıl boyunca İskenderun'da yapmıştı. Askerlikte hiç sorun yaşamamıştı, zamanında, normal yolla terhis olmuştu, askerlikte uyumlu çalışmasından dolayı ödüllendirilmişti.

50 yıl önce eşile birbirlerini severek evlenmişlerdi. Evliliklerinde problemler dönemler olmuştu. Eşi 3 yıl önce kalp yetmezliğinden vefat etmişti. 7 çocukları olmuştu. 1. çocukları 26 yıl önce lenfoma nedeni ile öldükten 20 gün sonra, oğlunu çok özlediğini söyleyerek tek başına mezarına gitmişti. Mezarı açarak oğlunun cesedini çıkarmış ve sonrasında tekrar gömmüştü. Bu olaydan sonra yakın çevresinden çok tepki alan hasta, bir daha böyle bir girişimde bulunmamıştı. O dönemde tedavi ihtiyacı hissetmemiş, işlevselliğini bozacak bir rahatsızlığı olmamıştı. 23 yıl önce doğuştan bedensel engelli olan 3. kızı, ateşli hastalık nedeni ile ölmüştü. Bundan 6 ay önce de mental retarde olan 2. oğlu vefat etmişti. Hasta daha önceki çocuklarının ölümünü metanetle karşılayabildiğini ama 6 ay önce ölen oğlunun ölümünün kendini yıktığını, en çok bu olaydan etkilendiğini ifade etmekteydi.

Hastamız 25 yaşından 40 yaşına kadar ticaretle uğraşmıştı. Sonra emekli olana kadar inşaat işinde işçilik yapmıştı, son 5 yıldır da çalışmıyordu.

Hastalık öyküsünde; 9 yıl önce inginual herni, 8 yıl önce prostat ameliyatı geçirmişti. Son 2 yıldır da Tip 2 Diabetes Mellitus tanısıyla oral antidiyabetik ilaç kullanmaktaydı. Aşkanlık olarak 45 yıldır 3 günde bir paket sigara içmekteydi.

Uykuya geç dalmakta olan hastanın, uykusunda ortalama 3-4 kez bölünme olmakta, 30 dk içinde

gene uyumaktaydı. Gecede ortalama 7 saat uyuyordu. İştah sorunu yaşamayan hastanın kilo kaybı bulunmamaktaydı.

Sosyal açıdan, yalnız kalıp düşünmekten kaçınmıyor, sürekli kalabalık ortamlarda bulunmak istiyordu. Gezmekten önceden keyif alırken son zamanlarda hiç zevk almamakta olan hasta; hastalık öncesinde iyiliksever, dışa dönük, paylaşımcı bir insandı. Herkesin derdine koşan, insanlara yardım etmeyi seven, çevresi tarafından sayılıp sevilen birisiydi.

Fizik Muayene ve laboratuvar bulguları:

Vital bulgular stabildi. Nörolojik muayene ve diğer sistem muayeneleri patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar bulgularında; hemogram ve biyokimyasal değerler normal sınırlar içerisindeydi. Minimental test 29 olarak değerlendirildi.

MR'da; 3. ve lateral ventriküllerde, kortikal hemisferik sulkus ve sisternlerde minimal serebral atrofiye sekonder dilatasyonlar izlenmekteydi. Bilateral periventriküler beyaz cevherde flair sekansta hiperintens izlenen yaşlanmaya sekonder sinyal artışları ve özellikle posterior trigon komşuluğundaki beyaz cevher alanlarında kronik iskemik gliotik değişiklikler izlenmekteydi. T2A ve flair sekanlarda bilateral periventriküler beyaz cevher alanları ve her iki sentrum semiovalede nonspesifik hiperintens odaklar mevcut idi.

Ruhsal Durum Muayenesi:

Kendine bakımı orta olan, yaşında gösteren, göz teması kuran, görüşmeye istekli erkek hasta idi. Konuşması; açık, amaca yönelik, düşük volümlüydü, kendine güvensiz bir şekilde konuşuyordu. Duygulanım; çökkünlük yönünde artmıştı. Duygudurum; elemlili, çökkün, sıkıntılı olarak gözlemlendi. Bilinci; açık, oryante koopere idi. Algılamada patolojik bulgu yoktu, kişi, yer ve zaman yönelimi, tamdı. Bellekte özellikle yakın bellekte bozulma tarif etmekteydi. Soyut düşünce yetisi, gerçeği değerlendirme yetisi, yargılaması, normaldi. Düşünce sürecinde; çağrışımlar düzenli, düşünce içeriğinde; depresif temalar, ölümle ilgili düşünceler, karamsarlık, kararsızlık, mevcut idi. Flash backler halinde oğlunun ölüm anını hatırlıyordu. Sanki tekrar tekrar o anı yaşadığını ifade ediyor, bu dönemlerde iç sıkıntısı, göğüste sıkışma,

çarpıntı, titreme, terleme mevcuttu. Bu nedenle özellikle geceleri uykusu sık sık bölünmekte olan hasta iştahla ilgili sorun yaşamamaktaydı. Dışa vuran davranışları; azalmıştı, kendiliğinden sosyal iletişim kurmaya yönelik girişimde bulunmuyordu, ziyarete gelen oğullarıyla görüşmekten kaçınıyordu. Ellerinde belirgin tremor gözleniyordu. Benlik saygısı; azalmış olarak saptandı.

Klinik Seyir

Son 6 aydır hayattan zevk almayan, ölüm düşünceleri olan, işlevselliği bozulan, uyku düzensizliği olan hasta servise kabul edildi. Hastanın rutin tetkikleri çalışıldı. Patolojik bir bulguya rastlanmadı. Ayrıntılı psikiyatrik değerlendirme sonucu DSM-IV'e göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile Depresyon tanıları ile antidepresan tedavisi ile haftalık görüşmeler düzenlendi. Hamilton Depresyon Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği ile Travmatik yaşantıları değerlendirmekte kullanılan ' Travma Sonrası Stres bozukluğu Tanı Ölçeği' ve ' Olay Etkisini Değerlendirme Ölçeği'nden aldığı yüksek puanlar da tanıyı destekler nitelikteydi. Hastanın depresif belirtileri ve daha önce almış olduğu tedaviler göz önüne alınarak hastaya Venlafaksin 37.5 mg/gün ve Mirtazapin 30 mg/gün tedavisi başlandı. Hastanın Venlafaksin dozu kademeli olarak artırıldı ve 150 mg/gün olarak düzenlendi. Takiplerinde hastanın tansiyon sorunu gözlenmedi. Unutkanlık şikayeti olan hastaya yatışında minimal test uygulandı ve 29 olarak değerlendirildi. Hastaya çekilen kranial MR'da mevcut kliniği açıklayacak patolojik bulguya rastlanmadı. Hastanın kliniğe uyumu iyiydi. Yatışının 1.haftasında hastanın anksiyete belirtilerinde belirgin azalma gözlemlendi, ama depresif belirtiler devam etmekteydi. Hastanın ölen oğluyla ilgili yüklü düşünceleri mevcuttu. Hastaya yatışında uygulanan psikometrik ölçümler yatışın 3. haftasında tekrar değerlendirildiğinde ölçek değerlerinde düşme saptandı. Yatışının 3. haftasında hastanın depresif belirtileri kısmi olarak azalmış, ölüm düşünceleri kaybolmuştu. Ölen oğluyla ilgili yüklü düşünceler devam etmekteydi. Serviste kaldığı süre içinde hastanın uyku ve iştah sorunu gözlenmedi. Tedavinin 3. haftasında yakınmalarında azalma saptanan hasta 47 gün yatarak tedavi gördüğü servisten kısmi salih hali taburcu edilmiş ve halen ayaktan kontrolleri devam etmektedir.

TARTIŞMA

Yaşlanma yoğun çalışmalar yapılmasına karşın, önlenemeyen kronolojik, sosyal, biyolojik ve psikolojik boyutları olan bir süreçtir. Yaşlılar gençlere göre biyolojik ve davranışsal özellikler açısından farklılık gösterir (Yazgan 2006). Yaşlanmaya ilişkin yaşam olaylarının başında- eş kaybı, meslek ve/veya mesleki rol kaybı, yalnızlık, sosyal izolasyon, ekonomik ve fiziksel kayıplar ile huzurevine yerleşme gelir. Bu durumlar zaman zaman psikolojik travma belirtilerine yol açacak kadar etkili olabilirler. Yaşlı bireylerde görülebilen anlam vermede azalma, algılama ve bellek bozuklukları gibi bilişsel problemler nedeniyle, travma yaşantısı ve sonuçlarının bu bireylerde diğer popülasyonlara göre daha farklı ele alınması gerekmektedir (Özgüler ve ark. 2004, Yalug ve ark. 2007). Yaşlılık dönemi, travmatik yaşantılarla başa çıkmak için kullanılacak desteklerin azaldığı bir dönem olarak görülmektedir. Yaşlılarda sıklıkla oluşan yabancılaşma hissi, gençlerden kopmaya neden olabilir. Bu durum yaşlının benlik saygısını koruyabilmek amacıyla geçmişine sığınarak anılarını gözden geçirmeye başladığı bir dönem olarak değerlendirilmektedir. Ancak, geçmişinde travmatik olay veya olaylara mâruz kalmış olan bireylerde bu durumun, söz konusu travmatik yaşantıların canlanmasına, bunun da önceden yaşanmış olan TSSB belirtilerinin, ayrıca anksiyete bozukluğu ve depresyona neden olabileceği belirtilmektedir (Özmen 2003). Benzer şekilde olgumuzda geçmişte çocuklarının kaybı ve eş kaybı gibi travmatik yaşantılarının olması dikkat çekicidir. TSSB tanısına ek olarak, travmaya maruz kalmış olan yaşlı bireylerde en sık görülen eşanlı psikiyatrik bozukluklar major depresyon, diğer anksiyete bozuklukları, psikosomatik yakınmalar, düşünce içeriğinde bozukluklar ve alkol bağımlılığı olarak bildirilmiştir (Özgüler ve ark. 2004). TSSB tanısı alan yaşlı bireylerin büyük bir bölümünün üç yıl içinde major depresyon semptomları geliştirdiklerini ve TSSB tanısı konmuş savaş gazilerinde %50 oranında eşanlı olan yaygın anksiyete bozukluğu bulunduğunu bildiren araştırmalar vardır (Averill ve Beck 2000, Krause ve ark. 2004). Olgu örneğimizde de TSSB tanısının yanı sıra yaşlılık döneminde sıkça görülen çoğu zaman tanısı atlanabilen Kronik Minör Depresyonu destekleyen

bulgular saptanmıştır. Diğer taraftan, TSSB bulguları gösteren yaşlı bireylerde, kronik ağrılar, kardiyak sorunlar ve uzun süreli tedavi gerektiren bedensel hastalıkların bu belirtilerin şiddetlenmesine ve daha karmaşık bir hale geldiğine ilişkin veriler mevcuttur. (Averill ve Beck 2000, Krause ve ark. 2004, Charles ve ark. 2005). Ancak TSSB'nin yaşlıda bedensel hastalıkların ortaya çıkmasına ya da mevcut hastalıkların tedavisine ilişkin bilgiler yeterli değildir (Krause ve ark. 2004, Sareen ve ark.2007). Olgu sunumunda da olgunun ruhsal belirtileri ile eş zamanlı olarak Tip 2 diyabet tanısı aldığı belirtilmiştir. Yaşlıda ortaya çıkan TSSB'nin kliniği, nörobiyolojik bulguları ya da tedavisi ile ilgili kontrollü çalışma yapılmamıştır. Günümüzde TSSB'deki tedavi yöntemlerinin başında antidepresanlar, grup terapileri ve bilişsel-davranışçı terapiler gelmektedir. Kendine zarar verme veya disosiyasyon ve halusinasyon şeklinde geri-dönüşler yaşayan hastaların tedavisinin hastanede yapılması daha uygun görülmektedir. (Busuttil 2004, Krause ve ark. 2004, Robertson ve ark.2004) Olgumuzun

tedavisinde de benzer yöntemler izlenmiştir. Genç hastalarda da TSSB gelişmesine yatkınlık yaratacak etkenlerin yanı sıra, geçmişte kişinin başına gelen travmatik olaylarla ilgili belirtiler olgumuzda olduğu gibi yaşlılık dönemine ait stresör etkenlerin etkisi ile ortaya çıkabilir ya da alevlenebilir (Chung ve ark. 2005, Charles ve ark. 2005). Bu nedenle duyarlı bireylerin önceden tanınıp, bilinmesi koruyucu ruh sağlığı hizmetleri açısından önemlidir. Geçirilmiş travmanın yaşlılıkteki etkileri, yaşlılık döneminde TSSB belirtilerini tetikleyen etkenler, nedenlerinin açıklanması gerekmektedir. Sonuç olarak yaşlıda ortaya TSSB ile ilgili nörobiyolojik, klinik ya da tedavi süreci ile ilgili farklılıkların olup olmadığını anlamak için geniş örneklemi olan yeni çalışmalara gereksinim vardır.

Yazışma adresi: Dr. Çiçek Hocaoğlu, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Trabzon, chocaoglu@superonline.com

KAYNAKLAR

- Averill PM, Beck J (2000) Posttraumatic stress disorder in older adults a conceptual review. *J Anxiety Dis*, 142:133-156.
- Busuttil W (2004) Presentations and management of post traumatic stress disorder and the elderly: need for investigation. *Int J Geriatr Psychiatry*, 19:429-439.
- Charles E, Garand L, Ducrocq F ve ark. (2005) Post-traumatic stress disorder in the elderly. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 3: 291-300.
- Chung MC et al.(2004) Coping with PTSD: Young, middle-aged and elderly comparisons. *Int J Geriatric Psychiatry*, 19: 333.
- Hilton C (1997) Media triggers of post-traumatic stress disorder 50 years after the Second World War. *Int J Geriatric Psychiatry*, 12: 862-867.
- Krause N, Shaw BA, Cairney J (2004) A descriptive epidemiology of lifetime trauma and physical health status of older adults. *Psychol Aging*, 4:637-648.
- Mollica RF, Caridad KR, Massagli MP (2007) Longitudinal study of posttraumatic stress disorder, depression, and changes in traumatic memories over time in Bosnian refugees. *J Nerv Ment Dis*, 195(7):572-579.
- Owens GP, Baker DG, Kasckow J ve ark. (2005) Review of assessment and treatment of PTSD among elderly American armed forces veterans. *Int J Geriatr Psychiatry*, 20: 1118-1130.
- Özgüler NE, Maner F, Çobanoğlu S ve ark. (2004) Yaşlılarda TSSB'da Eş Tam Özellikleri. *Düşünen Adam*, 17:141-145.
- Özmen M (2003) Yaşlıda travma sonrası stres bozukluğu. Aker T, Önder ME (Ed), *Psikolojik Travma ve Sonuçları*. İstanbul: 5Us yayınları, 203-208.
- Robertson M, Humphreys L, Ray R (2004) Psychological treatments for posttraumatic stress disorder: recommendations for the clinician based on a review of the literature. *J Psychiatr Pract*, 10:106-118.
- Sareen J, Cox BJ, Stein MB ve ark. (2007) Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosom Med*, 69:242-8.
- Schinka JA, Brown LM, Borenstein AR ve ark. (2007) Confirmatory factor analysis of the PTSD checklist in the elderly. *J Trauma Stres*, 20(3):281-239.
- Sivrioğlu Y (2006) Yaşlılarda Anksiyete Bozuklukları Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi *Psikiyatri*, 2(12):64-67.
- Weintraub D, Ruskin PE (1999) Posttraumatic stress disorder in the elderly :a review. *Harvard Rev Psychiatry* 7: 144-152.
- Yaluğ İ, Özdemir S, Aker T (2007) Yaşlılarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Yeni Symposium*, 45(2):54-61.
- Yazgan Ç (2006) Yaşlılıkta yas. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:179-184.
- Zelst WH ve ark. (2003) Prevalence and risk factors of post-traumatic stress disorder in older adults. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72: 233-342.