
Depremde Bedensel Zarar Gören Kişilerde Psikiyatrik Yardım Amaçlı Çalışmalar: Bir Klinik Deneyim

Başak YÜCEL*, Raşit TÜKEL**, Ufuk SEZGİN***,
Özay ÖZDEMİR****, Aslıhan POLAT****, Şahika YÜKSEL**

Marmara depreminde zarar gören kişilerin bir bölümü kendi yörelerindeki acil müdahale ve bakımları tamamlandıktan sonra başta İstanbul olmak üzere çeşitli merkezlere ulaştırıldılar. Bu kişilerin pek çoğu şu andaki bedensel hasar ve kayıplarının yanısıra, depremi bütün dehşetiyle yaşamış, saatlerce enkaz altında kalmış, yakınlarının yanbaşılarında ölümüne tanıklık etmişlerdir. Yani gerçekten 'depremzede' olma özelliğini taşımaktadırlar. Bir çoğunun tıbbi tedavileri sürmektedir ve bu süreçte depremin ruhsal etkileri de giderek belirginleşmektedir. Kuşkusuz depremde zarar gören kişilerde ruhsal yardımın çeşitli evreleri vardır ve etkilenmenin derecesine göre her evredeki yaklaşımda da çeşitli değişiklikler gerekli olabilir.

Sahaya ilk günlerde giden ve gitmeye devam eden psikiyatrist arkadaşlarımız gerekli müdahaleleri gerçekleştirmişlerdir. Akut dönemi tamamlamak üzere olan, bedensel hasarı ve beraberinde çoğul kayıpları olan pek çok depremzedenin İstanbul Tıp Fakültesi de dahil olmak üzere İstanbul'un çeşitli hastanelerinde tıbbi bakımları gerçekleştirilmiştir. Bu kişilerin hastanede yatışları süresince ruhsal yardıma ihtiyaç duymaları kaçınılmazdır. Bu destek en az sahadaki psikiyatrik yardım kadar önemlidir ve sahadaki çalışmaların yanısıra sürdürülmesi önemli görünmektedir.

Felakete karşılaşılan insanlarda çeşitli ruh sağlığı sorunları ortaya çıkması beklenebilen ve tahmin edilebilen bir durumdur. Özellikle bazı gruplar ruhsal bozukluk açısından daha yüksek risk taşımaktadırlar. Fiziksel hastalık veya bedensel yaralanması olanlar bu grupların başında gelmektedir. Ayrıca önceden var olan psikiyatrik hastalık, bedensel sakatlık, yaşlı veya çocuk olma, yasin bulunması ve felakette görev yapma gibi özellikler de diğer risk faktörleri olarak tanımlanmaktadır (Ursano ve Norwood 1995). Depremden zarar gören ve bizim ulaşmayı hedeflediğimiz topluluğun özelliği, yakınların ve maddi varlığın kaybı yanısıra, bedensel yaralanma ve kayıplarının da bulunmasıydı. Bu kişiler çoğul bedensel travma, organ kayıpları veya işlev bozuklukları nedeniyle felaket bölgesinden alınarak tıbbi tedavilerinin sürdürüleceği bir merkeze ulaştırılmışlardı.

Depremi yaşayan topluluk içinde önemli bir yeri olan bu gruba psikiyatrik yardım amacıyla, İstanbul Tıp Fakültesi'nde yatarak tedavi olan depremzedelerin yanısıra, hiç bir ruh sağlığı elemanı olmayan hastanelerdeki depremzedelerin değerlendirilmesi planlanmıştır. Akut dönemde sunulacak ruh sağlığı hizmetleri içinde yer alması hedeflenen bu organizasyon için pilot çalışma bölgesi olarak İstanbul PTT Eğitim ve Araştırma Hastanesi seçilmiştir. Cerrahi ve ortopedi yataklı servisleri tümüyle depremzedelere ayrılmış olan İstanbul PTT Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki hastalar üç psikiyatrist ve bir psikolog tarafından, travmadan sonraki ilk bir ay içinde değerlendirilmiş ve izlemeye alınmışlardır.

* Doç. Dr., **Prof. Dr., ***Dr. Psk., ****Uz. Dr., İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İSTANBUL

Bu uygulama temel olarak depremedelere ruh sağlığı hizmeti sunulması fikrinden yola çıkılarak gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla asıl amacı bilimsel bir çalışmaya veri oluşturmak değildir. Ayrıca yaşanan acının boyutu da dikkate alındığında ilk adım klinik tablonun anlaşılması ve gerekli desteğin sunulması olmuştur. Görüşmelerde testlerin uygulanmasından özellikle kaçınılmıştır. Bu nedenle bir klinik deneyimin aktarılması olarak tanımlanmaktadır.

HASTA GRUBUNUN ÖZELLİKLERİ

42 depremeden ilk değerlendirilmesi depremden 19 gün sonra yapıldı. Hastalar daha sonra 3 kez kontrol amaçlı olarak tekrar değerlendirildiler. Görüşmeler İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda görev yapan 3 psikiyatr tarafından gerçekleştirildi. Bu süre içinde yine aynı klinikte çalışan ve ruhsal travma konusunda deneyimli bir klinik psikolog destekleyici görüşmeleri sürdürdü. Değerlendirmeye alınanların tümü İstanbul PTT Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kendileri için boşaltılarak düzenlenmiş ortopedi ve cerrahi servislerinde yatmaktaydı. Depremden hemen sonra ilk cerrahi müdahaleleri yapılmıştı ve tıbbi bakımları sürmekteydi. Tüm hastaların çoğul bedensel travması vardı. Çoğul travması olanların büyük bir bölümü önemli derecede hareket kısıtlılığı nedeniyle yatağa bağlı ve başkalarının yardımına ihtiyaç duyar haldeydi.

Hastaların 24'ü kadın, 18'i erkekti. Yaşları 10-75 arasında, yaş ortalaması 34.95 idi. Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Kişilerin enkaz altında kalış süreleri 1-40 saat arasında değişiyordu. 17'si (%40.4) depremde yakın aile üyelerinden bir ya da daha fazlasını kaybetmişti. Tümünün evi depremde yıkılmış veya ağır hasar görmüştü. Depremin etkisine ilişkin özellikler Tablo 2'de gösterilmiştir.

İlk değerlendirme sonucunda 16 (%38) hastaya tanı konulmazken, 26 (%61.9) hastanın DSM-IV'e göre psikiyatrik tanı dağılımı Tablo 3'de özetlenmiştir (APA 1994). Tanı almayan 16 hastanın 11'inde (%68.75) yakın aile üyesi kaybı bulunmamaktaydı. Geçmiş psikiyatrik öyküsü olan sadece iki hasta vardı.

TARTIŞMA

Bu klinik deneyim süresince depremi tüm boyutlarıyla yaşamış bir gruba, erken evrede ruh sağlığı hizmeti götürülmesi amaçlanmış, ruhsal bozukluk yönünden yüksek riskli bir grubun tanınması ve izlenmesi plan-

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler

		n	(%)
Cinsiyet	Kadın	24	57.1
	Erkek	18	42.9
Eğitim durumu	İlkokul	29	69
	Ortaokul	5	11.9
	Lise	5	11.9
	Yüksekokul	3	7.1
Meslek	Ev kadını	16	38.02
	İşçi	9	21.4
	Öğrenci	7	16.6
	Serbest	6	14.2
	Memur	4	9.5

Tablo 2. Depremden etkilenme şekli

	Süre (saat olarak)	n	(%)
Enkaz altında kalma süresi	0-5	25	59.5
	5-15	13	30.9
	15-30	1	2.3
	≥30	3	7.1
	Yakın kaybı	Yakın kaybı yok	24
	Tek yakın kaybı	9	21.4
	Birden fazla kayıp	9	21.4

Tablo 3. Psikiyatrik tanı dağılımı

Psikiyatrik tanı	n	(%)
Tanı yok	16	38.0
ASB	11	26.1
ADUB	7	16.6
MD	5	11.9
TSSB	1	2.3
YAB+Dst	1	2.3
Yas	1	2.3

ASB: Akut stres bozukluğu, ADUB: Anksiyete ve depresif duygudurumla giden uyum bozukluğu, MD: Major depresyon, TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu, YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu, Dst: Distimi.

lanmıştır. Pek çok açıdan hazırlıksız yakalandığımız bir felaket durumunda sunulmaya çalışılan bu hizmet de, içinde yaşanan güçlüklerden ötürü çeşitli yönlerden kısıtlı kalmış, ancak önemli bir tecrübe oluşturmuştur.

Çalışma alanı olarak özellikle hiç bir ruh sağlığı elemanı olmayan bir hastane seçilmiştir. Hastalardan

önce tedavi ekibiyle görüşülmüş ve onlardan bilgi alınmıştır. Buradaki psikiyatri dışı meslektaşlarımız ve diğer sağlık elemanları büyük bir özveriyle tıbbi bakımı sürdürürken, ruh sağlığı desteği konusunda yetersiz ve çaresiz olduklarını ifade etmişlerdir. Bu ifadeler sunulan hizmetin hastalar kadar sağlık ekibinin de ihtiyacına yönelik olduğu konusunda önemli bir gösterge olarak düşünülebilir.

Değerlendirilen bütün hastaların felaketin tüm acısını ruhsal ve bedensel olarak yaşadıkları dikkati çekmektedir. Marmara depremi ağır bir katastrofik stresör olarak tanımlandı. Katastrofik stresör; kişinin kendisi ve yakınlarına yönelik ani, başa çıkılması güç, tehlikeli ve sıklıkla travmaya neden olabilen bir olay olarak tanımlanmaktadır (Burnley ve ark. 1998). Bu olayda hastalar yakınlarının kaybı, mal kaybı, bedensel hasar ve/veya organ kaybının tümünü yaşamışlardır. Bedensel yaralanma ve organ kaybının kendisi bir travmatik yaşantı olmakla birlikte, aynı zamanda bir kayıp yaşantısıdır. Depremzedelerdeki bedensel hasar; organ kaybı veya gözle görülür şekil bozuklukları (kol-bacak kaybı, çoğul travmalar vb) ya da görünüm değişikliği olmaksızın organ işlev kayıplarına (böbrek yetmezliği vb) yol açabilmektedir. Özellikle kol-bacak kaybı olduğu durumda beden imgesi ve bedeni algılayışın değişmesi söz konusudur. Ayrıca kol-bacak kaybı sonrası hastaların kayıp ve onunla bağlantılı yas yaşantısıyla baş etmek durumunda oldukları bildirilmektedir. Bu bağlamda amputasyon geçirmiş kimi kişilerin kaybettikleri organ hakkında sanki yitirdikleri bir aile üyesinden bahseder gibi konuştukları ifade edilmektedir (Riether ve Stoudemine 1987).

Yapılan çalışmalar bedensel yaralanmalara yol açan travmalarda travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) insidansının özellikle yüksek olduğunu göstermektedir (Schneider 1997). Bir kaza ile oluşan zedelenmenin ilk dönemlerinde akut stres tepkileri türünde belirtiler oluşabilmektedir. Daha sonraki dönemlerde psikolojik bozuklukların sıklığı artmakta, depresyon, anksiyete ve TSSB tabloları belirginleşmektedir. Kazazedelerin %10-25'i ise uzun süreli psikiyatrik bozukluklardan yakınmaktadır (Pitman ve ark. 1989, Schneider 1997). Benzer biçimde felaket durumlarında fiziksel yaralanmanın bulunmasının TSSB riskini iki kat arttırdığı bildirilmektedir (Ursano ve Norwood 1995). Bu nedenle felaketi izleyen ilk günler ve haftalarda riskli grupların tanınması ve bunlara müdahale edilmesi, felaket durumunda zaten sınırlı olan kaynakların uygun biçimde kullanılması

na katkıda bulunacaktır. Çalıştığımız hasta grubunda ilk ay içinde akut stres bozukluğu en sık görülen psikiyatrik tablodur. Bu gruptaki hastaların bir kısmında zamanla TSSB gelişebileceği öngörülmüş ve bu görüşler hasta dosyalarına kaydedilerek doktorlarına iletilmiştir. Yaşamda kalmanın sağlanmasından sonraki hedef, travmadan dolayı ortaya çıkan beden ve kendilik imgesi değişikliklerini hastanın kabulüne yardımcı olunmasıdır. Özellikle konsültasyon alanında çalışan psikiyatristler bedensel hastalıklarını anlamaları konusunda hastalara destek olabilirler. Bu devrede umudun korunması ve iyileşme boyunca işbirliğinin sürdürülmesi temel esaslardan birini oluşturmaktadır. TSSB ve major depresyon bu grubun akut dönem ve sonrasında psikiyatrik müdahale gerektiren klinik tablolarındandır (Ursano ve Norwood 1995, Colon ve Popkin 1996).

Bedensel yaralanma ve hasar özellikle işlev kaybı ile birlikteyse kişide kayıp tepkisine neden olmaktadır. Dolayısıyla kaybedilenin ardından yas tutulmaktadır. Bu yaralanma ve kayıp depresyona yol açan başka kayıplarla birlikte olduğundan yasin boyutunun büyüme olasılığı oldukça yüksektir. Yasın karmaşık ve ağır biçimlerine neden olabilen bir etken travmatik kayıplardır. Travmatik kaybı olan kişi ölümle genç yaşta, ani ve korkunç biçimde karşılaşmaktadır. Travmatik yas da sevilen birinin ölümüyle ani, olasılıkla korkunç ve şok edici bir karşılaşmanın yaşandığı kayıpları içermektedir (Raphael ve Martinek 1997). Hastalarımızın çoğu enkaz altında kalış süreleri içinde, kendi fiziksel acıları ve ciddi bir hayati tehdidin yanısıra yakınlarının ölümüne de tanıklık etmişlerdir. Böylece bedensel yaralanma ve kayıp, kaybedilen yakınların yası, ev ve geçim kaynaklarının kaybı gibi başka önemli olaylarla birleşmiştir. Grubumuzda dikkati çeken bir başka özellik, akut dönemde psikiyatrik tanı almamış olan hastaların %68.75'inde yakın kaybının bulunmamasıdır. Bu durum kayıpların ağırlığının psikiyatrik bozukluk ortaya çıkışıyla bağlantılı olduğunu düşündürmektedir.

Yas ve travmanın oluşumu farklı etmenlere bağlıdır (Olgun 1999). Travmatik yasya hem yasin hem de travmanın etkilerini birlikte görmek mümkündür. Dolayısıyla uyum sağlamaya yönelik süreç çok daha karmaşıktır. Bu kişilerde hem yaşamlarına yönelik ciddi bir tehdit hem de çoğul kayıpların bulunması nedeniyle izleme sürecinde TSSB ve karmaşık hale gelen yasin birlikte görülmesi beklenebilir.

Değerlendirdiğimiz hastalarla ilgili bir başka gözlem

ise olayı algılayış ve ifade biçimlerinde kadın ve erkekler arasında farklar bulunmasıydı. Depremzede kadınların büyük çoğunluğu yaşadıkları felaketin duygusal boyutunu daha rahat dile getirmekte ve oldukça benzer ifadeler kullanmaktaydılar. Buna karşın erkeklerin duygu ifadesinde çeşitli güçlükleri olduğu ve hiçbirşey olmamış gibi davranma, olayın boyutunu küçültme çabası gibi mekanizmaların doğrudan ifadeleri önlediği gözlemlendi.

Sonuç olarak, depremden hemen sonra gerçekleştirilen bu klinik uygulamada edindiğimiz deneyim, büyük bir felaketin ardından riskli gruplardan biri olan bedensel yaralanması bulunan kişilerin tedavilerinin sürdürüleceği sağlık kurumlarının ruh sağlığı ekibine önemli ölçüde ihtiyaç duyduklarını göster-

mektedir. Sürdürdüğümüz çalışma sırasında hastaların kontrol ve izlenmesi istediğimiz düzeyde gerçekleştirilememiştir. Hastaların tıbbi tedavilerinin sürdürüldüğü kuruma ait bir ruh sağlığı ekibiyle psikiyatrik değerlendirme ve takiplerinin de düzenli biçimde yapılması kuşkusuz çok daha kolaydır. Bu kurumlardaki hastalar ve sağlık ekibi için, ruh sağlığı ekibi desteği bir ihtiyaçtır. Bu tür düzenlemelerin önceden yapılmış olması felaket sırasında yaşanan karmaşadan en az etkilenmeyi sağlayacaktır. Aksi takdirde bu depremde yaşadığımız gibi düzensizlik ve çaresizlikle yeniden yüz yüze gelmemiz şaşırtıcı olmayacaktır. Ayrıca akut dönemdeki yüksek psikiyatrik tanı oranları dikkate alındığında, bu riskli grubun uzun vadede izleme ve psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyması beklenebilir.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. Baskı (DSM-IV), Washington DC, American Psychiatric Association.
- Burnley JN, Edmunds MT, Gaboury MT ve ark. (1998) Crisis Intervention, Amerika Birleşik Devletleri, National Victim Assistance Academy.
- Colon EA, Popkin MK (1996) Textbook of Consultation Liaison Psychiatry. Washington DC, American Psychiatric Press, s.402-425.
- Olgun TÖ (1999) Travmatik kayıpların ardından gelişen yas sürecini belirleyen etmenler (Yayınlanmamış uzmanlık tezi), İstanbul, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, s.62-64.
- Pitman RK, Altman B, Macklin ML (1989) Prevalance of post-traumatic stress disorder in wounded Vietnam veterans. Am J Psychiatry, 146: 667-669.

- Raphael B, Martinek N (1997) Assesing traumatic bereavement and posttraumatic stress disorder. Assesing Psychological Trauma and PTSD, JP Wilson, TM Keane (Ed), New York, Guilford Press, s.373-395.
- Riether AM, Stoudemire A (1987) Surgery and trauma. Principles of Medical Psychiatry, A Stoudemire, BS Fogel (Ed), Orlando, Gruno and Stratton Inc, s. 423-449.
- Schneider U (1997) Kazaların psikotraumatoji açısından görünüşleri. Nöropsikiyatri Arşivi, 34(2): 88-96.
- Ursano R, Norwood A (1995) The psychiatrist as a physician: care for the medically injured/ill summary of a consensus conference uniformed services, Maryland, University of Health Sciences Bethesda.
- Ursano R, Norwood A (1995) The role of psychiatrist in disaster summary of a consensus conference uniformed services, Maryland, University of Health Sciences Bethesda.