

Krizden Uyum Bozukluğuna: Bir Kavramın Tıbbileştirilmesi mi?



Psik. Tsvi GİL¹

ÖZET

Bu gözden geçirme yazısı, psikiyatrik yazında iki kavramı karşılaştırmayı amaçlamıştır; kriz ve uyum bozukluğu. Bu iki kavram farklı kuramsal görüşlerden köken almakta, görece zayıf da olsa farklı verilere dayanıp farklı amaçlara hizmet etmektedir. Kriz kavramı psikodinamik, insancıl (humanist) ve toplum yönelimli olarak değerlendirilebilecek bir yaklaşımdan gelmektedir. Bu yaklaşıma göre tedavi, krize müdahale olarak bilinir ve psikolojik, sosyal, insancıl ve sistemli olması ile belirlidir. Krize genel yaklaşım, psikiyatri pratiğinde alışlagelen teşhis ve düzenli görüşmelerden çok acil yardım gerektirmektedir. Diğer yandan uyum bozukluğu kavramı, daha çok hastanın fenomenolojik ve nesnel tanımına ulaşmak için çabalayan ve ilaç tedavisi gibi herhangi bir psikiyatrik tedavi ile sonuçlanabilecek olan tıbbi nosolojik bir yaklaşımdır.

Biz bu yazıda her iki yaklaşım için teorik ve deneysel (ampirik) verilere önem vererek yazını gözden geçirdik. Sonuçlar her iki kavram için görece zayıf deneysel destek sağlanabildiğini göstermektedir. İki kavramı ilişkilendirme denemelerinde, şiddetinin sürekliliği gibi bazı kuramsal çözümler öne sürülmektedir. Biz hekimlerin kararlarını kendi kuramsal çerçeveleri ve kullanım amaçlarına göre vermeleri gerektiği sonucuna vardık. Bununla birlikte biçimsel psikiyatrik tanı daha kapsamlı bilimsel destek gerektirdiği ve etiketlenme gibi olası sonuçlara neden olabildiğinden, uyum bozukluğu tanısının şimdiki kullanımı daha az doğru gibi görünüyor.

Anahtar Sözcükler: Kriz, krize müdahale, uyum bozukluğu, tanı, tıbbileştirme

SUMMARY

From Crisis to Adjustment Disorder: A Medicalization of a Concept?

This review aimed to compare two concepts in the psychiatric literature: crisis and adjustment disorder. The two concepts stem from different theoretical perspectives, rely upon different (though relatively loose) bodies of data, and may serve different purposes. The concept of crisis originated from an approach that could be considered psychodynamic, humanistic, and community oriented. Treatment, according to this approach, is known as crisis intervention and is characterized as being principally psychological, social, humanistic, and systemic. The generic approach to crisis calls for immediate aid rather than for a diagnosis and regular appointments, as is customary in psychiatric practice. The concept of adjustment disorder, on the other hand, is a rather medical nosological approach, which strives to achieve a phenomenological and objective description of the patient, and which may lead to ordinary psychiatric treatment, such as pharmacotherapy.

Herein we present a review of literature on both approaches, with an emphasis on theoretical and empirical data. The findings appear to provide rather weak empirical support for both concepts. Some theoretical resolutions are proposed in an attempt to link the two concepts, such as a continuum of severity. We conclude that practitioners should decide for themselves, according to one's own theoretical framework and purpose of usage. Nonetheless, as formal psychiatric diagnosis demands more extensive scientific support and bears further implications (such as stigma), the current use of the diagnosis of adjustment disorder may seem less justified.

Key Words: Crisis, crisis intervention, adjustment disorder, diagnosis, medicalization

Geliş Tarihi: 10.09.2011 - **Kabul Tarihi:** 10.02.2012

¹Psik., Western Galilee Toplum Ruh Sağlığı KL., Fligelman ("Mazra") Ruh Sağlığı Hastanesi, Acre; Latiff Çocuklar için Toplum Ruh Sağlığı KL., Umm-Al-Fahem; Amit Enstitüsü, Hadera; Annafa Psikoterapi Enstitüsü, Hayfa, İsrail.

Psik. Tsvi Gil, e-posta: tsvigil@bezeqint.net

Kriz Kavramının Öyküsü

Psikiyatrik yazında kriz kavramının Eric Lindemann (1944) ve Gerald Caplan (1994) gibi önde gelen psikiyatrların yazılarından geliştirilmiş olduğu düşünülmektedir. Kökleri ise Heinz Hartmann, Ernest Kriss ve Rudolph Loewenstein (Golan 1978) gibi ego psikolojisi üzerinde duran Freud sonrası teorisyenlere, Erik Erikson (1963) gibi yaşam döngüsü gelişimini vurgulayanlara, humanist psikoterapistlere (Maslow 1954, Rogers 1961) uzanır. 1960'larda kriz kavramı, krizin normal gelişimin kaçınılmaz parçası olarak kabul edildiği toplum yaklaşımı ile bütünleşmişti. Krizin -hoş olmasa da- yaşam döngüsünün (Golan 1978) ve normal yaşam sürecinin (Cohen ve ark. 1983) bir parçası olarak gelişme ve büyüme için gerekli olduğu kabul edilmişti. Krizler bu anlamda patoloji değildir ve Brockopp'un önerdiği gibi psikiyatrik yardımdan çok psikolojik destek şeklinde tedavi edilmelidir (1976). Kriz yaklaşımına göre tedavi, -Caplan'ın toplumsal ve koruyucu yaklaşımında vurgulandığı üzere- psikiyatrik servis ya da kliniklerden çok toplumda, günlük yaşantı içinde ve bireyin doğal çevresinde gerçekleşmelidir (Caplan 1994). Bu yaklaşım göre en iyi yardımcı; kişilik teorileri, psikopatoloji, psikoterapi konusunda eğitilmiş uzman bir psikiyatrda çok, empati kurma ve değerlendirme yöntemleri konusunda biraz eğitim almış bir danışmandır (para- professional) (Brockopp 1976, O'Donnell ve George 1977). Lindemann'ın (1944) önerdiği bir terim olan genel (generic) yaklaşım, krizdeki kişiler arasında bireysel farklılıkları değil benzerlikleri öne çıkarmıştır. Diğer bir deyişle, kişisel farklılıklar durumsal belirleyicilerden daha az önemli olarak algılanmıştır. Buna bağlı olarak, yardım edenin psikiyatri ve psikoterapi bilgisinin, krizdeki bireye hemen yapılan empatik bir yaklaşımdan daha az amaca uygun olduğu görülmüştür [Mc Gee ve Jennings'de (1976) Litman kanunu olarak adlandırılmıştır] ve bu nedenle yardımın en kısa sürede elde edilebilirliği, psikiyatrik çalışmanın kabul edilme, görüşme, tanı ve haftalık görüşmeler gibi alışlageldik basamaklarından daha büyük bir öneme sahiptir. Kriz tedavileri yoksunluk, çatışma ve geçmiş travmalarla ilgilenmek yerine bireyin güçlerini öne çıkarıp umudu geliştirmektedir (Brockopp 1976). Buna göre, kriz değerlendirilmesinde birkaç model geliştirilmiş ve önerilmiştir; 3 evreli model (Golan 1978), 4 evreli model (Erhterling ve ark. 1980), 5 evreli model (Resnick ve ark. 1975, Lester ve Brockopp 1976, Cohen ve ark. 1983, Slaikeu 1984) ve 9 evreli model (Dixon 1979). Yazında, varsayımları için tatmin edici deneysel desteği olmaması açısından kriz yaklaşımına eleştiriler de vardır. Örneğin, krizin Caplan'ın (1964) ileri sürdüğü gibi gerçekten kendini sınırlayabiliyor olması, krizdeki bireylerin değerlendirme ve değişmeye daha uygun olmaları ve krizin alt evrelere doğru bir şekilde ayrılabilceği konuları hala tartışmaya açıktır (Cohen ve ark. 1983, Ball ve ark. 2005). Bununla birlikte önde gelen savunuculardan bazılarının belirttiği gibi, kriz sonrasında ilk yapılacak şey sistematik araştırma değil (Raphael ve

ark. 1996) her zaman yardım sağlamaktır (McFarlane 2000). Kriz yazını arttıkça, uzun dönemde ruh sağlığı sorunlarının önlenmesindeki önemi konusunda deneysel destek sağlayan veriler toplanmış (Caplan ve Caplan 2000) ve kuramsal varsayımlar güncellenmiştir (Slaikeu 1984, Caplan ve Caplan 2000, Myer ve Moore 2006). Kriz yaklaşımında yeni gelişmeler, Yugoslavya'daki savaş (1999) ve 11 Eylül 2001'de New York Dünya Ticaret Merkezi yıkımı gibi -mutlaka psikiyatrik olması gerekmeyen- yardım gerektiren büyük ölçekli olaylar gibi psikiyatri dışı alanları da içermektedir. Bu tip olaylardaki sosyal yaklaşım bir yandan acil yardıma çok ihtiyaç olduğunu ve bu ihtiyacın eldeki sosyal kurumlar- sosyal çalışanlar, din adamları, resmi görevliler, doktorlar- tarafından karşılanması gerektiğini göstermiştir. Diğer yandan böyle bir yardım için psikiyatri kendiliğinden ortaya çıkmamıştır. Bu tabii ki bu korkunç olayların bazı kurbanlarına psikiyatrik destek sağlanmadığını anlamına gelmez, sadece sorunun doğası ve gereken destek araçlarının son yıllarda gelişen psikiyatri modellerine uygun olmadığını ifade eder. Bu durum, yukarıda anlatılan 1960'lardaki toplum yaklaşımının bir uyarlaması olarak değerlendirilebilir.

Uyum bozukluğu kavramının öyküsü

Uyum bozukluğu, sınırları belirlenmiş bir tanı olarak ilk kez 1980'de Amerikan Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın (DSM-III) (Amerikan Psikiyatri Birliği 1980/1994) 3. baskısında anksiyete bozuklukları başlığı altında ortaya çıkmıştır. DSM'nin ilk baskısında bu durum için önerilen en yakın kavram geçici durumsal kişilik bozukluğu idi. DSM'nin 2. baskısında geçici durumsal bozukluk terimi önerilmiştir. DSM uyum bozukluğunu, akut stres ve travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili olan olağandışı tehdit edici yaşantılardan farklı olarak, çeşitli gündelik sıkıntı verici olaylara verilen yanıt olarak tanımlar. Şimdiki DSÖ sınıflandırma sistemi ICD-10 (WHO 1992) uyum bozukluğunu, eski ve kötü tanımlanmış olan reaktif ve endojen depresyon terimleri yerine eklemiş ve strese uyum durumlarını 4 grupta toplamıştır. Uyum bozukluğu akut ve akut olmayan olarak iki gruba ayrılırken, bu kümedeki diğer iki grup travma sonrası stres bozukluğu ve aşırı stres sonrası uzamış kişilik değişikliğidir ki bu eski kriz kavramını karşılayabilir. Psikodinamik tanı sistemi (PDM Task Force 2006) uyum bozukluğunu DSM'ye benzer şekilde ve öznel (subjective) deneyim bölümünde (S eksen) tanımlar.

Uyum bozukluğunun yeni kavramı yeterli kuramsal temel olmaksızın ortaya çıkmıştır. Bu tanı net ölçüt olmaksızın düzenlenmiştir ve değişebilir görünmektedir. Ayrıca tanı almış hastaların başka (genellikle daha hafif) tanıları olması dışında ortak noktaları çok azdır (Greenberg ve ark. 1995). Bununla birlikte uyum bozukluğu tanısı, ortaya çıkışından bu yana kullanımı açısından özellikle genel hastaneler gibi psikiyatrik olmayan ortamlarda yararlı olmaktadır (Pollack 1992). Toplumdaki sıklığının ayaktan ruh sağlığı

hizmeti alan erişkinlerde %5 ile %21 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Jones ve ark. 1999) (Tahminen değişik tanımlamalara bağlı olarak farklı sıklık oranlarına rastlanmaktadır; Avrupa için Ayuso-Mateos ve ark. 2001'e, Amerika için Strain ve ark. 1993'e bakınız). Uyum bozukluğu, Greenberg ve arkadaşlarının (1995) bildirdikleri gibi, geçiciliği ve bireyi etiketlememesi açısından "hafif" bir tanı olarak algılanıyor görünmektedir. Bu anlamda, kullanım alanlarından biri (büyük olasılıkla ortaya atılırken asıl niyet değildi) sağlık sigortası şirketlerinin başka şekilde ekonomik desteklerini vermeyecekleri hastaların tedavisidir (Strain ve Diefenbacher 2008).

Uyum bozukluğu kavramının eleştirisi

Şu anda uyum bozukluğunu diğer psikiyatrik bozukluklardan tam olarak ayırt etmek için kullanılabilecek herhangi bir biyolojik belirteç, özgül belirti veya davranış örüntüsü yoktur; uyum bozukluğu bağlamsal (contextual) etkenlerle güçlü biçimde ilişkilidir (Despland ve ark. 1995). Uyum bozukluğu konusunda yeterli araştırma yoktur (Despland ve ark. 1995) ve yapılmış olanların da geçerliliği şüphelidir. Birçok araştırmacı şimdiki uyum bozukluğu tanılamasının yetersiz olduğunu düşünmektedirler (Maercker ve ark. 2007). Ayrıca bazıları uyum bozukluğunun çeşitli belirtileri ile normal uyum tepkileri arasında net bir ayrımın olmamasına karşı çıkarlar (Casey ve ark. 2001).

Tüm çalışmalar dikkate alındığında, uyum bozukluğunun geçerli bir tanı mı olduğu, tanı koyucuların pragmatik ihtiyaçlarına mı hizmet ettiği (Pollock 1992), yoksa Horwitz'in (2002) ileri sürdüğü gibi içeriğe bağlı bir etiket mi olduğu net değildir. Aslında birçok klinisyen bu tanıya çekince ve kuşku ile yaklaşmakta ve uyum bozukluğunun psikiyatrik tanılarının "çöp sepeti" olduğunu düşünmektedir (Andreasen ve Wasek 1980). Bazıları bu tanıyı artık (residual) (Maercker ve ark. 2007), çıkıntı veya geçici (Fabrega ve ark. 1987) ya da belirsiz ve kullanışsız (Ford ve ark. 1978) olarak değerlendirmektedirler. Diğer yandan bazıları da, uyum bozukluğu kavramının yeterince kanıtlandığını (Maercker ve ark. 2007) ve az kullanıldığını, şimdikinden daha sık kullanılması gerektiğini söylemektedirler (Linden 2003).

Uyum bozukluğunun, diğer anksiyete bozukluklarından (Schatzberg 1990) ve depresyondan (Bronisch ve Hecht 1989) ayırt edilemez (ya da sadece çok az ayırt edilebilir) olduğu bildirilmiştir. Bazıları güvenilirliğinin düşük olduğunu (Newcorn ve Strain 1992, Spalletta ve ark. 1996) ve yapı geçerliliğinin bulunmadığını (Jones ve ark. 1999) söylemektedirler. Tersine, bazıları uyum bozukluğu tanısının geçerli olduğunu ve diğer tanılardan anlamlı olarak ayrılabilirdiğini belirtmektedirler (Andreasen ve Hoenk 1982, Snyder ve ark. 1990, Kovacs ve ark. 1995) ve bazıları da yapısı ve tanı ölçütlerinde yapılacak değişikliklerle tanının daha kullanışlı olabileceğini ileri sürmektedirler (Strain ve ark. 1993).

Teorik kavramdan pratik yöntem

Bir tanının geçerlilik ve kullanışlılık anlamında ispatı, tedavi ve gidişe etkisine bağlıdır (Spalletta ve ark. 1996). Eğer uyum bozukluğu kriz kavramının mirasçısı olarak işlev görüyorsa ve biyolojik doğasından çok psikolojik doğasının üzerinde durulacaksa, psikolojik değerlendirme önerilmelidir. Uyum bozukluğunun gidişinin –Bronisch'in (1991) ya-tan hastalarda belirlediği gibi- özellikle sosyal içerikte uygun yardımın ulaşılabilir ve çabuk olmasına bağlı olacağı beklenir. Diğer yandan, politik ve ekonomik açılardan incelemeler - Horwitz'in belirttiği gibi- uyum bozukluğunu farmakolojik değerlendirme gerektiren bir psikiyatrik bozukluk olarak öne çıkarabilir. Bu anlamda, uyum bozukluğu teriminin ortaya çıkışı, psikiyatri disiplininin -DSM'nin sonraki baskılarına da yansıyan- psikodinamik ve biyopsikososyal yaklaşımdan daha deneysel ve tıbbi olarak tanımlanabilecek yaklaşıma değişiminin göstergesi olarak kabul edilebilir (Rogler 1997).

Bazı araştırmacılar uyum bozukluğunu Schatzberg'in (1990) belirttiği ve DSM-IV'de de tanımlandığı gibi anksiyete bozukluğunun başka bir biçimi olarak değerlendirmektedirler. Oysa ki Linden'in (2003) belirttiği gibi, psikolojik bir kargaşada ruhsal tepkilerin mutlaka korku ya da anksiyete içermesi gerekmiyor. Bazıları uyum bozukluğunu bir depresyon tipi – olasılıkla daha önceleri reaktif depresyon şeklinde ifade edilen- olarak değerlendiriyorlar (Bronicch ve Hecht 1989). DSM-IV'ün editörleri minör depresif bozukluk terimini "ileri çalışmalara ihtiyaç vardır" ifadesi ile ortaya atmışlardır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994), fakat major depresyonla karşılaştırıldığında esas fark minör depresyonda daha az belirti ve yeti yitimi olmasıdır. Bu tanı, yukarıda anlatıldığı gibi krizin tanımlayıcı özelliklerini içerir görünmemektedir. Bu görüşlerle tutarlı olarak, uyum bozukluğu tercihen anksiyolitik ve antidepresan ilaçlarla tedavi edilmelidir; oysa araştırmalar major depresyon yoksa, özellikle de depresif duygudurum tıbbi bir hastalıkla ilişkiliyse, antidepresan tedavinin etkisinin olup olmadığı konusunda şüpheleri artırmaktadır (Fava ve Sonino 1996). Bazı araştırmacılar, stresli bir olaya yanıtın bir parçası olan keyifsizliğin depresyondan ayrılması gerektiğini ileri sürmüşlerdir (DeFigueiredo 1993, Slavney 1999). Diğer yandan Spalletta ve arkadaşları (1996), uyum bozukluğu tanısı almış hastalarda anksiyete ve depresyonun görülebilmesine karşın, bu hastaların anksiyete bozukluğu hastalarından daha az anksiyeteli, depresyon hastalarından daha az depresif olduklarını belirtmişlerdir. Bazıları ise uyum bozukluğunu travma sonrası tanılarla süreklilik içinde (Linden 2003) veya stresle ilişkili olarak (Horowitz 1997, Maercker ve ark. 2007) değerlendirmektedirler. Başka bir bakış açısına göre ise uyum bozuklukları krizin bir çeşitidir ve bu nedenle de krize müdahale, danışmanlık ve hatta psikodinamik psikoterapi gibi psikolojik yöntemlerle tedavi edilebilir (Battegay 1995).

Çözüm için pragmatik bir öneri: kötüleşmenin sürekliliği veya eşikaltı tanısı

Eski kriz kavramı ile yeni uyum bozukluğu kavramı arasında olası bir bağlantı Horowitz'de (1997) bulunabilir. Horowitz, tanınabilen stresli bir olayla ilişkili stres yanıtını; bireyin tanıdık başetme düzenekleri ile başetme girişimi ve başedememe sonucu ortaya çıkan patolojik belirtiler olarak kavramlaştırmıştır. Uyum bozukluğu, normal kriz sürecinin patolojik ucu olarak da düşünülebilir. Başka bir deyişle, insanlar normalde krizle yüz yüze gelir ve başederken sıkıntı yaşayabilirler; sadece başedemeyenler tanı alan uyum bozukluğu belirtileri gösterebilirler. Benzer şekilde çoğu Avrupalı bazı araştırmacılar, kullanışlı bir tanı sisteminin depresyonun eşik altı düzeylerini de içermesi gerektiğini düşünmektedirler (Fava 1999, Schneider ve ark. 2000), ki bu da eski kriz kavramına karşılık gelebilir. Kriz, uyum bozukluğu süreklilik hipotezinin eşikaltı, patolojik olmayan ucu olarak değerlendirilebilir. Hastanın tıbbi hastalığa yanıtının psikolojik yönlerini önemseyen bu İtalyan grup, liyezon psikiyatrlarına yardım etmek üzere DSM yerine geçecek ya da onu tamamlayacak bir tanı sistemi geliştirdiler (Fava ve ark. 1995). Maercker ve arkadaşları (2007) uyum bozukluğunun, tanıların stres sürekliliği içinde olduğu görüşünü desteklemektedirler. Duygusal uyarıların bilişsel olarak işlenmesinin üzerinde duran Horowitz'e benzer olmakla birlikte farklı bir kavramlaştırma da uyum bozukluğunu travma sürekliliğine yerleştiren Foa ve arkadaşlarının (1989) modelidir.

TARTIŞMA

Uyum bozukluğuna karşı kriz sorununa kuramsal ve deneysel olarak iki şekilde yaklaşılabılır. Kuramsal olarak ele alırsak iki yaklaşım farklı bakış açılarından köken almıştır ve farklı görüşler içindedir. Kriz teorisi psikanaliz, insan psikolojisi ve toplum psikolojisinden köken almıştır. Uyum bozukluğu nozolojik psikiyatride doğan, tanımlayıcı, fenomenolojik ve

kuramsal olmayan bir kavramdır. Kriz yaklaşımında çoğu danışman olan geniş bir yardımcı topluluğu varken, uyum bozukluğu psikiyatrlar için olan ve onlar tarafından yapılandırılan psikiyatrik bir olgudur. Kriz kavramı sağlıklı ilgilidir, iyimser bir bakış açısı içerir ve bu nedenle de daha az etiketler. Diğer taraftan, uyum bozukluğu ruh sağlığı çalışanlarının çalışma alanında olup tıp geleneğinin bir parçasıdır; anormalliliği ve patolojiyi gösterir ve bu nedenle daha çok etiketlenmektedir.

Deneyisel olarak, her iki kavramın da desteği zayıftır. Uyum bozukluğu kavramı, deneyisel destek olmadan pratik nedenlerle gelişmiştir. Zayıflıkları –ki belirsiz tanım ve sınırlar, kesin belirteçlerinin olmaması- aynı zamanda güçlü taraflarıdır; tanımının çabuk ve kolay kullanımı (“çöp sepeti” yaklaşımı) ve diğer psikiyatrik tanılardan daha az etiketleyici olmasıdır. Oysa uyum bozukluğunun tedavisi için özgün yönergeler bulmak zordur (Bisson ve Sakhuja 2006), bu tanı psikiyatrlara hangi tedavi yöntemi işerse onu kullanma özgürlüğü vermektedir. Diğer yandan, kriz alanında çalışan araştırmacılar sistematik bir şekilde çalışmaktan çok “Ne yapılmalı?” konusu ile meşgul olmuşlardır. Uyguladıkları yaklaşımın temel önermelerini incelemek yerine toplum ile ilgili olmaya çaba göstermişlerdir. Tedavilerinin etkilerini incelemektense, “bir şeyler yapılmalı” hissinin daha acil olduğunu düşünmüşlerdir.

Hekimin kuramsal görüşü ve izlediği bilimsel yazın hangi kavramı seçeceğini etkiler; oysa biz sağlam bir temel oluşturmak için yönergelere gereksinimi nedeniyle uyum bozukluğu kavramının kriz kavramından daha zayıf olduğunu düşünüyoruz. Tıbbi bir tanı sistemi, tanısal kolaylıktan çok sağlam kanıtlara dayanmalıdır (First ve ark. 2004). Başka bir deyişle, uyum bozukluğu tanısının tanı koyan psikiyatrla sağladığı pratik fayda, bu yeni tanısal olgunun tanı el kitaplarına dahil edilmesini haklı çıkarmak için yeterli olmamalı ve özellikle de psikiyatri bu sıkıntılı bireylere özgün ve etkili bir tedavi sunamazken psikiyatrik hasta olarak etiketlenmelerini haklı çıkarmamalıdır.

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (1980/1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Washington, DC.
- Andreasen NC, Wasek P (1980) Adjustment disorders in adolescents and adults. *Arc Gen Psychiat* 37: 1166-70.
- Andreasen NC, Hoenk PR (1982) The predictive value of adjustment disorder: A follow-up study. *Am J Psychiat* 139: 584-90.
- Ayuso-Mateos JL, Vazques-Barquero JL, Dowrick C ve ark. (2001) The ODIN group: Depressive disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study. *Brit J Psychiat* 179: 308-16.
- Ball JS, Links PS, Strike C ve ark. (2005) “It’s overwhelming... everything seems to be too much”: A theory of crisis for individual with severe persistent mental illness. *Psychiat Rehab J* 29: 10–8.
- Battegay R (1995) Psychoanalytic aspects of crisis and crisis intervention (Almanca). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 41: 1-16.

- Bisson K, Sakhuja D (2006) Adjustment disorders. *Psychiatry* 5: 240-2.
- Brockopp GW (1976) Crisis intervention; Theory, process and practice. *Crisis Intervention and Counseling by Telephone*, D Lester, GW Brockopp (Ed), Springfield, Ill. Charles C Thomas s. 223-37.
- Bronisch T (1991) Adjustment reactions: A long term prospective and retrospective follow-up of former patients in a crisis intervention ward. *Act Psychat Scand* 84: 86-93.
- Bronisch T, Hecht H (1989) Validity of adjustment disorder, comparison with major depression. *J Affect Dis* 17: 229-36.
- Caplan G (1964) *Principles of Preventive Psychiatry*. New-York, Basic Books.
- Caplan G, Caplan R (2000) *Principles of community psychiatry*. *Commun Ment Health J* 36: 7-24.
- Casey P, Dowrick C, Wilkinson G (2001) Adjustment disorders: Fault line in the psychiatric glossary. *Brit J Psychiat* 179: 479-81.
- Cohen L, Specter JA, Claiborn WL (1983) *Crisis Intervention*. New-York, Human Sciences Press.

- De Figueiredo JM (1993) Depression and demoralization: Phenomenological differences and research perspectives. *Comp Psychiat* 34: 308-11.
- Despland JN, Monod L, Ferrero F (1995) Clinical relevance of adjustment disorder in DSM-III-R and DSM-IV. *Comp Psychiat* 36: 454-60.
- Dixon SL (1979) *Working with People in Crisis: Theory and Practice*. Mosby, St Louis, Missouri.
- Echterling LG, Hartsough DM, Zarle TH (1980) Testing a model for the process of telephone crisis intervention. *Am J Comm Psychol* 8: 715-25.
- Erikson EH (1963) *Childhood and Society*. New-York, Norton.
- Fabrega H Jr, Mezzich JE, Mezzich AC (1987) Adjustment disorder as a marginal or transitional illness category in DSM-III. *Arch Gen Psychiat* 44: 567-72.
- Fava GA (1999) Subclinical symptoms in mood disorders. *Psychol Med* 29: 47-61.
- Fava GA, Freyberger HJ, Bech P ve ark. (1995) Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychother Psychosom* 63: 1-8.
- Fava GA, Sonino N (1996) Depression associated with medical illness. *CNS Drugs* 5:175-89.
- First MB, Pincus HA, Levine JB ve ark. (2004) Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses. *Am J Psychiat* 161: 946-54.
- Foa EB, Steketee G, Rothbaum BO (1989) Behavioral/cognitive conceptualization of post-traumatic stress disorder. *Behav Ther* 20: 155-76.
- Ford K, Hudgens RW, Welner A (1978) Undiagnosed psychiatric illness in adolescents: A prospective study and seven-year follow-up. *Arch Gen Psychiat* 35: 279-82.
- Golan N (1978) *Treatment in Crisis Situations*. New-York, Free Press.
- Greenberg WM, Rosenfeld DN, Ortega EA (1995) Adjustment disorder as an admission diagnosis. *Am J Psychiat* 152: 459-61.
- Horowitz MJ (1997) *Stress Response Syndromes*. 3. Baski, Northvale, Aronson.
- Horwitz AV (2002) *Creating Mental Illness*. Chicago, University of Chicago Press.
- Jones R, Yates WR, Williams S ve ark. (1999) Outcome for adjustment disorder with depressed mood: Comparison with other mood disorders. *J Affect Dis* 55: 55-61.
- Kovacs M, Ho V, Pollock MH (1995) Criterion and predictive validity of the diagnosis of adjustment disorder: A prospective study of youths with new-onset insulin dependent diabetes mellitus. *Am J Psychiat* 152: 523-8.
- Lester D, Brockopp GW (1976) *Crisis Intervention and Counseling by Telephone*. Springfield, Ill., Charles C. Thomas.
- Lindemann E (1944) Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiat* 101. :141-8.
- Linden M (2003) Posttraumatic embitterment disorder. *Psychother Psychosom* 72: 195-202.
- Maercker A, Einsle F, Kollner V (2007) Adjustment disorder as stress response syndromes: A new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology* 40: 135-46.
- Maslow A (1954) *Motivation and Personality*. New York, Harper.
- McFarlane AC (2000) Can debriefing work? Critical appraisal of theories of intervention and outcome, with directions for future research. *Psychological Debriefing: Theory, Evidence, and Practice*, IB Raphael, JP Wilson (Ed.), Cambridge, United Kingdom. Cambridge University Press s. 337-50.
- McGee RK, Jennings B (1976) Ascending to "lower" levels: The case for nonprofessionals crisis worker. *Crisis Intervention and Counseling by Telephone*, D Lester, GW Brockopp (Ed), Springfield, Ill. Charles C Thomas s. 223-37.
- Myer RA, Moore HB (2006) Crisis in Context Theory: An Ecological Model. *J Counsel Develop* 84: 139-48.
- Newcorn JH, Strain J (1992) Adjustment disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolescent Psychiat* 31: 318-27.
- O'Donnell JM, George K (1977) The use of volunteers in a community mental health center emergency and reception service: A comparison study of professional and lay telephone counseling. *Comm Ment Health J* 13: 3-12.
- PDM Task Force (2006) *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD., Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Pollock D (1992) Structured ambiguity and the definition of psychiatric illness: Adjustment disorder among medical inpatients. *Soc Sci Med* 35: 25-35.
- Raphael B, Wilson J, Meldrum L ve ark. (1996) *Acute preventive interventions Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on The Mind, Body, and Society*, BA van der Kolk, AC McFarlane, L Weisaeth (Ed.), New York. Guilford Press s. 47-76.
- Resnick HLP, Ruben HL, Ruben DD (1975) *Emergency Psychiatric Care*. Charles, Bowie, MD.
- Roberts AR (2005) *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research*. Oxford University Press.
- Rogler LH (1997) Making sense of historical changes in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Five propositions. *J Health Soc Behav* 38: 9-12.
- Rogers C (1961) *On Becoming a Person*. Boston, Houghton Mifflin.
- Schatzberg AF (1990) Anxiety and adjustment disorder: A treatment approach. *J Clin Psychiat* 52: 140.
- Schneider G, Kruse A, Nehen HG ve ark. (2000) The prevalence and differential diagnosis of subclinical depressive syndromes in inpatients 60 years and older. *Psychother Psychosom* 69: 251-60.
- Slaikeu KA (1984) *Crisis Intervention*. Boston, Allyn Bacon.
- Slavney PR (1999) Diagnosing demoralization in consultation psychiatry. *Psychosomatics* 40: 325-9.
- Snyder S, Strain JJ, Wolf D (1990) Differentiating major depression from adjustment disorder vs. depressed mood in the medical setting. *Gen Hosp Psychiat* 12: 159-65.
- Spalletta G, Trois A, Saracco M ve ark. (1996) Symptom profile, axis II comorbidity, and suicidal behavior in young males with DSM-III-R depressive illness. *J Affect Dis* 39: 141-8.
- Strain JJ, Newcorn J, Wolf D ve ark. (1993) Considering changes in adjustment disorder. *Hosp Comm Psychiat* 44: 5-13.
- Strain JJ, Smith GC, Hammer JS ve ark. (1998) Adjustment disorder: A multisite study of its utilization and intervention in the consultation-liaison psychiatry setting. *Gen Hosp Psychiat* 20: 139-49.
- Strain J, Diefenbacher A (2008) The adjustment disorders: The conundrums of the diagnosis. *Comp Psychiat* 49: 121-30.
- WHO (1992) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, (ICD-10)*, Geneva.