

Felakete "Uyum" ve Ruh Sağlığı

Şahika YÜKSEL*

"Felaket ve gaddarlık ve gömülmeyi reddeder. Sosyal düzene itiraz etmemenin ve tek tek kurbanların iyileşmesinin ön koşulu felaket, travmatik olayları hatırlatmak ve ifade etmektir" (Herman 1992).

Bir felaket birkaç saniye sürebilir. Ama yaraların sarılması aylar yıllar alabilir. Felaketlerin boyutları salt maddi hasar ve olayın kapsama alanının genişliği ve şiddeti ölçü olarak değerlendirilemez. Felaketlerin yol açtığı ağır sorunlar kişileri ve toplumu etkiler. Felaketin ardından gelişen bedensel ve ruhsal sorunlarla birlikte değerlendirilir (Emanuel ve Ursano 1999). Felaketler yaşandığında temel olarak, olayı yaşayan kişiler, onların yakınları ve kurtarma ekibine dahil olanlar, üç grup etkilenir.

Bu yazı, felaketi yaşayan kişilerin klinik değerlendirmeleri ve müdahale yollarının tartışılmasına ilişkindir. Toplumsal bir olayın değerlendirilmesinde bu boyutun gözönüne alınmasının vazgeçilmez önkoşul olduğu anlayışına dayanarak toplumsal boyutları kısaca tartışılacaktır. Yazı bir felaket ve travma için bu genel özellikleri taşımakla birlikte genel ilkeler Marmara Felaketi özelinde örneklenmiştir. Yazının çerçevesi tedavi ilişkisine ait özellikler ve travmatik yaşantılarda uygulanabilecek psikoterapi yöntemlerini tanıtmaya sınırlanmıştır. Bu durumlarda

uygulanan ilaç tedavisinin yeri ayrı bir yazı olarak tartışıldı.

Farklı çalışmalar felaketlerden sonra çıkan travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) oranı ve diğer ruhsal sorunların yüksekliğine dikkat çeker. Zira felaketlerin boyutları gibi bu oran da değişkendir. Felaket sonrası ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinde son yıllarda çarpıcı bir artış olmuştur. Felaket sonrası acil ruh sağlığı hizmetlerinin hızla ve doğru verilmesi uzun vadeli sorunların gelişmesinden koruyucu olabilir. 1988 Ermenistan depreminden sonra izlenen nüfusta kalp hastalığı ve diğer süregelen hastalık oranında artış bulunmuştur. Ayrıca, bu tür hastalıkların, kayıpları olanlar arasında, daha yüksek oranda bulunduğu ileri sürülmektedir. 17 Ağustos 1999 tarihi Türkiye'de pek çok alanda olduğu gibi ruh sağlığı hizmetleri tarihinde bir dönüm noktası olarak düşünülebilir. Özel olarak deprem felaketi ve ruh sağlığı ilişkisi psikiyatri çalışmalarında sınırlı bir yeri vardır. Türkçe kaynaklar 17 Ağustos öncesine ait nerede ise yoktu (Armenian ve ark. 1998, Goenjian 1993, Karancı 1999, Koopman ve ark. 1995, Marmor ve ark. 1996, Young ve ark. 1998).

MARMARA DEPREMİNİN BOYUTLARI NEDİR?

Marmara depreminde ortaya çıkan kayıplar çok yönlü ve büyüktür. Olaydan iki ay sonra (15 Ekim 1999) verilen resmi sayılara göre 17158 ölü, bir o kadar kayıp, 43953 yaralı, 154270 ağır ve orta hasarlı ev ve iş yeri, yüzbinlerce evsiz işsiz ile ülkenin batısını ve çok geniş bir kesimi etkileyen ve "doğal nedenlere bağlı" olarak

* Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul-Psikososyal Travma Programı, İSTANBUL

sunulan ve sınırlamayan yaraları, felaket ve mağdurları ile kendilerini kolay kolay unutturmayacak bir olaydır. Yine ilk belirlemelere göre 10-12 milyar dolarlık kayıp ile çok geniş bir nüfusu etkileyen ekonomik boyutları da çok yüksek olan bir felaket yaşandı (Önder 1999).

Yaşananların şiddetine bakınca, ülkenin ruh sağlığı haritasında artık kalıcı bir değişiklik olacağını söylemek abartı olmayacaktır. Vietnam Savaşı'nın ruh sağlığı sınıflandırmalarına TSSB'nin girmesine etkileri biliniyor. Marmara depreminin ülkemiz ruh sağlığı sorunlarına ne tür etkileri olacağını önümüzdeki yıllar gösterecek. Felaketten bu yana sınırlı bir zaman geçmesine karşın özellikle bedensel yakınmalarla giden farklı tabloların olduğunu tartışan uzmanlar vardır.

Böylesi büyük felaketin ruhsal etkileri yok edilemez. Ama onları asgariye indirmek için ruh sağlığı uzmanları olarak neler yapabilir ve yapılmalıdır konusunu tartışmak durumundayız. Basitçe, her zaman yaptığımızı bu bağlamda gözden geçirmemiz gerekmektedir. Felaketzedelere nasıl bir hizmet verilmeli? kendimizi ve öğrencilerimizi nasıl eğitmeliyiz? felaket ve bilimsel çalışmaları etiği nedir? soruları temel tartışma alanımız olmalı. Bu yazıda bu sorular tartışılacaktır.

Felaket nedir, sorusunun en basit tanımı bir kriz reaksiyonu olabilir. Yaşamın bir dengesi vardır. Günlük stresörler belirli bir denge içinde çıkar. Duygularımız bir sınır içinde oynar. Kişinin günlük stresle nasıl başa çıkacağına ilişkin bir dağarcığı vardır. Felaket-travma kişinin dengesini alt üst eder (Young 1995).

DEĞERLENDİRME VE ÖYKÜ ALMA

Tedavi hedeflerinin o kişiye uygun şekillenebilmesi için tedavinin planlanması bir zorunluluktur. Bir felaket veya travma ardından yapılan planlama da kısa ve uzun vadeli olarak ayrı yapılmaktadır. Travmaya yanıtı ve düzelmeyi etkileyen etkenler dört başlık altında toplanabilir. Kişiye ilişkin özellikler, travmatik yaşam olayı, felaketin o kişide yaşanan boyutları, bu konuda gördüğü tedaviler. Her birinin pek çok alt başlığı var. Değerlendirme sırasında bunların hiçbirini ihmal edilemez (McFarlane 1994, Yüksel 1998).

Kriz sırasında ve ardından travma sonrası değerlendirmede tanı geçerliliği farklı düzeylerde olabilir. Peterson ve arkadaşları (1991) değerlendirmenin beş

boyutlu olarak yapılmasını önermektedir. Travmanın varlığının bilinmesi, formal tanı (DSM-IV), ayırıcı tanı, kişinin işlevsel değerlendirilmesi, adli tıp değerlendirilmesi.

Felaket çalışmalarında kişinin **işlevsel değerlendirilmesi** aşağıdaki konuları kapsamak zorundadır:

- travma öncesi öykü, temel işlev düzeyi, kişinin daha önceki travmaları,
- travma öncesi yakın devre psikososyal durum,
- olay sırasında ve hemen sonrası çıkan başa çıkma yanıtları: etkin/edilgin,
- travma sonrası psikososyal bağlam: aile yapısı, çevre ilişkisi,
- travmaya atfedilen anlamın değerlendirilmesi,
- kaynakların şimdiki durumunun değerlendirilmesi. Etkinlik beklentisi düşükse daha çok beceri geliştirilmesi gerekir.

Felaketzedeleri değerlendirirken ruhsal sorunu olan her vakada yapılması gereken klasik temel sorular gözden kaçırılmamalıdır. Bu sorular basit olarak; "şimdi ne oldu" "bu kişi niye şimdi başvurdu" olarak özetlenebilir. Kısaca, deprem olduğunu ve felaketin genel boyutlarını biliyoruz diye her başvuruyu dinlemeden kestirip atamayız. Her bireyin öyküsü tektir. Aynı bilgileri her birey için tek tek yapmak zorundayız. Kaçmak yok. Yaşanan trajedinin boyutlarını tanımak durumundayız. İşsizlik, evsizlik, aile yakın yitimi, ardıl şoklar, eşitsiz yardım dağıtımı ve diğerlerini sormak ve işitmek durumundayız. Mümkünse görüşme kişilerin kendini serbest ifade edebilmesi gizlilik koşulunda olur.

Çeşitli çalışmalarda katastrofik yaşam olayları ile olaylara bağlı kaynak yitiminin ilişkisinin önemli olduğuna dikkat çekilmiştir. Kayıp sayısı kabardıkça ruhsal sorun riskinin arttığına işaret etmektedir. Bu durum diğer değişkenler kontrol edildiğinde de doğrulandığı gibi kaybının derecesi hafiften ortaya, psikolojik zorluk derecesi ile orantılı olduğu ileri sürülmektedir. Kaynak kaybı ruhsal sorun artması için olduğu gibi koruma için anahtar kavram (Freedy ve ark. 1994, Hobfoll 1989).

Temel ihtiyaçların sağlanmasının ruh sağlığına etkisi ihmal edilmemelidir. Kayıpların yüksek olduğu doğal afetlere bağlı olarak kaynak kaybı hızla azaltılmalı.

Örneğin;

a) Hazırlık, uygun sigortalama, doğal afetlerden korunma eğitimi, erken uyarı,

b) Devlet, özel kurtarma, barınak, gıda, su, tıbbi yardım ve paraya öncelik verilmeli. Bunların önceliği olumludur.

Felaketten hemen sonra çok yüksek oranda ortaya çıkan ruhsal sorunlarda zamanla azalma olur. Green ve arkadaşlarının (1990) bir izleme çalışmasında ilk iki yıl içinde TSSB tanısı alanların hemen yarısı (%44) olup bu kişilerin dörtte birinden fazlası (%28) olaydan 14 yıl sonra hala TSSB tanısı alıyordu. Türkiye'de Ümraniye çöplüğü patlamasından bir yıl sonra yapılan değerlendirmede felakete uğrayan gruptakilerin %68'i en az bir tanı aldı. Bunların %40'ı bir yıl sonra hala TSSB tanısı almıştır. Kontrol grubunda ise sadece iki kişide geçirilmiş TSSB tanısı ile gruplar arasındaki fark anlamlı idi. Diğer psikiyatrik tanılarının dağılımı felaket mağdurları arasında daha yüksek olmakla birlikte gruplar arasındaki fark anlamlılık göstermedi (Özkan ve Yüksel 1995). Felaketlerin en çok düşük gelirli ülkeleri etkilediği Dünya Sağlık Örgütü'nün sayıları ile bilimsel olarak kanıtlanmaktadır. 1967-1991 yılları arasında felaketlerden zarar gören nüfusun %85'i Asyalı (WDR 1994). Bu gerçek çok yakınımızda Gölçük'te, Yalova'da, Adapazarı'nda Düzce'de. Açıkça, paylaşılması beklenen ve gereken salt gözyaşı değil kaynaklar. Uygun dış kaynak, iç kaynakların gelişmesi için temel bir platform sağlar. Kaynak yaratılmaz ve yaralar sarılmazsa ne olur. Adalet duygusu yok olur, umutsuzluk, gelecek endişesi, çaresizlik, öfke kabarıp, pekişir ve yerleşir.

AYIRICI TANI

TSSB tanı ölçütlerinde DSM-III'ten DSM-IV'e değişiklikler yapılmıştır. Ama bir çok yazar tanımlanan biçimi ile TSSB'yi yetersiz bulmaktadır. Bu nedenle özellikle uzamış ve yineleyen travma mağdurları için "Komplike TSSB" tablosu önerilmiştir. Ayrıca, travmatik deneyimleri olan, bir felaket yaşayan kişilerde görülebilecek olan sık rastlanan diğer sorunlar arasında; panik atakları, ciddi kaçınma davranışları, intihar düşünceleri, madde kullanımı, ihanete uğramış olma ve güvensizlik duyguları, günlük yaşam işlevselliğinde belirgin aksama, garip düşünceler ve algılar sayılabilir (Herman 1992b, ISTSS 1999).

TEDAVİ

Kliniğe taşınmış olan felakete bağlı olarak yaşanan

ruhsal sorunlar nasıl onarılacak. Travma ardından oluşan ruhsal bozuklukların tedavileri gelişmekte olan bir alan olup hem ilaç hem psikoterapi için güncel bir çalışma konusudur. Bu alandaki çalışmaların önünde yöntemsel ve etik olarak engeller vardır. Farklı psikoterapiler arasında karşılaştırmalı izleme çalışmaları nerede ise yoktur. Ayrıca, vakaların çok farklı nedenlerle travma yaşamış olmaları, çoğul tanının bir istisnadan çok kural olması, iyileşme ortamlarının farklılık taşıması, tedaviye katılım ile ilgili farklı çelişkilerin yoğun olması nedeni ile standart kontrol grupları oluşturulan çift kör izleme çalışmalarını güçleştirmektedir. Zaten travmaya uğramış olan kişilerde kontrol grupları ve/veya bekleme listeleri oluşturulması araştırma vakaları olmalarında etik sorunlar barındırmaktadır (Rothbaum ve Foa 1996, Foa ve ark. 1999).

Tedavi Ortamı

Felaketle birlikte tedavi alanı esniyor. Tıpkı, kapıları açık çadırlar, ortak yatma düzenleri gibi ikili başbaşa görüşme ortamları aralanıyor. Okul, otel, çadır, hastane koşu mağdurlara ve tedavi ekibine yabancı görüşme mekanları kullanılıyor.

Tedavi Seçenekleri

Felaketler kişinin bedenini, ruhsal yapısını ve sosyal ilişkilerini etkilediğine göre tedavide aynı alanlara yönelik, çok yönlü olmak durumundadır. Amaç ağır stres altındaki kişilere duruma uyum sağlamaları ve zorluklara karşı ellerindeki kıt kaynakları kullanmanın yollarını açmak. Bu amaçla tedaviler hakkında eski bildiklerimizle yeni edindiğimiz deneyimleri harmanlamak zorundayız. Olağandışı durumlarda gelişen ruhsal sorunların tedavisinde ilaç veya psikoterapi birlikte tek olarak kullanılabilir. Öndeğerlendirme sonunda hangisinin seçileceğine karar verilir (Foa ve ark. 1999, van der Kolk ve ark. 1996).

Tedavi İlişkisi

Travma mağduru olan kişiler bir radar gibi etraftaki, kişi ve olayları, uyarıları kontrol eder. Bu testlere doktorlar da dahildir. Tedavi ilişkisinin anahtar ilkeleri; güvenli bir ilişki kurulması, bilgilendirme, etkin katılım, bilişsel değerlendirme. Her aşamadaki tedavide, öncelikle *güvenli bir ilişki kurulması* sağlanmalıdır. Travmatik deneyimleri olanların, tedaviyi yürüten kişilerle güvenli bir ilişki kurmalarının zorluğu hatırlanmalıdır. Bu arada yaşadığı zorlukların yaratacağı ve yarattığı sorunlarla ilgili

olarak *bilgilendirilir*. Kişinin kaçındığı olayları anımsaması, konuşması ve yüzleşmesinde etkin katılımı desteklenir. Konu ile ilgili özellikle kendini sorumlu tutma, suçlama, artık güçsüz olup hiç iyileşemeyeceği gibi düşünceleri paylaşılır tartışılır, yeniden değerlendirilmelerine yardımcı olur *bilişsel değerlendirme*. Böylece, benlik duygusunun, kendine güveninin ve başa çıkma kapasitesinin yeniden geliştirilmesinin yolları açılır. Bunları yaparken aşırı koruma veya aşırı acıma dolayısıyla onlar adına karar verme sorumluluk alma veya aşırı mesafeli soğuk davranış ve tutumlar geliştirmeme yönünde sağlık personeli ve özellikle terapistler dikkatli olmalıdır (Harvey 1996, Herman 1992a, Williams 1994).

Psikoterapi Uygulamasına İlişkin Genel İlkeler

Psikoterapiler hazır reçeteler değildir ve basit, standart uygulamalar olarak alınmamalıdır. Deneyimli bir klinisyen tarafından hangi yöntemin ne zaman seçileceğine her vakada özgün olarak karar verilmelidir. Klinik deneyimi olmayan kişilerin daha basit vakalarda deneyim kazanmaları uygun olacaktır. Yeni başlayanlar, basit klinik vakaları izlemede deneyim sahibi olan, daha sonra mutlaka travma konusunda deneyimli uzmanların denetimi altında travma mağdurlarını görebilirler. Geçtiğimiz aylarda felaket sonrası ihtiyaç fazlalığı ve psikososyal hizmet veren deneyimli kişilerin sınırlılığı içinde klinik deneyimi olmayan kişilerin eğitimsiz veya çok kısa kurslarla hızla devreye girdiği görüldü. Bu katkının hizmet götürülen grup için yararlılığı tartışılması gereken bir konudur. Diğer yandan, deneyimsiz/hazırlıksız çalışanların kendileri için riskli bir uygulama olabildiği görüldü (Bloom ve Reichert 1998, Harvey 1996, Herman 1992a, van der Kolk ve ark. 1996).

Marmara felaketi ile bir kez daha açıkça görüldü ki felaket kişinin temel güvenlik hissinde, korunmasında ve yaşama verdiği anlamda bir sarsıntı yaratıyor ve bulunduğu sosyal sistemi ve onunla bağını harap etmekte. İyileşme sürecinde bu sistemin onarılması ve yeniden yapılanması gerekmektedir. Travma konusunda deneyimli bir çok yazara göre, kişinin felaket-travmadan iyileşmesi olayın toplumsal ve politik bağlamından ayrılamaz. İyileşme sürecinde denetimin mağdurda olması gereklidir ve terapist bu devrenin geçirilmesinde tanık ve danışmandır.

Vazgeçilmez bir önkoşul olarak, hangi yaklaşım kullanılırsa kullanılsın, yaşanan ortamın güvenliğinin denetlenmesi ve problemin tanınması ile tedaviye

başlayabiliriz. TSSB'de özellikle etkili olduğu düşünülen, bilişsel tedaviler, yüzleştirme tedavisi, kaygının düzenlenmesi şeklinde, üç tür psikoterapi seçeneği bulunduğu uzmanlar arasında bir uzlaşma vardır. Aşağıda kısaca, travma mağdurlarında uygulanan temel bilişsel davranışsal psikoterapi türleri tanımlanmıştır:

a) Eğitim ve destekleyici danışmanlık

TSSB olan kişilerin ve ailelerinin hastalığın belirtilerini kendileri için farklı tedavilerin mümkün olduğunu bilmeleri önemli olduğunda uzlaşmaktadır. Problemi anlamak ve ne yapılacağına yardım etmek uzun zamandır yaşanıyor olsa bile TSSB belirtilerinin üzerinde kontrol kazanmakta gereklidir. Bu yaklaşımın diğer ilaç ve psikoterapilerin seçildiği durumlarda onlarla birlikte de kullanılması uygundur. Felaketin hemen ardından şaşkınlık devrinde olan bir kişinin anlama kapasitesi hesaba katılmalı ve dikkatli ve detaylı bilgiler tekrar tekrar verilmelidir. Böylece mağdurların sorulan veya sorulmayan sorularına yanıt verilir. Daha sonraki devrelerde gerçekçi olmayan beklentilere verilen gerçekçi yanıtlarla bilgilendirme duruma uyumu yerleştirmede yararlıdır (Foa ve ark. 1999, Lundin 1994, Yassen ve Harvey 1998).

b) Kaygının düzenlenmesi

Hastaların TSSB belirtilerinin etkilerinin azaltılması ve daha kolay başa çıkmaları için gerekli beceriler öğretilmektedir. Bunlar içinde gevşeme eğitimi, nefes alma eğitimi, olumlu düşünme ve kendi kendine konuşma, assertivite eğitimi, düşünce durdurma, en çok kullanılanlarıdır.

c) Yüzleştirme tedavisi

Yüzleştirme yöntemlerinin ortak özelliği olarak kaygısı yüksek olan kişi korku ve kaygısını azaltmak amacı ile korku-uyandıran uyaranlarla karşılaştırılır. Terapist ve travma mağduru önce zorluk alanlarını değerlendirir. Kişi için önemli ve anlamlı olan, eskiden yapabildiği ama günlük hayatta zorlayan, gerçekçi olmayan, korkulan durumlar, anılar, duygularla yüzleştirilir. Yöntemin uygulanması karşılıklı anlaşma ve kişinin istekliliği ile bağlantılıdır.

Travma mağdurlarının korku ve takıntıları gerçek deneyimlere dayanır. Aynı olayla yüzleşmekten kaçınırlar. Yüzleştirme yöntemlerinin çoğu tek başına uygulanmaz sayılan diğer yaklaşımlarla birlikte kullanılır. Bunların hangi sıra ve süratle uygulanacağı

yine kişiye göre kararlaştırılır. Bu tür uygulamalar dikkatle yapıldığı takdirde, kaçınma davranışlarını azaltarak, kişilerin kendi rutinlerine dönmelerine yardımcı olabilir. Bu nedenle yüzleştirme yaklaşımının uygulanmasında agorafobi veya diğer kaygı bozukluklarından farklı olarak daha yavaş ve her aşamada kişi ile anlaşarak uygulanmasının bir zorunluluk olduğunu klinik deneyimler göstermektedir. Bunun örneklerini uygularken tehlikelilik durumu da hesaba katılmalıdır. Hasarlı evi olan bir kişinin evine girmesi desteklenemez. Ama evinde hasar olmayan ve zaten evinde yaşayan bir kişinin rutin alışkanlıklarına dönmesinde yaklaşım uygulanabilir (Cienfuegos ve Monelli 1983, Foa ve ark. 1999, Rothbaum ve Foa 1999, Turner ve ark. 1996).

Ağır travma mağdurlarında yüzleştirme yöntemlerinin kullanılmasına ilişkin görüşler tartışmalıdır. Kullanılmasında dikkat edilecek özellikler arasında yaşlılarda uygulanması, bu tür bir tedavi tekniği ile hiç çalışmamış kişilerin buna supervizyonsuz felaket ortamında ilk uygulamaya girişmesi risklidir. Ayrıca, yakın kayıpları olanlarda, matemdekilerde, yüzleşmenin başlangıç aşamasında uygun olmadığına farklı yazarlar dikkati çekmiştir. Zira, orada önde giden sorun travma değil matemdir (Herman 1992a).

Yöntemin kullanılmasının öncülerinden Vietnam savaşına katılmış olan askerler üzerinde çalışan Keane ve arkadaşları (1989) uygulama için şu hususlara da dikkati çekmiştir: "*Travmatize kişilerin salt travmaları değil olaydan önceki yaşantıları, olumlu ve olumsuz yanları (çatışmaları önemli ilişkileri, beklentileri) ile ilgili olarak konuşmaya cesaretlendirilmelidir. Kişinin tanınması, onun için travmanın anlamının anlaşılmasında zemin oluşturacaktır. Bu aktarımda olayın kokusu, sesi, görüntüleri ile nasıl hissedildiği bir bütün olarak önemlidir*" (Keane ve ark. 1989).

d) Bilişsel tedaviler

Amaç mantıksız düşüncelerin değiştirilmesidir. Öncelikle bu tür düşüncelerin tanınması ardından onların değiştirilmesi üzerine çalışılır. Düşüncelerdeki değiştirme daha dengeli bir duygusal durumu kazanmayı sağlayabilir.

Bilişsel yeniden yapılandırma: Bireysel/grup olarak TSSB tedavi yaklaşımlarının çoğu travmatik olayı hatırlama, tanımlama ve bilişsel-duygusal bütünleştirmeyi ve bozukluğa bağlı belirtilerin düzenlen-

mesini içerir. Her felaketzede kendi özgün olumsuz düşünceleri içinde sıkışmış kalmışsa da ortak olanlar vardır. **Çaresizlik ve korku** travmayı hatırlatanlarla, uyarılarla karşılaştığında otomatik olarak tetiklenebilir. "Kendimi asla yeni bir felaketten koruyamam" çaresizliği içinde kişide uyum sağlayıcı başa çıkma yöntemleri gelişmesi zorlaşır; **Suçluluk:** kendini suçlama utanç ortaktır. "Hayatta kalma suçluluğu"; **Kendini olumsuz değerlendirme;** yetersiz, değersiz, zayıf. Dahası, olumsuz değerlendirme depresif ruh haline, yalıtılmaya, sosyal kaygıya neden olabilir; **Öfke:** Başkalarına yönelen düşünceler. Bunlar toplum üyeleri, kurtarma ekibi, örgütler olabilir. Sorumluluklar tartışılır; **Kayıp ve felaketin süregiden etkileri;** Mağdurun kendi yitimleri ve gelecekle ilgili atıfları arasında nedir. Travma ile ilgili atıf düşünceler klinik iyileşmenin parçaları olabilir. Şimdiki ve gelecekteki insan ilişkileri, kişisel kapasitesi, sahip oldukları iyileşme içinde kullanılacaktır. Gerçek/beklenen yitimler kişinin travmatik olayla başa çıkma için bilişsel içerik sürecinin parçasını oluşturacaktır (Young ve ark. 1999).

e) Diğer psikoterapiler

EMDR, hipnoterapi ve dinamik psikoterapilerin bazı kişilerde yararlı olduğu ileri sürülmektedir. Ama bu tedaviler uzmanların genelde etkin buldukları yöntemler arasında sayılmamaktadır (Foa ve ark. 1999).

Hangi uygulama seçilirse seçilsin ilk adım olayı tanımak. Kişinin öncelikleri bilinmeli. Mağduru yargılamadan destek ve güvence verilmeli. Mağdurun bakış açısından en önemli olarak algıladığı rol ve önde giden duygularını değerlendirmek gerekir. Travma güçsüz yapar. Yaşamın ve fiziksel bütünlüğün tehdidi normal uyum sağlayıcı yolları bozar ve belirtiler çıkar. Bu belirtiler hayata uyumu bozar. Travmaya bağlı olarak gelişen belirtiler uygun olmayan, felaket ortamında kendini toplamak, güvenini geliştirmek için gelişen başa çıkma mekanizmaları olarak değerlendirilir. Kişinin TSSB belirtileri ile başa çıkması için kendini idare etme becerilerinin gelişmesine yardım etmek her tür travma tedavisinde ilk hedeftir. Her şeyi kaybedenlerle çok kez basamaklı olarak tüm yaşam planı yapılmaktadır. Bu amaçla kullanılan farklı teknikler uygulanabilir (Roberts ve Dziegielewski 1995, Yassen ve Harvey 1998).

Gevşeme becerileri eğitimi: TSSB'de gevşeme eğitimi tedavisi araştırmaları adale gevşemesi, nefes egzersiz-

leri, termal biofeedbackin görece sınırlı etkisi bildirilmiştir. Diğer tedavilerle birlikte yardımcı bir öge olarak kullanılmaktadır. Diğer tedavilerle birlikte kullanıldığında gevşeme eğitimi etkili bulunmaktadır. Geçmişte gevşeme, hipnoz-imgesel yaklaşımlardan olumsuz deneyim bildirenlere çok ihtiyatla kullanılmalıdır. Borkovec ve Heidi (1980) gevşemede tolerans düşüklüğüne olabildiğine, gevşemenin kaygı oluşturma-bildiğine dikkat çeker (Foa 1995).

Travmatik deneyimleri olan felaketzedelere gevşeme tekniklerini öğretirken uygulamada dikkati çekilen özellikler; Mağdurların gevşeme ile kaygıları varsa bunları tartışmaya girmeyin. Gevşemenin kaygıyı veya parazit düşünceleri arttıracığı endişesi varsa bu kişinin, gevşeme tedavisinden, bir danışmanlığa ihtiyacı var anlamına gelebilir. Parazit düşünceleri yoğun olan travmalılarda potansiyel olarak yönlendirilmiş imgeleme, imgeleme gibi oluşturabilecek, trans-türü dissosiyasyon, teknikler uygulanmamalıdır. Bu durumlarda, daha somut şimdiki duruma yönelik teknikler nefes egzersizleri, dereceli ve gevşeme gibi aktif yöntemler kullanılmalıdır. Bu tür bir yaklaşım bedensel gevşemeyi sağlarken mağduru kendini kontrol hissini arttırmaktadır. Hiçbir gevşeme yönteminin kesin etkin olmadığı da yabana atılmamalı. Gevşeme uygulanıyorsa bunun yararları için karar vermeyi kolaylaştıracak, enerjiyi uygun kullanma gibi bir mantık yaratın. Koşulların uygun olmadığını unutmayın. İdeal olanı değil, kaotik bir ortamın ortasında bir rahatlama sağlamayı 5-10 dakikada yapmaya çalışılmalıdır. Daha sonra, kişi rahat ortam bulduğunda ideal olanı yapmaya yatkınlık sağlayacaktır (Young ve ark. 1998).

Grup tedavisi uygulamaları: Grup psikoterapisinin felaket mağdurlarında uygulanmasının yararları arasında akut stres bozukluğu veya TSSB için riskli vakaları elemek, başka ruh sağlığı tanılarını alan hastaları yönlendirmek, strese bağlı belirtilerin sıklığını ve şiddetini azaltmak, kişilerin travma ile bağlantılı belirtilerinin kontrolünü geliştirmek, felakete bağlı problemlere yönelirken onları çözme kapasitelerinin artması öncelikli olarak sıralanabilir.

ÖNERİLER VE SONUÇ

Hazırlık bir zorunluluktur. Ruh sağlığı uzmanlarının rolü psikiyatrinin sahip olduğu beceriler, felakete hazırlık ve yaşanan etkilerin düzeltilmesinde kullanılabilir. Kriz müdahalesinde, hayat kurtarıcı çalışmalarda liderlik rolünü alıp paniği azaltabilir. Tıbbi bir otorite olarak, toplumdaki krize müdahalede yer alan ekipler arasında işbirliğini kolaylaştırır. Bu nedenle kriz devrinde saha çalışmalarına katılabilecek erken ve uzak devrede felakete bağlı ruh sağlığı sorunları konusunda bilgili ruh sağlığı elemanı yetiştirilmelidir.

Türkiye'de 17 Ağustos'la felaketlere hazırlıklı olma konusunda gelişen duyarlılığın kamuoyu, politikacılar, sağlık ekibi, şehirciler gibi ruh sağlığı alanında çalışan kişiler ve eğitim veren kurumlarda bu bilincin yerleşmesi gereklidir. Ruh sağlığı profesyonellerinin felaketin duygusal boyutuna hazırlıklı olması kritiktir. Uygun bir müdahale ciddi stres bozukluklarına giden yolu değiştirebilir. Etkili bir erken destekle yaşam boyu sürebilecek zorluklar azaltılabilir. Yeni umutlar ve doyumlar geliştirilebilir (Young 1995).

Krizden sonra ve olayın ardından olay yerinde erken müdahaleler önem taşımaktadır. Bu gereksinimleri

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1982) Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 3. Baskı (DSM-III), Washington DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 3. Baskı (DSM-III-R), Washington DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 4. Baskı (DSM-IV), Washington DC.
- Armenian HK, Melkonian AK, Hovanesian AP (1998) Long term mortality and morbidity related to degree of damage following the 1988 earthquake in armenia. *Am J Epidemiol*, 148: 1077-1084.
- Bloom SL, Reichert M (1998) Bearing witness: Violence and Collective Responsibility. New York, London The Haworth Maltreatment and Trauma Press.
- Borkavec TD, Heiddi F (1980) Relaxation-induced anxiety: Psycho-physiological evidence of anxiety enhancement in ten subjects practicing relaxation, Paper presented at the Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, New York.
- Cienfuegos AJ, Monelli C (1983) The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *Am J Orthopsychiatry*, 53: 43-51.
- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B ve ark. (1995) World Mental Health Oxford University Press. New York, Oxford.
- Emanuel RJ, Ursano RJ (1999) Integrative group therapy with disaster workers, *Group Treatments for Post-Traumatic Stress Disorders*, BH Young, DD Blake (Ed), Brunner/ Mazel, s. 51-75.
- Foa EB, Davidson J RT, Frances AJ (1999) Treatment of post-traumatic stress disorder (Expert consensus guideline series). *J Clin Psychiatry*, 60 (Suppl 10).

- Freedly JR, Saladin ME, Kilpatrick DG ve ark. (1994) Understanding acute psychologıc distress following natural disaster, *J Trauma Stress*, 7:257-274.
- Goenjian A (1993) A mental health relief programme in armenian after the 1988 earthquake: Implementation and clinical observations. *Br J Psychiatry*, 163: 230-239.
- Green BL, Grace M, Lindy JD (1990) Buffalo Creek survivors in the second decade: Comparison with unexposed and nonlitigant groups. *Journal Applied Social Psychology*, 20:1033-1050.
- Green BL, Lindy JD (1994) Post-traumatic stress disorder in victims of disasters. *Psychiatr Clin North Am*, 17: 301-309.
- Harvey MR (1996) An ecological view of psychological trauma and recovery. *J Trauma Stress*, 9: 3-23.
- Herman JL (1992a) *Trauma and Recovery*, New York, Basic Books, s. 183.
- Herman JL (1992b) Complex PTSD: A Syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress*, 5: 377-392.
- Hobfoll SE (1989) Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *Am Psychol*, 44:513-524.
- International Red Cross and Red Crescent Societies, 1993 World Disaster Report 1994, Kluwer Academic Publishers, 101 Philip Drive, Norwell, MA 022061, USA.
- Karancı N (1999) *Türk Psikoloji Bülteni*, 14: 55-58.
- Keane TM, Fairbank JA, Caddell JM ve ark. (1989) Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 20: 245-260.
- Koopman C, Classen E, Cardena D ve ark. (1995) When disaster strikes, ASD may follow. *J Trauma Stress*, 8-1: 29-46.
- Lundin T (1994) The treatment of acute trauma. *Psychiatr Clin North Am*, 17:385-391.
- Marmor CR, Weiss DS, Meetzler TJ ve ark. (1996) Stress responses of emergency services personnel to the loma prieta earthquake interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents. *J Trauma Stress*, 9: 63-86.
- McFarlane AC (1994) Individual psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 17: 393-408.
- Önder İ (30.11.1999) *Cumhuriyet Gazetesi*.
- Özkan-Bezci M, Yüksel Ş (1995) Morbidity rates after exposure disaster. Presented in 4th European Conference of Traumatic Stress, Paris.
- Peterson KC, Prout MF, Schwartz RA (1991) *PTSD A Clinicians Guide*, Plenum Press.
- Roberts AR, Dziegielewski SF (1995) *Foundation skills and applications of crisis intervention and cognitive therapy*, AR Treatment, SF Roberts (Ed), *Crisis Intervention and Time-Limited Cognitive*, London, Sage, s. 3-27.
- Rothbaum BO, Foa EB (1996) *Cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorders*, Traumatic Stress, BA van der Kolk, McFarlane, L Weissaeht (Ed), New York, London, The Guilford Press, s. 491-509.
- Rothbaum BO, Foa EB (1999) *Exposure Therapy for PTSD*. *PTSD Research Quarterly*, 10:1-3.
- Turner S, McFarlane AC, van der Kolk BA (1996) The therapeutic environment and new exploration in the treatment of PTSD. *Traumatic Stress*, BA van der Kolk, McFarlane, L Weissaeht (Ed), New York, London, The Guilford Press, s. 537-558.
- van der Kolk B, McFarlane AC, van der Hart O (1996) A General approach to treatment of posttraumatic stress disorder, *Traumatic Stress*, BA van der Kolk, McFarlane, L Weissaeht (Ed), New York, London, The Guilford Press, s. 417-440.
- Yassen J, Harvey MR (1998) *Crisis Assessment and Interventions with victims of violence*. *Emergency in Mental Health Practice*, PM Kleespies (Ed), New York, London, The Guilford Press, s. 117-144.
- Young MA (1995) *Crisis response teams in the aftermath of disasters*, *Crisis Intervention and Time-Limited Cognitive Treatment*, AR Roberts (Ed), London, Sage, s. 151-187.
- Young B, Ford JD F, Friedman MJ, Gusman FD (1998) *Disaster mental health services: A Guidebook for Clinicians and Administrators*. White River Junction, Vermont 055009 660/2-98/ 750. www.dorthmount.edu.
- Young BH, Ruzek JL, Ford JD (1999) *Cognitive-behavioural group treatment for disaster-related PTSD*. *Group Treatments for Post-Traumatic Stress Disorders*, BH Young, DD Blake (Ed), London, Brunner/Mazel, s. 149-199.
- Yüksel S (27.12.1999) *Felakette Ruh Sağlığı*, *Radikal*.
- Yüksel S (1998) *Olağandışı durumların ruh sağlığına etkisi ve onarılması*, *Psikiyatri Ders Kitabı*, E Adam, V Şar, R Tükel ve ark. (Ed), İstanbul, Emek Matbası.

karşlamak için devlet bütçe ayırmalıdır.