

# Ne Zaman Travmatik Yas Tanısı Konur? Ne Zaman Tedavi Başlar?

Ufuk Sezgin<sup>1</sup>, Şahika Yüksel<sup>1</sup>, Zerrin Topçu<sup>2</sup>, Aysun Genç Dişçigil<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Doç. Dr., Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı <sup>2</sup> Dr., Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı

<sup>3</sup> Uz. Dr., Serbest

## ÖZET

Bu çalışmanın amacı, birinci derecede bir yakının, ani ve travmatik bir biçimde ölümünün ardından farklı ruhsal bozukluklarla psikiyatri polikliniğine başvuran kişilerin yakınlarının ölüm biçimleri, başvuru nedenleri, tanıları, tedavi ve takipleri açısından incelenmesidir.

Başvuranlarla yapılan klinik görüşmelerde sosyodemografik özellikler, yakın kaybının biçimi, kayıp ardından gelişen ruhsal bozukluklar ve tanıları değerlendirilmiştir. Değerlendirmede vakaların kendi doldurdıkları Olayın Etkilerini Değerlendirme Ölçeği - Yeniden Gözden Geçirilmiş Biçimi ve Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği kullanılmıştır.

Bu olgu serisine 14'ü, kadın 16 kişi alınmıştır. Katılan kişilerin yaş ortalaması  $34.31 \pm 12$  (17-57) ve kayıp ile başvuru arasında geçen zaman 1-36 ay arasında değişmekteydi. Kayıplar travmatik ve beklenmeyen ölümler şeklindeydi. Başvuranlar en sık Travmatik Yas (n=14), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (n=10) ve Major Depresif Bozukluk (n=8) tanıları almaktaydı.

Bir tedavinin seçilmesi için önce sorunun tanımlanması gerekmektedir. Kayıp sonrasında, farklı ruhsal hastalıklar için risk vardır. Kayıp sonrasında Travmatik Yas, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Major Depresyon, Panik Bozukluğu, Yaygın Anksiyete Bozukluğu gibi farklı ruhsal bozukluklar gelişebileceğine dikkat çekilmiştir. Sayılan bu bozukluklar, kaybın hemen ardından olabildiği gibi gecikmiş olarak da çıkabilmektedir.

Sonuç olarak kayıptan sonra ortaya çıkacak olan yas normal ve doğal bir tepkidir. Kaybın beklenmedik ve dehşet uyandırıcı olması ile bu doğal sürecin bozulması, travmatik yasa neden olabilir. Buradaki travmatik etki bedensel ve ruhsal hastalıkların oluşması için bir risktir. Bu olgu serisi, ani, şiddet içeren ve kayıpların ardından destek gereksiniminin önemine işaret etmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Travmatik yas, TSSB, yas.

(*Klinik Psikiyatri 2004;7:167-175*)

## SUMMARY

### When is Traumatic Grief Diagnosed? When Should the Treatment Begin?

The objective of this case study is to investigate the out-patient population of a psychiatric clinic who have applied because of different psychological problems following a sudden and traumatic death of a first degree relative. This study considers causes of death, application complaints, diagnosis, treatments and follow-up.

Demographic characteristics, causes of death, psychological problems arising following the loss and the diagnoses were assessed, during the clinical interviews with the applicants. In this assessment, The Impact of Event Scale - Revised and The Post-Traumatic Stress Diagnostic Scale (PDS), which are self-rated, have been used.

This case study included 14 female and 2 male out-patients. The mean age of the applicants was  $34.31 \pm 12$  (17-57) and the duration between losses and applications to seek help ranged from 1 to 36 months. The reported losses were traumatic and sudden deaths. The most frequent diagnoses were Traumatic Grief (n=14), Post Traumatic Stress Disorder (n=10) and Major Depressive Disorder (n=8).

In order to choose the treatment approach, the problem needs to be identified first. There are risks for development of different psychological disorders following losses. Several psychological disorders such as Traumatic Grief, Post Traumatic Stress Disorder, Major Depressive Disorder, Panic Disorder and Generalised Anxiety Disorder may develop following significant loss. These problems may arise immediately following the loss as well as after some delay. The grief due to the loss is a normal and natural reaction. The disturbance of this natural course due to sudden and terrific loss may cause traumatic grief. This traumatic impact is a risk for development of physical and psychological disorders. This study indicates the possible need for support following traumatic and sudden losses.

**Key Words:** PTSD, grief, traumatic grief.

*Çocuğunu savaşta kaybetmiş bir annenin gözyaşları yanında soğukkanlı bir duruşun olanağı ve bence gereği de yok (Sencer 2001).*

## GİRİŞ

Jacobs (1999), travmatik yası, sevilen bir kişinin ani ve şiddet içeren bir şekilde ölümü sonucunda bu kaybı yaşayan kişilerde ortaya çıkan belirti ve tepkilerin toplamı olarak tanımlamaktadır. Kayıptan sonra ortaya çıkacak olan yas normal ve doğal bir tepkidir, travmatik yas ise bu doğal süreci, kaybın beklenmedik ve dehşet uyandırıcı olması ile etkiler. Buradaki travmatik etki bedensel ve ruhsal hastalıkların oluşması için bir risktir. Türkiye'de doğal afetler, kazalar, aile içi-toplumsal şiddet, çatışma ve savaşlar çok sayıda ani beklenmedik kayba neden olmaktadır (Olgun-Özpolat ve Yüksel 2001, Sencer 2001). Ancak ruh sağlığı hizmeti verenlere kayıp nedeni ile başvuru düşük sayıda olduğu gibi uzmanların bu konuda donanımları da sınırlıdır. Komplike Yas, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El kitabında (DSM-IV) Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ölçütü içinde değerlendirilmektedir. Bir yakının kaybından sonra, yaşanan normal yasin tedavi gerektiren travmatik bir yastan ayrımının yapılması, tedaviye başlama zamanı ve nasıl bir tedavi uygulanacağı konusu tartışmalıdır.

Travmatik yas konusunda önemli çalışmaları olan Jacobs (1999) travmatik yas ile ilgili son tartışmaları kapsayan bir tanı modeli olarak dört temel ölçüt önermiştir.

### Travmatik Yas Tanı Ölçütleri

**- A ölçütleri bir yakının ölümü ve ayrılık kaygısının belirtilerinden oluşmaktadır;**

1- Kişinin bir yakınının ani, beklenmedik, vahşet içeren şekilde ölümü. Tanı koymak için ölümün objektif olarak travmatik olması gerekmektedir. Yakınlık derecesi değişebilir, kişinin yakın olduğu, güvendiği, özdeşleştiği ve travmatik ayrılık yaşadığı biri olması yeterlidir.

2- Kişi yitirdiği kişiyle ilgili uğraşlar içindedir. Tekrarlayıcı, rahatsız edici olan bu belirtiler zaman zaman arama, özleme, hasret çekme belirtileri şeklinde ama daima hayal kırıklığı ile sonlanmaktadır.

Yukarıdaki belirtilerin olmaması halinde tanı konmaz. Normal yastan farklı olarak travmatik yasta ayrılık kaygısı işlevselliği etkileyecek düzeyde tekrarlayıcı ve rahatsız edicidir.

**- B ölçütleri ölümle travmatize olmanın yasa özgün belirtileridir;**

Onbir temel belirti vardır. Bunlar belirgin olmalı ve süreklilik taşımalıdır. Bu belirtilerde duygular ölenle ilgilidir. Duyguların bazıları duygusal donukluk ve olaydan kaçınmaya yöneliktir. Bu 11 belirti; geleceğe ilişkin anlamsızlık hissi, duygusal tepkisizlik, kopukluk, donukluk hissi, şok, taşlaşma hissi, ölümü kabulde güçlük, hayatın anlamsız ve boş olduğu hissi, ölen olmadan da yaşamın anlamlı olabileceğini hayal edememe, bir parçasının yok olduğu hissi, dünyanın darmadağın olduğunu düşünme, emniyette olmama, güvensizlik hissi, ölen kişiye zarar verdiğine ilişkin gerçek olmayan düşünceler, ölümle ilgili aşırı öfke, acı ve huzursuzluk hissidir. Tanı koyabilmek için bu belirtilerden en az 4'ünün bulunması gerekir.

**- C Ölçütü süreye ilişkindir;**

Sayılan belirtilerin en az iki ay sürmesinin tanı koymak için gerekli olduğu görüşünde bir uzlaşma olmakla birlikte bu sürenin başlama zamanı konusu hala tartışmalıdır.

**- D Ölçütü: Psikososyal işlevlerde aksama**

A, B ve C belirtileri sosyal, mesleki, ve yaşamın diğer önemli alanlarında işlev bozukluğuna neden olmalıdır. Dikkat edilecek konu, normal yasta kişilerde bir süre işlev yitimi olur. İşlev aksaması belirli bir süre devam ederse kişi travmatik yas için riskli olarak değerlendirilmelidir.

Bu yazıda birinci derece bir yakının, ani ve travmatik biçimde ölümü ardından farklı ruhsal bozukluklarla başvuran kişilerin kayıp biçimleri, başvuru nedenleri, tanıları, sağaltım ve izlem sonuçları sunulacak, aynı zamanda travmatik yas tanısı tartışılacaktır.

### YÖNTEM

Bu olgu serisine, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Psikososyal Travma Programı'na, bir yıl içinde (Ağustos 2002 - Ağustos 2003 tarihleri arasında) başvuran, birinci dereceden bir yakını 1-3 yıl önce kaybeden, ikisi erkek toplam 16 kişi alındı.

Yas ve travmatik sorunlarla ruhsal destek isteyen kişilere ilk görüşmede Psikososyal Travma Programında düzenlenip kullanılmakta olan yarı yapılandırılmış Yas Bilgi Alma Formu (YBF), olayın travmatik etkilerini değerlendirmek için vakaların kendi doldurdıkları Olayın Etkilerini Değerlendirme Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Biçimi (IES-R) (Weiss ve Marmar 1997) ve Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (PDS) (Foa 1995) uygulanmıştır.

## ARAÇLAR

*Yas Bilgi Alma Formu (YBF)*, yasla ilgili kaynaklar incelenerek geliştirilmiş, temel olarak sosyodemografik özellikler, ölüm biçimi, ölümün ardından gelişen ruhsal, bedensel belirtiler ve sigara-madde kullanımındaki değişikliklerle ilgili maddelerden oluşmakta, Psikososyal Travma Programı'nda kullanılmaktadır.

*Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (Post Traumatic Stress Diagnostic Scale) (PDS)*, Foa'nın (1995) Amerika'da Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) TSSB tanı ölçütlerine göre yapılandırıp TSSB tanısını belirlemeye yardımcı olmak üzere geliştirdiği bir ölçektir. 49 maddeden oluşur ve deneklerin kendilerinin doldurduğu bir araçtır. PDS sonuçları, TSSB tanılama, travmatik olayları tanımlama, belirtileri tanımlama, belirtilerin şiddetini ölçmeyi ve işlev kaybının düzeyini belirlemeyi sağlar. Geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmamış olup Türkiye'de travma mağdurlarıyla yapılan araştırmalarda kullanılmaktadır (Sezgin 2003, Sezgin 1998).

*Olayın Etkilerini Değerlendirme Ölçeği -Yeniden Gözden Geçirilmiş Biçimi (Impact of Event Scale-R) (IES-R)*. Bu ölçek 22 maddeden oluşmaktadır. Travmatik olayın etkisi, olayla ilgili rahatsızlık verici düşünceler (intrusion), duygusal donukluk (numbing), kaçınma (avoidance) ve uyarılma (arousal) semptomlarıyla değerlendirmektedir. Türkiye'de bir çok araştırmada kullanılmıştır (Olgun-Özpolat, Yüksel 2001).

## BULGULAR

### Yakınlık Derecesi, Başvuru Zamanı ve Ölüm Biçimleri

Olgu serisine alınan kişiler 17-57 yaşları arasında ve

**Tablo 1.** Travmatik Yaslı hastaların sosyo-demografik özellikleri

Yaş		S(16)	Ort ± ss 34.31±3.13 %
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	14	87.5
	Erkek	2	12.5
<b>Medeni durum</b>	Bekar	6	37.5
	Evli	7	43.8
	Dul	3	18.8
<b>Eğitim</b>	İlköğretim	7	43.8
	Lise	3	18.8
	Yüksek	6	37.5
<b>Çalışma durumu</b>	Çalışmıyor	10	62.5
	Çalışıyor	3	18.8
	Öğrenci	3	18.8
<b>Ekonomik durumu</b>	Düşük	7	43.8
	Orta	5	31.3
	İyi	4	25

yaş ortalaması (34±12) idi. Katılımcıların 14'ü kadın, 7'si evli, 3'ü dul diğerleri bekarıdı. Katılımcıların 10'u ev kadını, 7'si ilk veya orta öğrenim görmüş 9'u yüksek okul mezunu, 12'si düşük ve orta gelir düzeyine sahip kişilerdi (Tablo 1).

Olgulardan üçünün çoğul kaybı bulunmaktaydı. Kayıpların yarısı çocuk, 5'i ebeveyn, 3'ü eş kaybı şeklindeydi. Ölüm nedenlerinden 6'sı ani hastalık, 5'i intihar (ateşli silah n=3, ası n=1, yüksekten atlama n=1), 3'ü trafik kazası, 1'i depresyon, 1'i cinayet olarak bildirildi (Tablo 2).

Kliniğe başvuru zamanı kayıptan sonraki ilk ay ile 3 yıl arasında değişmekteydi.

### Tanımlar

Yitimden sonraki ilk iki ay içinde gelen altı kişiye süre yetmediği için Travmatik Yas Tanısı konmamıştır. Bu devrede gelenler Akut Stres Bozukluğu (ASB), TSSB ve/veya MD tanısı alıp yas için riskli bulunarak izlemeye alınmıştır. İkinci aydan sonra gelen vakaların biri hariç tümü tanı almıştır. Vakaların 12'si çoğul tanı almıştır. 7 Kişi Travmatik Yas, 5 kişi TSSB ve 4 kişi MD tanısı almıştır (Tablo 3).

### Ölçekler

Uygulanan Olayın Etkilerini Değerlendirme Ölçeği

**Tablo 2.** Ölenin yakınlık derecesi, başvuru zamanı

		Sayı	%
<b>Ölene yakınlığı</b>	Çocuk	8	50
	Eş	3	13
	Anne Baba	5	37
<b>Ölüm biçimi</b>	Ani hastalık	6	38
	İntihar	5	31
	<i>İntihar biçimi</i>		
	<i>Ateşli silah</i>	3	
	<i>Ası, Atlama</i>	2	
	Trafik Kazası	3	19
	Doğal afet	1	6
	Cinayet	1	6
	<b>Ölümün üstünden geçen süre</b>	1-3 ay	6
4 ay-1 yıl		5	31
1 -3 yıl		5	31
<b>Kayıp Sayısı</b>	Tekil	13	81
	Çoğul	3	19

**Tablo 3.** Tanı dağılımı

		s
<b>Tanı</b>	Var	14
	Yok	2
<b>Tanı sayısı</b>	Tekil	1
	Çoğul	13
<b>Tanı cinsi</b>	Travmatik yas	10
	ASB	1
	TSSB	2
	MD	1
<b>Eşlik Eden Tanı</b>	TSSB	10
	Depresyon	8
	Konversiyon	2

(IES-R) sonuçları toplam puanı 44.55 puandır. Bu ortalama olgu serisine alınan kişilerin son bir haftada sıklıkla kaybı hatırladıklarını, kaybın hatırlatıcılarından kaçındıklarını ve fazlasıyla tedirgin olduklarını gösterir.

Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeğinin (PDS) belirti şiddeti ortalaması orta-ağır, işlev kaybı yüksektir. Bu sonuçlara göre bu kişilerin kaybı travmatik yaşadıkları görülmektedir (Tablo 4).

**Tablo 4.** Olayın etkilerini değerlendirme ölçeği (IES-R) ve Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (PDS) sonuçları

OEDÖ	Ort ± ss
Toplam	44.55±6.61
Araya karışan düşünceler	14.66±2.30
Kaçınma	15.55±2.48
Aşırı uyarılma	14.66±3.41
<b>PDS</b>	
Semptom şiddeti	23.25±3.89
İşlev kaybı	5.25±0.61

### Tedavi

Hastaların tümüne tedavi önerilmiş, biri dışında hepsi tedaviyi kabul etmiştir. Uygulanan tedavilerin yarısı psikoterapi, 6'sı ilaç ve psikoterapi birlikte, bir olguda ise danışmanlık olarak olguların tanılarına ve ifade ettikleri zorluklara göre şekillenmiştir. Hastalardan biri tedaviyi reddetmiş, tedaviyi kabul edenlerden ikisi ilk görüşmeden sonra gelmemiştir. İki kişiden biri 4. ve diğeri 12. görüşmeden sonra belirgin düzelme ile kendilerini yeterli bularak tedavilerini bırakmış, bir kişiye de sadece danışmanlık verilmiştir. İki kişinin tedavisi belirgin düzelme ile tamamlanmıştır. Bu inceleme son bir yılda başvuran hastalarla yapıldığından hastaların çoğunun (n=8) tedavisi devam etmektedir (Tablo 5).

### TARTIŞMA

Bir tedavinin seçilmesi için önce sorunun tanımlanması gerekmektedir. Çalışmalarda kayıp sonrasında travmatik yas, travma sonrası stres bozukluğu, major depresyon, panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu gibi farklı ruhsal sorunların gelişebildiğine dikkat çekilmektedir. Bu sorunlar kaybın hemen ardından yaşanabildiği gibi gecikmiş olarak da görülebilmektedir. Son yıllarda farklı yazarlar kaybın ardından salt ruhsal hastalık değil aynı zamanda bedensel hastalıkların da arttığına ve psikososyal işlevlerin bozulduğuna dikkat çekmektedirler (Jacobs 1999, Parkes 1993, Prigerson 2002). Ruhsal sorunun ne olduğu takip ve tedavi planlarımızı etkileyecektir.

Yas, kayıp karşısında normal olarak gelişebilen bir süreç olarak kabul edildiğine göre rutin olarak tedavi gerekmez ve travmatik yas tanısının konula-

**Tablo 5.** Tedavi

		s	%
<b>Tedavi biçimi</b>	Psikoterapi	8	50
	Psikoterapi+ Psikofarma	7	43.8
	Danışmanlık	1	6.3
<b>Tedavi süresi</b>	Ort. (ay)	2±0.15	
<b>Seans sayısı</b>	Ort.	5.62±1.32	

bilmesi için beklenmelidir. Travmatik yas tanısında zaman konusu tartışmalı olmakla birlikte iki aydan önce bu tanının konulmasının uygun olmadığı görüşünde uzlaşma vardır (Jacobs 1999). Ani olan ve şiddet içeren kayıp yaşayanların ilk aylarda büyük ruhsal sorunları olmasa da riskli bir grup olarak takibi önerilmektedir.

Travmatik yas tanısı güncel bir tartışma konusu olduğundan bu tanı ile ilgili son görüşler şöyledir: DSM-IV, TSSB inceleme altkomitesinde komplike yas için ayrı bir tanı grubu önerilmiş, daha sonra yası oluşturan belirtiler için yeterli ampirik veri olmadığı düşünülerek ayrı bir tanı kategorisi açılmamıştır. Yas, TSSB tanısının A ölçütleri içinde yer almaktadır (Horowitz ve ark. 1997).

Bu yazıda tartışılan grup, en sık Travmatik Yas, daha sonra da TSSB ve MD tanısı almaktadır. Dikkati çeken grubun yaklaşık yarısının en az iki tanıyı birden alması idi. Bu durum tedavinin şekillenmesinde önemli olmaktadır.

#### **Tedavi Kararı ve Süresi:**

Bir yıl içinde klinik yardım talep edenlerin önemli bir bölümünün kadın oluşu diğer yas çalışmalarıyla uyumludur (Clayton ve ark. 1972, Olgun-Özpolat ve Yüksel 2001, Schuchter ve Zisook 1993).

Bu çalışmada, kayıptan sonra yardım için başvuru zamanı 1 aydan üç yıla kadar değişmekteydi. 15-90 gün arasında gelenlerin sayısı da az değildi. Çok erken devrede, (ilk iki ay içinde) psikolojik destek için gelenler intihar, kaza, cinayet gibi ani ve şiddet içeren bir olayla yakınlarını yitirmişti. Bir kısmı yakınlarının isteği ile bir kısmı ise kendi isteğiyle gelmişti. Örneğin çocuklarını yitirmiş olan iki anne hayattaki diğer çocuklarına iyi annelik yapabilmek amacıyla kendi isteğiyle gelmişti.

Erken devrede (ilk aylarda) başvuru olursa normal

yas bir olasılık olduğu gibi bu vakaların patoloji için riskli olduğu da gözardı edilmemelidir. Erken devrede Travmatik Yas tanısı koymak için kişinin psikolojik belirtileri ve günlük yaşam işlevselliğinin izlenmesi gerekmektedir (Prigerson ve ark. 1995).

Görüşülen kişilerin yarısının çocuklarını kaybetmiş olmaları, anlaşılabilir ve diğer yas çalışmalarıyla uyumlu bir bulgudur. Lascari ve Stebhens (1974) çocuklarını 6 ay-3 yıl önce bir hastalık nedeniyle kaybeden ailelerde ölen çocukla ilgili aşırı düşünme, iştahsızlık ve ölen çocukla ilgili suçluluk duygularının en sık dile getirilen yakınmalar olduğunu ve bu kişilerin tedavisinde altı ayda belirgin yarar sağlanabildiğini bildirmişlerdir.

Kayıp sıklıkla tüm aileyi ilgilendirir. Travmatik Yasta bir aileden tek kişi ruhsal sorunlarını iletip diğerleri sorun yaşamıyor gibi görünebilir. Sorun tanımlamayan yakınların ruhsal durumu salt kendileri açısından değil aynı zamanda yardım talebi olan kişinin yasının çözülmesinde de kritik değer taşır. Bu nedenle yitime bağlı ruhsal şikayetle gelen kişilerin, aynı yitimi yaşamış birinci derecede yakınlarına da istediklerinde destek verilebileceği mesajı verildi. Örneğin, evde ailenin önünde silahla intihar eden bir kişinin üç erişkin kızı ve eşi polikliniğimize gelmiştir. Önce bu ailenin değerlendirilmesi yapılmış ve iki çocuk ve anneye tedavi önerilmiştir. Tedaviyi kabul eden anne ve bir kızının tedavisine hemen başlanmıştır. Bir kişiye danışmanlık verilmiş ve ihtiyaç duyarsa tedaviye gelmesi önerilmiştir. Yardım istemeyen ama klinik belirtileri giderek artan diğer kardeş de bir süre sonra tedavi istemiştir.

Hastalar, yakınlarının ölüm biçimine göre travmatik kayıplar ve önceden beklenen kayıplar olarak iki gruba ayrılmıştır. İntihar, cinayet, kaza gibi nedenlerle gelenler tartışmasız travmatik kayıplar

tanımına uyuyordu. Hastalık nedeniyle olan kayıplardan ikisi kronik ve beklenen bir durum diğerleri çok hızlı gelişmiş ve ölüme neden olan hastalıklardı. Başvuruların daha çok beklenmeyen ölümlerden sonra oluşu diğer yazarlarında gözlediği gibi beklenen bir sonuçtu (Worden 1983, Raphael ve Martinek 1997).

Tedavi seçimi, her hastanın klinik sorunlarının değerlendirilmesiyle, o kişinin gereksinimlerine uygun olarak yapılmıştır. Hastaların yaklaşık yarısına ilaç ve psikoterapi önerilirken diğer yarısına salt psikoterapi önerilmiştir. Tedavi terki açısından psikoterapinin ilaç eşliğinde olup olmamasının fark göstermediği gözlenmiştir. İlaç tedavisi olarak tüm hastalarda antidepressan kullanılmıştır. Antidepressan önerilen hastalar kayıptan sonra bir yıllık bir süre geçmiş olmasına rağmen klinik olarak şiddetli belirtileri olanlar hangi devrede olursa olsun MD tanısı alanlardı. Ayrıca, düzenli psikoterapiye gelmeyen veya gelmek istemeyen hastalarda ilaç kullanıldı.

Yas hastaları, tedaviye seyrek olarak gelmektedir. Onlarla tedavi bağı kurmak ve sürdürmek zor olmaktadır. Bu nedenle tedavisi tamamlanmış olan bir olgunun öyküsü verilmiştir (Ek 1). Travmatik yasın tedavisi uzun sürmektedir. Yarıda kesilmesi veya tedavinin başarısız olması sık görülen bir durumdur. Bu çalışmada tedaviyi erken bırakanların bir bölümü ilk değerlendirmeden sonra tedaviye gelmemiştir. Bazı hastalar ise 2-13 seans, 6-12 hafta, gibi değişik aşamalarda ve kısmi düzelmeden sonra tedaviyi kesmişlerdir.

### Ek 1 Olgu AA

2002 Ekim ayında, sıkıntı, tahammülsüzlük, nefes tıkanıklığı, cilt döküntüsü, kaşıntı, terleme, panik atak, baş dönmesi, yorgunluk hissi, aşırı uyuma ve yeme isteği, öfke patlamaları şikayetiyle başvurmuştur. Poliklinikte yapılan değerlendirmelerde 5 ay önce tek çocuğu olan 15 yaşındaki oğlunu beklenmedik bir şekilde kaybettiğini öğrenmiş ve bölümümüzde tedaviye alınmıştır.

**Tanımlayıcı bilgi:** AA 38 yaşında, lise mezunu, muhasebeci olarak çalışan, evli bir kadın hastadır.

**Geliş nedeni:** Beş ay önce 15 yaşındaki oğlunun beklenmedik ölümünden sonra başlayan ruhsal rahatsızlıklar.

**Şikayetleri:** Göğüs ağrısı, aşırı gerginlik, yalnız kalmak isteme, kimseyle görüşmek istememe, yalnızlık hissi, sürekli uyuma isteği, aşırı yemek yeme, çarpıntı, yorgunluk, kızgınlık, sıkıntı, aşırı tepkisel olma ve başkalarını kırma isteği, işlerini yapamama, isteksizlik, delirecek gibi hissetme.

**Hastanın tedaviden beklentisi:** "Acımı hiç bir şey geçiremez. Çarpıntı, yorgunluk, işten de kovacaklar, birilerine bağırma istiyorum, birilerinin kalbini kırmak istiyorum, arkadaşlarıma yaptığımda tahammül ediyorlar. İşyerinde çok zorlanıyorum. Mutfağa giremiyorum, yemek yapınca sıkılıyorum, bir şeyleri atıp kırıyorum. Evdeki dağınıklıkları toplayamıyorum. Kendime sahip çıkmak zorundayım. Kendimi delirecek gibi hissediyorum, hep güçlü davrandım güçlü olmak istemiyorum. Hayata, insanlara hiçbir şeye değmez diye düşünüyorum. Her şeye tepki gösterip bağırıyorum. Sıkıntılarım geçsin diye geldim, normal yaşantıma devam etmek zorundayım".

**Kayıp yaşantısı:** Sağlıklı bir çocuk olan oğlunu, bir grip sonrası başlayan ritim bozukluğu ile kardioloğa götürmüşler. Doktor önemli değil kalp nezlesi gibi bir şey demiş. AA duyduklarından tedirgin olduğu için bir başka doktora daha götürmek üzere maaşını almayı bekliyormuş, oğlunun ölümünden bir gün önce maaşını almış, oğlunu spora göndermiş döndüğünde doktora götürecekmiş ama oğlunun ölüm haberi ile karşılaşmış. Yapılan otopside ölüm nedeni tespit edilememiş.

**Ruhsal durum muayenesi:** Bilinci açıktı, yönelim kusuru yoktu. Dışa vuran motor davranışları sıkıntısı nedeniyle artmıştı. Konuşma hızı kısmen azalmış ve alçak ses tonundaydı. Sorulara yerinde, anlamlı ve amaca yönelik yanıtlar vermekteydi. Duygudurumu çökkün, duygulanımı sıkıntılı ve kaygılıydı. Düşünce akışı normaldi. Oğlunun ölümüyle ilgili preoküpyonlarının olduğu anlaşılıyordu. Kayıpla ilgili konuşmalar sırasında duygulanımında kaygı yönünde artma gözlenmekteydi. Bu duruma, travmatik olayla ilgili konuşmaktan kaçınma çabaları eşlik etmekteydi ve böyle durumlarda sıkıntısının arttığını kendisi de belirtiyordu. Daha önce ilgi duyduğu etkinliklere karşı ilgisinin azaldığını ifade ediyordu. Ayrıca genel isteksizlik tanımlıyordu. Algıda halüsinasyon, illüzyon, depersonalizasyon, derealizasyon gibi gerçeği değerlendirmesini bozan, ağır psikopatolo-

jik belirtiler saptanmadı. Zeka düzeyi klinik gözleme göre normal olarak kabul edildi. Soyut düşünce korunmuştu. Bellek işlevleri normaldi. Dikkati ve konsantrasyonu, azalmıştı. Dikkatini toplayamadığını, düşüncelerini bir konu üzerine yoğunlaştıramadığını bildirmekteydi. Yargılama ve gerçeği değerlendirme yetisinde bozukluk yoktu. İlgörüsü tamdı.

**Tanı ve Ayrırcı Tanı:** AA klinik görüşmeler sırasında klinisyenle işbirliği içindeydi. Oğlunun ölümünü kabul edememe, onu bekleme, sesini duyabileceğini düşünerek evi arama durumu sıkıntı yaratmaktaydı. Sokakta diğer çocukların varlığından rahatsız olma, hatta yaşadıkları için kızma "Bir benim oğlum mu fazlaydı, niye benim oğlum, ben bunları hak etmedim" diye düşünüyordu. Tanrıya kızma: "Tanrının adaletine inancım kalmadı, Allah'a karşı kızgınlığım var ben kötü bir insan değildim ödülü bu olmamalıydı. Çektiğim sıkıntılara karşılık oğlum bana ödül olarak verildiğini düşünürdüm o çok mükemmel bir gençti". Oğlu olmadan yaşamın anlamının kalmaması, yaşayamayacağı duygusu "O benim her şeyimdi, annemdi, babamdı, arkadaşım, çocuğumdu onun için yaşıyordum, biz hep birbirimize sığınırđık. Her şeyi onun için yapıyordum şimdi ne yapacağımı bilmiyorum."

Kimseyle, eşiyile bile acısını paylaşmama etrafın acımasına kızma, oğlunun ölümünü konuşmaktan kaçınma. Kimsenin anlayamayacağını düşünme "Kimse anlayamaz ki, apartmanın en üst katından düşmek gibi bir şey". Çok fazla özleme "Çok özliyorum, dayanamıyorum". Yoğun suçluluk duyguları, "vaktinde doktora götüremedim, daha dikkatli olmalıydım". Oğlunun kaybı ile ilgili yaşananları büyük bir kaygı içinde ve yer yer ağlayarak aktarabildi. Günlük hayatla ilgili etkinliklere karşı ilgisi belirgin olarak azalmıştı. Uyanık kalmakta güçlük tarif etmekteydi. Düşüncelerini bir konu üzerinde yoğunlaştırmakta zorlanıyordu. Ruhsal durum muayenesi ve klinik psikolojik değerlendirmelerinde saptanan ve hastanın yaşadığı travmatik olayın ardından ortaya çıktığı anlaşılan belirtiler, Ruhsal Bozukluklar Tanısal ve Sayısal El Kitabı'ndaki (DSM-IV) sınıflandırmaya göre "Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), Kronik Formu" tanısına uymaktadır. Travmatik yaşantıları değerlendirmekte kullanılan "Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanı Ölçeği" ve "Olay Etkisini

Değerlendirme Ölçeği"nden aldığı yüksek puanlar da tanıyı destekler niteliktedir. Ancak yaşanan travmatik olay evlat kaybı olduğundan burada travmatik yas tanısı öncelikli olarak görülmektedir.

Ayrıca karamsarlık ve kederle belirli olan depresif ruh hali, yorgunluk, bitkinlik ve enerji azlığı, genel isteksizlik ve anhedoni, düşünceleri bir konu üzerinde yoğunlaştıramama ve değersizlik hissi gibi belirtilerle giden TSSB'ye eşlik eden major depresyon tanısını da almaktadır.

**Tedavi:** İlk değerlendirmeden sonra psikoterapi ile birlikte antidepressan (20 mg fluoksetin hidroklorür) başlandı. Dokuz ay içinde toplam 15 görüşme yapıldı.

AA'nın özellikleri dikkate alınarak psikoterapisi biçimlendirildi. Temelde bilişsel davranışçı bir anlayış içinde üç aşamalı olarak uygulandı. Sırasıyla, ölümün travmatize eden yönünü konuşma, kaçınma ve oğlunun ölümünün kabulü şeklindeki korkulan uyarıcıyla yüzleşme üzerinde çalışıldı. İkinci aşamada kaybedileni hatırlama ve üzüntünün rahatça yaşanmasına izin verme, kaybedilenle ilgili anıları konuşma, kayıpla ilgili duyguların fark edilmesi. Oğlunun kaybıyla yüzleşme, ayrılığa tepkiler, kaybedilenle geçmişteki bağların değerlendirilmesi, kaybın sonuçlarının fark edilmesi. 10'uncu seansta belirgin bir rahatlama görülerek görüşmelerin arası bir haftadan iki haftaya çıkartıldı. Bu bölümde gelecekle ilgili plan yapması, yaşama tekrar bağlantı kurması, yeni yaşama uyumun gelişmesine yönelik çalışmalar yapıldı. Son ay yapılan görüşmelerde, oğlu ile vedalaşma ve duygusal olarak yeniden yapılanması hedef alınarak çalışıldı.

IV. görüşmeden sonra düzelme başladı, tedavi sürecinde zaman zaman düzelmeye ilgili "*çok çabuk unuttum*" diye suçluluk duyguları görüldü. Ağlamaya başladı, kendi yapamadıklarına yönelik suçluluk duyguları, tanrının ceza verdiği düşünceleri belirgin olarak azaldı. AA'nın IES-R ve PDS sonuçları Tablo 6'da verilmiştir.

Eşiyile acısını paylaşmaya oğluyula ilgili konuşmaya başladı ve eşiyile ilişkileri düzeldi. İşlerine yoğunlaşabildi, tahammülsüzlük, öfke, başkalarına zarar verme isteği bitti. Geleceğe yönelik planlar yapmaya başladı, İngilizce kursuna başladı, önceden beri var olan Kanada'ya taşınma planını uygula-

**Tablo 6.** AA'nın IES-R ve PDS sonuçları

	Başlangıç	3. Ay	9. ay tedavi sonu
<b>IES-R</b>			
Rahatsızlık verici Düşünceler	20	13	9
Kaçınma	9	5	2
Uyarılma	20	6	3
Toplam	49	24	14
<b>PDS</b>			
B	12	6	3
C	14	2	1
D	6	2	1
F	4	4	2
<b>Semptom şiddeti</b>	32 (orta-ağır)	10 (hafif)	5 (hafif)
<b>İşlev kaybı</b>	4 (orta)	4 (orta)	2 (hafif)
<b>Tanı</b>	+	-	-

maya koydu, taşınma hazırlıkları sırasında oğlunun eşyalarını kaldırabildi. Tedavinin 7. ayında ilacı kesildi son iki ay ilaçsız olarak izlendi. Oğlunun resimlerinden oluşan iki albümü giderken yanına alarak Kanada'ya taşıdı.

## SONUÇ

Kayıptan sonra ortaya çıkacak olan yas normal ve doğal bir tepkidir. Travmatik yas ise bu doğal süreci, kaybın beklenmedik ve dehşet uyandırıcı olması ile etkiler. Buradaki travmatik etki bedensel ve ruhsal hastalıkların oluşması için bir risktir. Bu çalışma profesyonel destek arama ihtiyacının şiddet içeren ve ani kayıpların ardından gelebildiğine işaret etmektedir.

Travmatik yas ne zaman patolojik ne zaman doğal tepkidir tartışması henüz sonlanmamıştır.

Travmatik yastan sonra ortaya çıkabilecek olan normal tepkiler gereksiz şekilde patolojik olarak değerlendirilerek bir yanlıgı yaratabileceği gibi riskli olanların, patolojik belirtilerin göz ardı edilmesi de, kronik gidişli patoloji oluşumuna yol açabilmektedir. Klinik yardım talep eden vakaların sıklıkla bir desteğe ihtiyacı olduğu ve bu destekten yararlanabildikleri görülmüştür. Travmatik kayıplar açısından yüklü bir ülke olan Türkiye'de bu tür yitim yaşantıları olanların öncelikli risk grubu oluşu ruh sağlığı hizmetleri için de gözardı edilmemelidir.

Yazışma adresi: Dr. Ufuk Sezgin, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 34390, Çapa, İstanbul, usezgin@superonline.com

## KAYNAKLAR

Clayton PJ, Halikas JA, Maurice WL (1972) The depression of widowhood. Br J Psychiatry, 120:71-76.

Foa E (1995) Post Traumatic Stress Diagnostic Scale. National Computer Press.

Horowitz MJ, Siegel B, Hoken A ve ark. (1997) Diagnostic criteria for complicated grief disorder. Am J Psychiatry, 154:904-910.

Jacobs S (1999) Traumatic Grief, Diagnosis, Treatment and Prevention. Brunner/ Mazel Inc.

Lascari A, Stebbens J (1973) The reactions of families to childhood leukemia. Clin Pediatr, 12:210-214.

Olgun-Özpolat T, Yüksel Ş (2001) Yakınlarını kaybeden kişilerin ruhsal durumlarının ve ruhsal durumlarının ve yas tepkilerinin karşılaştırılması. Toplum ve Bilim, 90:41-69.

Parkes CM (1993) Bereavement by murder or man slaughter. *Br J Psychiatry*, 162:49-54.

Prigerson H (2002) Complicated Grief: What it is, What it isn't, who is at risk & how to intervene. Presented in 18th International Society of Traumatic Stress Studies Conference, Baltimore. 6th -10th November.

Prigerson HG, Maciewski PK, Newsom J ve ark. (1995) The Inventory of complicated grief: A Scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res*, 59:65-79.

Raphael B, Martinek N (1997) Assessing traumatic bereavement and posttraumatic stress disorder. JP Wilson, TM Keane (Eds), *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York, Guildford Press, s. 373-395.

Sencer S (2001) Türkler/ Kürtler, anneler ve siyaset: savaşta çocuklarını kaybetmiş Türk ve Kürt anneler üzerine bir yorum. *Toplum ve Bilim*, 90:22-40.

Schuchter SR, Zisook S (1993) The course of normal grief. MS Stroebe, RO Hansson (Eds), *Handbook of Bereavement*. New York Cambridge University Press, s.23-43.

Sezgin U (1998) Ensestin ruhsal değerlendirilmesi ve uzman tanıklık. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü yayınlanmamış doktora tezi, İstanbul.

Sezgin U (2003) Travma yaşantısı olan kadınlarda grup psikoterapisinin etkinliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 40:53-63.

Weiss DJ, Marmar CR (1997) The Impact of Event Scale-Revised. JP Wilson, TM Keane (Eds) *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York, The Guildford Press, s. 399-411.

Worden JW (1983) *Grief Counseling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner*. Second edition. London. Springer Publishing Company.