

ANKARA ÜNİVERSİTESİ KRİZ MERKEZİNE BAŞVURAN YAS OLGULARI ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA*

H. Şenelmiş**

ÖZET

Kişinin yaşamı boyunca karşılaştığı uyum göstermekte güçlük çektiği, dengesini bozan, yıkıcı ve zorlayıcı yaşam olaylarından biri de sevilen bir insanın ölümüdür. Ölüm insanın yaşadığı en somut kayıptır. Yas, insanın kayıpları karşısında gösterdiği biyopsikososyal, doğal, evrensel ve normal bir tepkidir. Bu çalışmada Ankara Üniversitesi Kriz Merkezi'ne başvuran yas olgularının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bunun için; merkeze başvuran olgulardan, ölüme bağlı kayıpları sonucu yas sürecinde olanlar, merkez kayıtlarından geriye dönük bir tarama ile tespit edilmiştir. Belirlenen olguların bilgileri; hazırlanan "Yas Bilgi Formu"na aktarıldıktan sonra, SPSS 10.0 istatistik programı kullanılarak değerlendirmeleri yapılmıştır. Tanımlayıcı ve betimleyici bir çalışma olan araştırmamızda; en fazla kadınların yas sürecinde yardım ve destek

arayışında olduğu, olguların daha çok akut yas sürecinde merkeze başvurduğu, görüşmeler sonunda olguların büyük bölümünün yasını çözemediği belirlenmiştir. Bunun dışında, yas süreci içerisinde yerleşik psikiyatrik bozukluk geliştirebileceği düşünülen olguların tespitinin yapılarak ileri tedavi için yönlendirilmeleri koruyucu ve önleyici ruh sağlığı bakımından önemli bir sonuçtur.

Anahtar Sözcükler: Yas, yas danışmanlığı, kriz, krize müdahale.

Descriptive Study on Facts Applied to Psychiatric Crisis Intervention Center of Ankara University

SUMMARY

One of the most traumatic, destructive, destabilizing and difficult to adopt life events is death of a loved one. Death is a very concrete loss. Mourning is a normal, universal, natural and bio-psycho-social reaction when a person faces a loss. In this study we aimed to assess the cases with mourning in Psychiatric Crisis Intervention Center of Ankara University. Cases who were in the process of mourning after the

* Ankara Üniversitesi Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri ABD'da Yüksek Lisans Tezi Olarak Kabul Edilmiştir.

** Uzm. Psk., Ankara Üniversitesi, Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi.

death of a loved one were determined by retrospective evaluation of Crisis Center records. Necessary information for every patient was noted in the "Mourning Information Form" and the data was analyzed in SPSS 10.0 statistical programme. In this descriptive study, we found that, in mourning period mostly women were seeking for help and support, most cases were in the acute phase of the mourning process, and by the end of the crisis intervention in most cases mourning was resolved. Another important result of the study for preventive mental health respect is determining and consulting the cases who were at risk for developing psychiatric disorders.

Key Words: Mourning, mourning counseling, crisis, crisis intervention

GİRİŞ

Kişinin yaşamı boyunca karşılaştığı uyum göstermekte güçlük çektiği, dengesini bozan, yıkıcı ve zorlayıcı yaşam olaylarından biri de sevilen bir insanın ölümüdür. Ölüm insanın yaşadığı en somut kayıptır. Yas insanın kayıpları karşısında gösterdiği biyopsikososyal, doğal, evrensel ve normal bir tepkidir. Kişinin ölüm karşısında gösterdiği tepkide önceki kayıpların da izleri görülür. Ancak her yas bir kriz değildir.

Boston şehrinde bir futbol karşılaşması sonrası kutlama yapmak için Coconut Grove gece kulübünde bulunan taraftarların, çıkan yangın sonucunda, ölümünden sonra yakınlarının göstermiş olduğu yas tepkilerini gözlemleyerek ve onlarla çalışmalar yaparak günümüzdeki krize müdahalenin temellerini atmış olan Eric Lindemann, yası belirli semptomatolojisi ve seyri olan bir sendrom olarak ele alıp, şöyle tariflemektedir; "Kayıpla başlayan duygusal, bilişsel, davranışsal, bedensel ve sosyal alanlarda değişimlerle belirlenen, dikkatle izlenmesi ve ele alınması gereken karmaşık bir süreç, bir yaşantıdır" (Lindemann 1944).

Engel, yasin bir hastalık olup olmadığını sorgularken, yası "fonksiyonlar normale dönene kadar geçen bir süre" olarak görmektedir. Tıpkı bir yara iyileşmesinde olduğu gibi işlevler tamamen ya da tama yakın geri dönebildiği gibi, bozuk yada yetersiz iyileşme de görülebilir (Engel 1961).

Vamık Volkan yas tutmayı; "herhangi bir yitim ya da değişikliğe verilen psikolojik yanıt, iç dünyamız ile gerçeklik arasında bir uyum sağlayabilmek için yaptığımız uzlaşmalar" olarak tanımlamıştır (Volkan ve Zintl 1991; Koçak ve Çevik 2002).

Yas Belirtileri

Yas konusundaki araştırmacılar kuramlarında bir takım ayrılıklar olsa da bir yakınını ya da akrabasını kaybeden bireylerin ölüme karşı verdikleri tepkilerde benzerlikler gösterdikleri üzerinde anlaşmışlardır.

Lindemann (1944) normal (akut) yas belirtilerini şu başlıklar altında toplamıştır:

1-Bedensel yakınmalar; iç çekerek soluma, yorgunluk, bitkinlik, gastrointestinal belirtiler.

2-Ölenin hayali ile uğraş; kaybedilen kişi ile aşırı meşgul olma, diğer insanlardan duygusal uzaklaşma, akıl sağlığını yitireceğinden korkma, derealizasyon hissi.

3-Suçluluk duyguları; ölümün nedenleri ile ilgili veya ölen kişiye karşı suçluluk.

4-Düşmancıl tepkiler; öfke, huzursuzluk, düşmanca davranışlar.

5-Alışıla gelmiş davranım örüntülerinin yitilmesi; kayıptan önceki gibi işlev görememek.

Ayrıca pek çok hastada görülen bir belirti olarak; ölenin bazı özelliklerinin ya da ölüme sebep olan olay sırasındaki davranışlarının yastaki kişide görülmesini de bir 6. belirti olarak eklemiştir. Bu belirtiler bir yıl yada daha uzun sürebilir.

Normal yas sürecini Eisenberg ve Patterson dört evrede değerlendirmiştir (Eisenberg ve Patterson 1979; Soykan 2000).

1-İnkâr Dönemi: Kaybın hemen arkasından yaşanan şok ve uyuşukluk dönemidir. İnkâr, inanmama ve şok gözlemlenir. Bu uyuşukluk evresi birkaç dakika ile birkaç gün arası sürebilir.

2-Arama ve İsyan Dönemi: Birey kaybının farkına varmaya başlamıştır. Kaybettiği kişi ve onun geri getirilmesi ile aşırı ilgilidir. Pazarlık halindedir. Suçluluk ve suçlama duyguları abartılı öfke ve isyan hali görülebilir. Aylarca sürebilen bir dönemdir.

3-Çökkünlük ve Onarma Çabaları Dönemi: Kişi kaybı ile yüzleşmiş, bu kayıpla nasıl başa çıkacağını, yaşamını nasıl sürdürebileceğini araştırmaya ve yıkıntılarını onarmaya çalıştığı bir dönemdir. İntihar düşünceleri ve riski diğer dönemlere göre daha fazla görülür.

4-Yeniden Bütünleştirme ve Yapılandırma Dönemi: Yas sürecindeki birey artık kaybı ile yaşamaya, yaşamını yeniden organize etmeye başlamış ve bu yeni duruma uyum sağlamıştır. Yarım bıraktığı işleri tamamlamaya ve yeni uğraşlar bulmaya başlar. Yavaş gelişen ve zaman alan bu evrede birey bazen duygusal geri dönüşler yaşayabilir.

Yas, farklı bilim adamları tarafından değişik adlandırmalarla evrelere ayrılrsa da kişinin tamamlaması ve kayıp öncesi denge durumuna dönmesi gereken, belli aşamaları olan bir süreçtir. Kişi ölümü kabullendikten sonra yaşamına devam etmek ister. Ancak ölenin duygusal varlığı zihni sürekli meşgul ettiğinden onunla yeni ve daha uygun bir ilişki düzenleme zorunluluğu yaşar. Bu bir uzlaşma dönemidir.

Tamamlanmamış yas aşamaları kişisel gelişimi etkileyebilir. Kayıptan sonra beklenen duygusal tepki süreci olan yasın yaşanılmaması, yok sayılması yasın kronikleşerek patolojik bir hal almasına ve depresyon, psikosomatik hastalıklar, patolojik yas gibi klinik tabloların oluşmasına yol açar (Volkan 1985; akt: Worden 1991).

Worden bireyin yas sürecini tamamlayabilmesi için "Yas sürecinin dört görevi" olarak belirlediği aşamaları geçmesi gerektiğini, aksi

takdirde bu süreçte takılıp kalarak çeşitli psikopatolojiler oluşabileceğini ifade eder (Worden 1991).

Yas sürecinin dört görevi

Görev 1- Kayıp gerçeğini kabul etmek,

Görev 2- Yasın acısı üzerinde çalışmak,

Görev 3 - Kaybedilenin olmadığı ortama uyum sağlamak,

Görev 4-Öleni duygusal olarak yeni bir yere yerleştirme ve yaşama devam etmek.

Normal Yas

Normal (akut) yas belirtilerini bu alana yönelik çalışma yapmış birçok bilim adamı çok çeşitli ve geniş bir liste halinde eserlerinde vermiş olsalar da, bu belirtilerin genel olarak dört başlık altında toplandığı görülmektedir;

Duygular: Üzüntü, öfke, suçluluk ve kendini kınama, bunaltı, yorgunluk en sık görülen duygular olup; yalnızlık, çaresizlik, şok, hasret çekmek, özlem, kurtuluş hissi, rahatlama ve uyuşukluk, hissizlik yas sürecinde görülen duygusal tepkilerdir. Ancak normal yas tepkileri olan bu duygusal tepkiler aşırı yoğun ve uzun süreli yaşıyorsa, patolojik (komplike) yas tepkisinin göstergesi olabilir.

Bedensel belirtiler: Midede boşluk hissi, göğüste sıkışma, boğazda sıkışma, gürültüye aşırı duyarlılık, depersonalizasyon duygusu, nefes darlığı ya da nefessiz kalma hissi, kaslarda güçsüzlük, enerji azlığı, ağız kuruluğu sık görülen bedensel belirtilerdir. Bu belirtiler çoğu zaman ölenin hastalığının belirtileriyle aynıdır. Kaybı yaşayan bireyde bilinç dışı olarak ve ölenle özdeşleşme süreci ile organik bir hastalık olmadığı halde ortaya çıkmaktadır.

Düşünceler: Ölüme inanmama, konfüzyon, şaşkınlık, konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık, preoküpasyon, hala yaşıyormuş hissi, görsel işitsel varsanılar, mistizm, depresif düşünce örüntüleri normal yas tepkilerindedir. Bu belirtiler genellikle kaybı izleyen ilk birkaç hafta içinde görülür.

Davranışlar: Uyku ve iştah bozuklukları, dalgınlık, sosyal içe çekilme, ölenle ilgili rüyalar, öleni hatırlatacak eşya ve ortamdan kaçınmak, öleni arama ve onu çağırma, iç çekme, aşırı hareketlilik, huzursuzluk, ağlama, öleni hatırlatan yer ve objelerle ilgilenme, ölene ait eşyaları saklama normal yas sürecinde görülen davranış değişiklikleridir. Bu davranışlar zaman içinde kendiliğinden ortadan kalkar.

Yas sürecinde olan her bireyin bu yas belirtilerin hepsini göstermesi söz konusu değildir. Bireyler arası farklılıklardan dolayı bulguların yoğunluğu değişiklik göstermektedir.

Normal yas genelde altı – yirmi dört ay kadar sürer ve zaman içinde yatışma eğilimi gösterir. Yas sürecinin ileri dönemlerinde bu yaşantılar devam ediyorsa bu durum patolojik (komplike) yasin belirtisi olabilir (Demi ve Miles 1987).

Patolojik Yas

Patolojik yas kaybı yaşayan bireyin yas sürecini tamamlaması gereken zamanda sonlandıramayarak, normal yas evrelerinin birinde takılıp kalması sonucu verdiği patolojik tepkilerdir.

Patolojik yas; "Kişiyi aşırı derecede meşgul edecek şekilde yasin yoğunlaşması, maladaptif davranışlara neden olması, ya da yas tutmanın artık ilerlemeden bir noktada kalıp sürekli yas tutma halini almasıdır. Uyuma yönelik ilerlemelerin yerine, stereotipik tekrarlamalar ve iyileşmenin duraklaması almıştır (Horowitz ve ark. 1980).

Patolojik yas kavramı, farklı bulgu ve biçimlerde görülmesi nedeniyle, farklı araştırmacılar tarafından; anormal yas, komplike yas, çözümlenmemiş yas, kronik yas, gecikmiş yas gibi değişik şekillerde adlandırılır.

Patolojik Yasin Belirtileri

1-Yitim duygusu olmaksızın aşırı hareketlilik; zevk alma, kendini iyi hissetme.

2-Ölen kişinin son hastalığına ait belirtilerin görülmesi.

3-Psikosomatik belirtiler; ülseratif kolit, romatoid artrit, astım gibi.

4-Sosyal uyum bozuklukları; Arkadaş ve akrabalarla ilişkilerde değişikliklerin ortaya çıkması.

5-Düşmancıl tutumlar; belirli kişilere karşı düşmanlık hissi.

6-Duygusal küntlük; düşmancıl duygularla baş etmek için yoğun çaba.

7-Kendi başına karar verememe ve etkinlik başlatamama; kişi isteklidir ancak kendi başına etkinlik başlatmakta ya da karar almakta zorlanır.

8-İş ve sosyal yaşamda başarısız ve zarar verici kararlar alma ve etkinliklere girişme.

9-Ajite depresyon belirtileri; gerginlik, ajitasyon, uykusuzluk, değersizlik duygusu, kendini suçlama ve cezalandırma isteği.

Patolojik Yas Tepkileri

Kronik Yas: Çok uzun bir süre ve yeterli bir sonuca ulaşmadan yas tutmanın sürdüğü bir haldir.

Gecikmiş Yas: İnhibe edilmiş, bastırılmış ya da ertelenmiş yas olarak da tanımlanır. Kişi kayıbdan sonra bir duygusal tepki vermiştir, ancak bu tepki kayıp için yeterli düzeyde olmamıştır. İleriki yıllarda yaşanan başka bir kayıp durumunda kişi yas tepkisi gösterir. Fakat belirtinin şiddeti gerekenden fazladır.

Abartılı Yas: Normal yas tepkisinin daha yoğun ve abartılı bir şekilde yaşanmasıdır. Kişi belirti ve davranışlarının yaşadıkları kayıpla ilgili olduğunun farkında olabilir.

Maskelenmiş Yas: Hastalar yakınmalarının kayıpla bağlantılı olabileceğinin farkında değildirler. Kayıp sırasında ya yas yaşanmamıştır, ya da yasin ifade edilmesi bastırılmıştır. Maskelenmiş yas tepkileri, fiziksel ve ruhsal bir belirti şeklinde veya maladaptif davranışlar şeklinde görülür.

Yas Tedavisi

Sevilen bir kişinin kaybı böyle bir yaşantıdan sonra normal kabul edilebilecek pek çok farklı tepkilere sebep olabilmektedir. Kişiler kayıplarının ardından göstermiş oldukları bu tepkilerle kendi başlarına baş ederek yas süreçlerini tamamlamaktadırlar. Yas süreci bir hastalık olmadığı için bu sürecin doğal seyrine müdahale etmeye gerek yoktur.

Uygun terapötik yaklaşımla bireyin sosyal uyumu düzenlenebilir, uzamış ve ciddi değişiklikler önlenir. Bireyin ölen kişi ile olan bağlarından sıyrılmasına yardımcı olmalıdır. Bireyin ölen ile ilişkisinin sürmesi isteğini destekleyen (dini) inançları beslenir. Yalın avutma yas ile baş edilmesi için yeterli bir yardım değildir. Kişinin yoksunluğun verdiği acıyı kabul etmesi, ölen ile ilişkilerin gözden geçirilmesi ve kendi duygusal tepkilerini tanıması gerekir. Bütün bunlar 8-10 görüşme içinde yapılabilir (Lindemann 1944).

Yası Belirleyen Etmenler

-Ölenin kimliği; Yası yaşanan kişinin kim olduğu kişinin yas tepkisinin nasıl olacağını belirler. Doğal sebeplerden ölen bir büyükanne ile trafik kazası sonucu kaybedilen bir çocuğun ya da eşin kaybına verilen yas tepkileri farklı olacaktır.

-İlişkinin niteliği; Ölen kişi ile ambivalan ya da bağımlı bir ilişki varsa, bu ilişkide narsistik kazanımlar söz konusu ise ve ölen kişi benlik değerinin korunması için gerekliyse yas tutma süreci sonlandırılmayabilir.

-Ölüm şekli; Ölümün nasıl olduğu da yas sürecini ve yasin biçimini belirleyen etmenlerdendir. Doğal ölüm, kaza, öldürülme ve intihar sonucu ölüme verilen yas tepkileri farklılık gösterir. Ölümün yakında veya uzakta oluşu, ani veya beklenen bir ölüm oluşu da yasta etmendir.

-Toplumsal etmenler; Yas bir sosyal süreçtir ve sosyal çevrenin vereceği destek yasa mücadele etmeyi kolaylaştırır. Ancak toplum içinde kayıp konuşulamıyorsa -ki bu

durum daha çok intihara bağlı durumlarda söz konusudur-, sosyal destek görülüyorsa, kişinin çevresi hiç yaşanmamış gibi kaybı yok sayıyorsa, sosyal destek sistemi yetersiz kalıyor veya yok ise patolojik yas görülür.

-Öyküye bağlı etmenler; Daha önce bir depresyon geçirmiş yada geçmişteki kayıplara patolojik yas tepkisi göstermiş kişilerin patolojik yas gösterme ihtimalleri yüksektir.

-Kişilik özellikleri; Eğer birey yoğun duygusal sıkıntılarla baş etmekte zorlanıyorsa yas sürecini başarıyla tamamlayamaz ve patolojik yas tepkileri geliştirir.

Durumsal, kayba ait etmenler; Kaybın gerçekleştiği kesin değil ise (savaş ortamı gibi) yada çoklu kayıplar söz konusu ise (afetler, kazalar yada yangın sonucu) yas tutma patolojik bir seyir gösterebilir.

Zamansız Ölümler

Yas sürecini belirleyen etmenlerden biri de ölümün zamanlı ya da zamansız gerçekleşmesidir. Zamanlı ölüm "beklenen ile gerçekleşenin" eş zamanlı olduğu durumlardır. Kişi beklenen yaşam süreci içinde yaşamda seyrini sürdürebilmişse veya ölümcül bir hastalıkta olduğu gibi hastalığın elverdiği süreyi yaşayabilmişse bu ölümler zamanlı ölümlerdir.

Zamansız ölümler yaşamı sürdürme beklentilerine bir darbedir. Örneğin bir bebeğin ölümü, trafik kazasında yakınlarını kaybetme, öldürülme gibi travmatik ölümler yada intiharla ailenin bir ferdi yitirme gibi. Zamansız ölümlerde bireyin aile üyeleri veya yakınları ile etkileşimine ve toplumdaki aldığı tepkilere göre yasin süreci normal yastan, patolojik yasa doğru seyredebilir.

İntihar ve Yas

Dünyada yılda ortalama bir milyon kişi intihar ederek yaşamına son vermektedir. Ölümle sonuçlanan her intihardan en az altı kişi etkilenmektedir. Richard McGee'ye göre ".intihar bir ailenin başarılı biçimde en zor çözümleye-

bileceği yas krizidir" (Cain 1972; akt. Worden 1991).

Yakınları intihar edenlerin yaşadıkları duygular içinde en güçlüsü utançtır. Yaşanan her türlü kayıptan sonra hissedilmesi normal olan suçluluk duygusu, intihar sonucu ölümlerde daha da şiddetlenebilir. Suçluluk duygusu bazen karşısındakini suçlama şeklinde de kendini gösterebilir. Ortaya çıkan duygulardan biri de yoğun öfkedir. Yaşadığı öfke dolayısıyla kendini suçlama ve düşük kendilik değeri görülür. Görülebilen bir başka özellik çarpıtılmış düşüncelerdir. Aile bireylerinden bazıları intiharı kabullenemeyip ölümün bir kaza sonucu olduğuna inanmak isteyebilirler. Bu durum aile içindeki etkileşimi olumsuz etkileyebileceği gibi yasin seyrinin patolojik bir hal almasına da neden olabilir.

Ani Ölümler ve Yas

Kaza, kalp krizi sonucu olan ölümler ve öldürülmeler gibi gerçekleşen ani ölümler öncesinde herhangi bir uyarı yoktur. Beklenmedik zamanda gerçekleşen bu ölümlerin yasını tutmak, ölümün yakın olduğuyla ilgili bir uyarı ya da belirtinin olduğu durumlara göre daha zordur (Parkes 1975; akt. Worden 1991).

Ani ölümlerden sonra kişi kendisini şaşkınlık ve uyuşukluk içinde hissedebilir. Kaybı yaşayan birey keşkeleri ile birlikte suçluluk duygusu yaşar. bireyin göstereceği duygusal tepkilerden biride çaresizlikle birlikte yaşanan öfkedir. Ani ölümün yarattığı sıkıntı sonucu kişide heyecan ve ajitasyon da görülebilir. Kişi bu durumda "savaş yada kaç" tepkisi arasında ajite depresyon yaşayabilir.

Eş Kaybı ve Yas

Eşlerden birinin kaybı, geride kalan için üstesinden gelinmesi zor bir yaşantıya yol açabilir. Kaybedilen bir eş geride kalan dul için sadece fiziksel ve duygusal bir takım ihtiyaçlarını karşılayan kişi olmanın dışında üstlendiği roller ve ilişkide verilen anlamla bir çok şey ifade ediyor olabilir. Genellikle geride

kalan kişi, kayıp üzerinden belli bir zaman (genellikle 3 ay) geçene kadar ölenin oynadığı rollerin ayırdına varamaz. Eşini kaybeden kişilerde çoğu zaman kayıptan sonra yalnızlık ve izolasyon eğilimi görülür. Bu süreçte diğer aile üyelerinin ve yakınların desteği önemlidir.

Çocuk Kaybı ve Yas

Hayatında pek çok olay yaşamış, bir meslek sahibi olmuş, evlenmiş, çocuk yetiştirmiş, yaşamın insanlara sunduğu tüm nimetlerden yararlanmış bir kişinin ölümünü kabul etmek, bu yaşantıların hiç birini veya çok azını yaşamış bir çocuğun ölümünü kabul etmek kadar zor değildir. Bu nedenle ailelerin çocukların kaybına uyum yapmaları çok zordur (Eisenberg ve Patterson 1979, Soykan 2000).

Çocuk kaybını kabullenme sadece aileler için değil toplum içinde zor olan bir yaşantıdır. Bu yüzden hangi toplum olursa olsun annesini kaybeden "yetim", babasını kaybeden "öksüz" ve eşini kaybeden "dul" kavramları ile tanımlanırken çocuk kaybı özel bir kavramla tanımlanamamıştır.

Bu dönemde aileler ilgi ve desteğe, çocukları ile ilgili konuşmaya ihtiyaç duyarlar. Anne babaların duygularını birbirleri ile paylaşmaya teşvik etmelidir. Yeterli sosyal destek alınamayan yas sürecinin seyri patolojik olabilir.

Araştırmanın Amacı

Yas tepkisinde çeşitli kayıplar veya kayıp tehditleri söz konusudur; organ kaybı, ev, iş, para, statüko kaybı, boşanma, terk edilme, ayrılma, beden sağlığının bozulması gibi. Kayıpların içinde insanı en çok etkileyen sevilen birinin ölüm sonucu kayıptır.

Bir çok bilim adamının üzerinde çalışma ve yayın yaptığı, kriz ve krize müdahale kapsamında değerlendirilen "yas" konusunu temel alan bu çalışmanın amacı; Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi'ne ölüm nedeniyle kayıp sonrası yas sürecinde yaşanan zorlanmalar yüzünden baş

vuran olguların geriye dönük olarak değerlendirilmesidir. Bu bağlamda elde edilen bulgulardan hareketle "Yas Danışmanlığı'nın" etkinliğini artırmaya ve koruyucu ruh sağlığı çalışmalarının yürütülmesinde yönlendirici sonuçlara ulaşmaya çalışılacaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma, Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi'ne (Kriz Merkezi) 1990-2005 (Haziran ayı) yılları arasında ölümle gerçekleşen kayıp sonrası başvuran yas olguları ile yürütülmüştür.

Tanımlayıcı ve betimleyici bir çalışma olan araştırmamız geriye dönük bir çalışma olarak yapıldığı için, öncelikle Kriz Merkezinin protokol defteri kayıtlarında yas tanısı ile görüşmeye alınan 458 yas olgusu belirlenmiştir. Daha sonra belirlenen olguların kartları arşivden taranmıştır.

Bu tarama sırasında kayıtlarda yas tanısı ile görüşme yapıldığı belirtilen olgulardan; 3'ünün organ kaybı sonucu, 18'inin eşinden veya sevgilisinden ayrılan, eşi tarafından terk edilen veya boşanma öncesi ya da sonrasında, 23'ünün kendisi veya bir yakını kronik, ölümcül bir hastalık tanısı alması, 31'inin de karşılaştığı doğal afet ve travma sonrasında ölüm korkusu ve/veya ölüm tehdidi yaşaması neticesinde yas reaksiyonu gösteren olgular olduğu anlaşılmıştır. Bunun üzerine; araştırmamızı ölümlü kayıp sonrası yas tanısı alan olgular üzerinden yürüteceğimizden, bu 75 olgu çalışmamızın kriterlerine uymadığı için elenmiştir. Ayrıca, ölümlü kayıp sonrası yas tanısı olarak tedavi uygulandığı belirlenen 79 olgunun kartı da arşivde bulunamamıştır.

Kart arşivinden ulaşılan, ölüm sonucu kayıpla başvuran 304 olgunun kartları tek tek okunarak, bu çalışma için hazırlanan, yas danışmanlığı ve yas terapisi çalışmalarında bilgi almayı ve veri toplamayı kolaylaştıracağı düşünülen "Yas Bilgi Formu"na elde edilen veriler işlenmiştir.

Yas Bilgi Formu'nda; (danışanın) demografik bilgileri, yaşam durumu, başvuru şekli, kimin tarafından gönderildiği, ölenin (kaybın) kim olduğu, demografik bilgileri, yaşam durumu, kaybın nasıl gerçekleştiği, danışanın kayıp sırasında yanında olup olmadığı, kaybın üstünden geçen süre, danışanın başvuru anındaki duyguları, görüşme sayısı ve sıklığı, (başvuru anında) yas durumu, kayıp sonrası şikayetleri ve tedavi sürecinde ilaç kullanıp kullanmadığı, sosyal destekleri, yas danışmanlığı / terapisinin sonucu ve tedavi sonrası prognoz ile ilgili bilgiler yer almaktadır (Ek 1).

Çalışmada elde edilen veriler SPSS 10.0 versiyonu kullanılarak değerlendirilmiş, frekans dağılım tabloları ve karşılaştırmalı frekans dağılım tabloları halinde sunulmuştur.

BULGULAR

Olguların demografik verilerine baktığımızda (Tablo 1); cinsiyet dağılımında kadın olguların % 81,6 ile çoğunlukta oldukları görülmektedir. Başvuruların daha çok 25-44 yaş aralığındaki bireyler tarafından yapıldığı; % 34'lük başvuru yüzdesi ile 25-34 yaş grubunda en çok başvurunun olduğu, bunu 35-44 yaş grubunun % 25,3 ile ve 15-24 yaş grubunun % 18,7 ile izlediği görülmektedir. Merkeze başvuran olguların % 42,1 evli, % 30,9'u bekar, % 22,4'ü dul, % 4,6'sı boşanmıştır. Üniversite mezunu olan olgular % 33,2 ile çoğunluktadır. İlköğretim ve lise eğitimi almış olguların oranının % 30,6 ile aynı olduğu görülmektedir. Olguların % 35,5'i memur / işçi olarak çalışmaktadır. Ev hanımları % 32,6 oranı ile en çok yas tedavisi başvurusunda bulunan ikinci grubu oluşturmaktadır. Ailelerinden ayrı okuyan üniversite öğrencilerinin çoğunlukta olduğu öğrenci oranı ise % 13,8'dir. Serbest çalışanlar % 7,2, Emekli % 6,9 iken, olguların % 3,6'sı işsizdir. Olguların % 31,4'ü eşi ve çocukları ile yaşayanlardır. Çocukları ile yaşayanlar % 17,8 olup, başvuranların % 10,6'sının ebeveyni ve kardeşleriyle, % 9,6'sının eşiyle, % 7,6'sı ise tek başına

yaşamaktadır. Kriz merkezine başvuruların nasıl gerçekleştirildiği değerlendirildiğinde; tek başına başvuranlar % 47,9 oranıyla çoğunluktadır. Akraba, arkadaş gibi yakını ile başvuranlar % 23,4 olup, eşi ile birlikte merkeze müracaat edenler % 11,6 oranında olduğu görülmektedir. Çocuğu ile % 5,6 , kardeşi ile % 4,0 , anne-babası ile % 3,9 ve diğer kişilerle % 3,6 oranında başvuru olduğu belirlenmiştir. Danışanların kriz merkezine kimin tarafından gönderildiğine/yönlendirildiğine baktığımızda, yakınları tarafından gönderilenlerin % 32,6 ile çoğunlukta olduğu görülmektedir. Psikiyatri polikliniğinden yas tanısı alarak merkeze sevk edilenlerin oranı ise % 26,9'dur. Kendi başvurarak gelen olgular % 25,6'lık bir oranı oluşturmaktadır. 'Diğer' başlığı altındaki başvurular, tüm başvurular içinde % 9,3'tür. Acil servisten yönlendirilenler % 3,3, başka branştan bir doktorun gönderdiği % 1,7 ve işyerinin yol-ladığı olgular % 0,7 oranındadır.

Tablo 2'de ölene ait bilgiler görülmektedir. Başvuruların hangi kayıplardan sonra yapıldığına baktığımızda; Eş / sevgili % 23,1, Çocuk % 20,5 ve Baba % 20,1 oranı ile yası tutulan kayıplardır. Bu kayıpları % 13,9'la anne ve % 10,9'la kardeş ölümleri izlemektedir. Ölen kişilerin yaş dağılımına bakıldığında 5 aylık (0 yaş)'tan ,88 yaşına kadar bir dağılım olduğu görülmüş olup, 10'ar yaş dilimi şeklinde aralıklar oluşturularak değerlendirilmiştir. Ölenlerin % 21,4'ü 0-19 yaşlarındadır. Bunu 20-29 yaşlarında ölenler % 19,9 oranı ile izlerken, 40-49 ve 50-59 yaşlarında ölenler % 16,3 ve % 15,1 ile daha sonra yer almaktadır. Yas olgularının % 62 sinin ölen ile birlikte yaşadığı ve ölümün gerçekleştiği sırada ölenin yanında bulunduğu, % 38'nin ise evlilik, eğitim yada çalışıyor olmaktan dolayı ölen kişiden ayrı yaşadıkları ve ölüm anında ölenin yanında bulunmadıkları anlaşılmıştır. Yası belirleyen etmenlerden biri de kaybedilenin ölüm biçimidir. Ölen kişilerden % 36,5'nin herhangi bir sağlık problemi olmayıp, olgular için beklenilmeyen zamanda ani gerçekleşmiş ölümler olduğu, %

21,4'nün kronik bir hastalık, % 18,4'nün trafik kazası ve % 14'nün intihar sonucu gerçekleştiği anlaşılmaktadır. Ateşli veya kesici bir silahla, zehirlenme, boğulma ya da düşme neticesinde travmatik bir şekilde ölenlerin % 9,4 olduğu belirlenmiştir.

Görüşme süreci verilerinin ele alındığı Tablo 3'te; Olguların % 43,79'nun kaybından sonraki ilk ay içinde yardım almak için merkeze başvurduğu, bunlardan da % 17,76'sının kaybı izleyen ilk hafta içinde müracaat ettiği görülmektedir. Patolojik yasa dönüşme riski olanlar ile patolojik yas olarak değerlendirilebilecek olan, 6 ay ve üzeri zaman sonra başvuranların toplamı % 18,75'tir.

Danışanların başvuru anında kaybettiği kişiye karşı dile getirdiği duygularına bakıldığında; % 69,7 oranında yoğun özlem duygusu, % 25,3 oranında suçluluk hissi, % 18,8 oranında pişmanlık yaşadıkları anlaşılmaktadır. % 18,1 oranında kaybettiği kişiyi hala sevdiğini, % 15,5 oranında kızgınlık, % 7,9 oranında da öfke duygularının ifade edildiği görülmektedir.

Olguların % 88,15'i ile 1-8 görüşme yapılırken, klasik kriz/yas görüşmeleri sınırları içinde yeterli kalınamayan % 11,85 olgu ile 8-üstü (16) görüşme sayısı arasında yas görüşmeleri yapılmış olduğu belirlenmiştir.

Yas görüşmeleri kapsamında olguların % 55,3'ü ile 'haftada bir' görüşme yapılırken, sık olarak görülmesi gereken % 24,1 olgu ile 'haftada birden çok' 2 ya da 3 kez görüşüldüğü, % 17,1'nin 'on beş günde bir' görüşmelere alındığı belirlenmiştir. % 3,5 olguda 'ayda bir' takip yada kontrol olgusu olarak izlenmiştir.

Kriz merkezine başvuran yas olgularının % 64,5'i akut yas tanısı, %18,1 patolojik yas tanısı ile tedavi sürecine alınırken, % 17,4'üne patolojik yasa dönüşebilme ihtimali ile takip edilerek, tedavi verilmiştir (Tablo 4).

Olguların yas belirtileri incelendiğinde, her iki cinsiyette de, bedensel belirti olarak; kaslar-

da güçsüzlük (%49,3), enerji azlığı (%48,0), nefes darlığı/nefessiz kalma hissi (%34,5) şikayetlerinin, duygusal tepki olarak; üzüntü (%74,0), bunaltı (%66,1), özlem (%65,1) duygularının, düşünce alanındaki belirtilerden; kayba inanmama (%33,9) ve ölen ile ilgili saplantılı düşüncelerin (%18,8), davranışsal tepki olarak da; aşırı hareketlilik-huzursuzluk (%64,4), uyku bozukluğu (%59,2), ağlama (%52,6) davranışlarının öne çıkan belirtiler olduğu görülmüştür. Patolojik yas belirtisi olarak da; sosyal uyum bozukluğu (%25), psikosomatik belirtiler (%24), düşmancıl tutumların (%18,8) daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (Tablo 5).

Yas olgularının 35'inde intihar davranışı görülmüştür. İntihar davranışı görülen olgular daha çok intihara yönelik düşüncelerinin (%71,4) olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 6).

Olguların kayıptan sonra ilaç kullanımı araştırıldığında; % 81,2'sinin ilaç kullanmadığı, % 12,1'nin antidepresan aldığı, % 7,7'sinin de diğer psikiyatrik ilaç (anksiyolitik, antipsikotik) alımı olduğu anlaşılmıştır. Diğer taraftan olguların merkezde izleme sürecinde ilaç kullanımına baktığımızda; % 63,6'sının ilaçsız, % 24,5'nin antidepresan, % 11,9'nun da diğer psikiyatrik ilaçlar (anksiyolitik, antipsikotik) ile yas tedavilerinin desteklendiği belirlenmiştir.

Olguların % 24,3'ü bir sosyal destek almadıkları, % 22,4'ünün yakınlarından, % 20,4'ünün eşlerinden, % 11,2'sinin de anne babalarından sosyal destek aldıkları tespit edilmiştir (Tablo7).

Tedavi sonuçlarına dair verileri değerlendirdiğimizde (Tablo 8); şifa bulanların % 62,5'i akut yas tanısı ile başvuran, %16,9'u patolojik yasa dönüşebilme ihtimali olanlar ve % 15'i de patolojik yas tanısı alanlar olduğu, salah gösterenlerin % 50'sinin akut yas, % 27,8'inin patolojik yasa dönüşebilme ihtimali olanlar, % 22,2'sinin de patolojik yas tanısı konanlar olduğu, psikiyatri poliklinğinde izlenmeye alınan olgulardan % 54,2'sinin akut yas, % 29,1'nin patolojik yasa dönüşebilir hal, % 16,7'sinin

patolojik yas gösterenler olduğu, tedaviyi tamamlamayanların % 69,5'inin akut yası, % 15,5'nin patolojik yasa dönüşebilir, % 15'nin de patolojik yası olanlar olduğu görülmüştür.

Kriz merkezine başvuran hastaların prognozuna bakıldığında; Akut yas olgularının % 61,3'nün zaman içinde bir sorun yaşamaması beklenmez iken, % 21,9'unda yerleşik bir psikiyatrik bozukluğun gelişebileceği, % 16,8'inin ise yeni bir kayıp veya kayıp tehdidi halinde tekrar merkeze başvurabileceği düşünülmektedir. Yas bulguları patolojik yasa dönüşebilir olan olguların tedavi neticesinde; % 22,7'sinde zaman içinde bir sorun yaşanması beklenmezken, % 52,8'inde yerleşik bir psikiyatrik bozukluğun oluşabileceği, % 24,5'inin yeni bir kayıp veya kayıp tehdidi ile karşılaştığında yeniden merkeze başvurabileceği beklenilmektedir. Patolojik yas tanısı ile terapi alan hastaların yas terapisi sonunda % 41,8'nin zaman içinde bir sorun yaşamaması beklenmez iken, % 32,7'sinde yerleşik bir psikiyatrik bozukluğun gelişebileceği, % 25,5'nin ise yeni bir kayıp ya da kayıp tehdidinde (tekrar yardım arayışı içinde olacağı) kriz merkezine başvurabileceği düşünülmektedir.

TARTIŞMA

Cinsiyet dağılımına baktığımızda kadınların % 81,6 oranla çoğunlukta oldukları, bunun literatürde bildirilmiş oranlar ile uyumlu olduğu görülmektedir (Parkes 1972 Worden 1991, Uslu 1992, Olgun-Özpolat ve Yüksel 2001, Sezgin ve ark. 2004).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması (1998) ana raporunun erişkin nüfus ile ilgili sonuçlar bölümünde; "ruhsal şikayetler ile tedavi başvuru oranları kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla" olduğu belirtilmektedir. Bu kadınların erkeklere göre sorunlarını sözcüklerle ifade etme becerisinin daha iyi ve paylaşımına daha açık oluşları ile açıklanmaktadır (Erol ve ark. 1998).

Ayrıca toplumumuzda kadınlar erkeklere göre daha fazla zorlayıcı yaşam olayları ile

Tablo 1. Olguların demografik bilgileri.

Cinsiyet	Sayı	%
Kadın	248	81.6
Erkek	56	18.4
Yaş		
15-24	57	18.7
25-34	104	34.0
35-44	77	25.3
45-54	43	14.4
55-64	16	5.4
65-Üstü	7	2.3
Medeni Durum		
Evli	128	42.1
Bekar	94	30.9
Dul	68	22.4
Boşanmış	14	4.6
Eğitim		
İlköğretim	93	30.6
Lise	93	30.6
Üniversite	101	33.2
Belirlenmemiş	17	5.6
Meslek Durumu		
Ev Hanımı	99	32.6
Memur/İşçi	108	35.5
Öğrenci	42	13.8
Emekli	21	6.9
Serbest	22	7.2
İşsiz	11	3.6
Bilinmiyor	1	0.3
Yaşam Durumu		
Tek Başına	23	7.6
Eş İle	29	9.6
Çocukları İle	54	17.8
Eş ve Çocukları İle	96	31.4
Anne-Baba İle	20	6.6
Kardeş İle	14	4.6
Anne-Baba ve Kardeş İle	32	10.6
Anne-Baba ve Çocuk İle	8	2.6
Tek Ebeveyn İle	11	3.6
Diğer (Arkadaş, Akraba, Yurt.)	17	5.6
Başvuru Şekli		
Tek Başına	146	47.9
Eşi İle	35	11.6
Anne-Babası İle	12	3.9
Çocuğu İle	17	5.6
Kardeş İle	12	4.0
Yakını İle (Akraba, Arkadaş)	71	23.4
Diğer (Tanıdık, Komşu, Polis)	11	3.6
Geliş Biçimi		
Kendisi	77	25.6
Psikiyatri Polikliniği	81	26.9
İş Yeri	2	0.7
Acil Servis	10	3.3
Yakınları (Akraba, Arkadaş)	101	32.6
Doktor	5	1.7
Diğer (Diğer Poliklinik, Polis)	28	9.3

Tablo 2. Ölene ait bilgiler.

Ölen	Sayı	%
Anne	42	13.9
Baba	61	20.1
Çocuk	62	20.5
Eş/Sevgili	71	23.1
Kardeş	33	10.9
Diğer (Akraba, Arkadaş, Tanıdık)	35	11.5
Yaş		
<-19	65	21.4
20-29	60	19.9
30-39	34	11.1
40-49	50	16.3
50-59	46	15.1
60-69	26	8.5
70->	23	7.7
Ölen ile Danışanın Yaşam Durumu		
Birlikte Yaşıyor	189	62.2
Birlikte Yaşamıyor	115	37.8
Ölüm Sırasında Danışanın Durumu		
Ölenin Yanında	189	62.2
Ölenin Yanında Değil	115	37.8
Ölüm Şekli		
Ani (Kalp Krizi, Tansiyon, Beyin Kanaması)	111	36.5
Kronik Hastalık (Kanser vb.)	66	21.7
Trafik Kazası	56	18.4
İntihar	42	14.0
Travmatik (Silahla, Zehirlenme, Boğulma vb.)	29	9.4

Tablo 3. Görüşme süreci.

Başvuru Zamanı (Ölümün üzerinden geçen zaman)	Sayı	%
1. Ay	124	43.79
1. Hafta	54	17.76
2. Hafta	23	7.57
3. Hafta	18	5.92
4. Hafta	29	9.54
2-6 Ay	108	35.53
7-12 Ay	34	11.18
1 Yıl Üzeri	23	7.57
Bilinmiyor (Başvuru Sırasında Alınmamış/Alınamamış)	15	4.93
Başvuru Anındaki Duygular		
Öfke	24	7.9
Kızgınlık	47	15.5
Suçluluk	77	25.3
Özlem	212	69.7
Pişmanlık	55	18.8
Sevgi	57	18.1
Görüşme Sayısı		
1-8 Görüşme	268	88.15
8-Üstü Görüşme	36	11.85
Görüşme Sıklığı		
Hafta Birden Çok	73	24.1
Haftada Bir	168	55.3
Onbeş Günde Bir	52	17.1
Ayda Bir	11	3.5

Tablo 4. Danışanın yas bulguları verileri.

Yas Durumu	Sayı	%
Akut Yas	196	64.5
Patolojik Yasa Dönüşebilir	53	17.4
Patolojik Yas	55	18.1

Tablo 5. Yas belirtileri.

	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bedensel Tepkiler						
Kaslarda Güçsüzlük	27	48.2	123	49.6	150	49.3
Enerji Azlığı	26	46.4	120	48.4	146	48.0
Nefes Darlığı/Nefessiz Kalma Hissi	16	28.3	89	35.9	105	34.5
Gürültüye Duyarlılık	19	33.9	51	20.6	70	23.0
Göğüste Sıkışma	12	21.4	55	22.2	67	22.0
Ağız Kuruluğu	10	17.9	50	20.2	60	19.7
Boğazda Sıkışma	4	7.1	17	6.9	21	6.9
Depersonalizasyon	3	5.4	15	6.0	18	5.9
Bayılma	2	3.6	13	5.2	15	4.9
Midede Boşluk Hissi	5	8.9	10	4.0	15	4.9
Titreme	1	1.9	10	3.6	11	3.6
Duygusal Tepkiler						
Üzüntü	40	71.4	185	74.6	225	74.0
Bunaltı	38	67.9	163	65.7	201	66.1
Özlem	35	62.5	163	65.7	198	65.1
Engellenmişlik Hissi	27	48.2	100	40.5	127	41.9
Yalnızlık	20	35.7	105	42.3	125	41.1
Suçluluk/Kendini Kınama	19	33.9	67	27.0	86	28.3
Öfke	16	28.6	65	26.3	81	26.7
Çaresizlik	18	32.1	57	23.0	75	24.7
İnkâr	7	12.5	54	21.8	61	20.1
Şok	9	16.1	41	16.5	50	16.4
Korkular	7	12.5	31	12.5	38	12.5
Uyuşukluk Hissi	4	7.1	27	10.9	31	10.2
Yorgunluk	1	1.8	15	6.0	16	5.3
Kurtuluş Duygusu	-	-	5	2.0	5	1.6
Rahatlama	1	4.8	3	1.2	4	1.3
Düşünce Belirtileri						
İnanmama	16	28.6	87	35.1	103	33.9
Saplantılı Düşünce	14	25.0	43	17.3	57	18.8
Varsanı	8	14.3	24	9.7	32	10.5
Konfüzyon	4	7.1	19	7.7	23	7.6
Hala Yaşıyor Hissi	-	-	19	6.3	19	6.3
Davranışsal Tepkiler						
Aşırı Hareketlilik/Huzursuzluk	43	76.8	168	67.7	211	69.4
Uyku Bozuklukları	31	55.4	149	60.1	180	59.2
Ağlama	13	23.2	147	50.3	160	52.6
Dalgınlık	23	41.8	95	38.3	118	38.9
Arama-Çağırma	20	35.7	73	29.4	93	30.6
İştah Bozuklukları	11	19.6	55	22.2	66	21.7
Ölenle İlgili Rüyalarda	11	19.6	41	16.5	52	17.1
Ölene Ait Eşyaları Saklama	3	5.4	29	11.7	32	10.5
İç Çekme	3	5.4	18	7.3	21	6.9
Öleni Hatırlatan Şeylerden Uzaklaşma	4	7.1	13	5.2	17	5.6
Öleni Hatırlatan Yerlere Gitme/Eşyaları Taşıma	1	1.8	7	2.8	8	2.6
Patolojik Tepkiler						
Sosyal Uyum Bozukluğu	11	19.6	65	26.2	76	25.0
Psikosomatik Sıkıntılar	14	25.0	59	23.8	73	24.0
Düşmanlı Tutum	5	12.5	50	20.2	57	18.8
Kendi Başına Etkinlik Başlatamama/Karar Verememe	5	8.9	41	16.5	46	15.1
Düşmanlı Duygular ile Uğraş	5	8.9	36	14.5	41	13.5
Ajite Depresyon	7	12.5	33	13.3	40	13.2
Aşırı Hareketlilik	7	12.5	19	7.7	26	8.6
Ölenin Son Hastalığının Belirtilerinin Çıkması	5	8.9	10	4.0	15	4.9
Sosyal-Ekonomik Zarar Verici Davranışlar	5	8.9	7	2.8	12	3.9

Tablo 6. İntihar davranışı verileri.

İntihar Davranışı	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaşamı Dayanılmaz Bulmak	3	42.9	4	57.1	7	20.0
İntihar Düşüncesi	6	28.6	15	71.4	21	60.0
İntihar Planı	-	-	1	100.0	1	2.9
İntihar Girişimi	1	16.7	5	83.3	6	17.1

Tablo 7. Danışanın Sosyal Destek Bilgileri.

Destek Veren	Sayı	%
Ebeveyn	34	11.2
Eş	62	20.4
Çocuk	28	9.2
Kardeş	28	9.2
Yakınları (Akraba, Arkadaş, Tanıdık)	68	22.4
Destek Olan Yok	74	24.3
Bilinmiyor	10	3.3

Tablo 8. Tedavi Sonuçları.

Sonuç	Yas Durumu							
	Akut Yas		Patolojik Yasa Dönüşebilir		Patolojik Yas		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Şifa	40	62.5	7	10.9	17	26.6	64	21.1
Salah	9	50.0	5	27.8	4	22.2	18	5.9
Psikiyatride İzlenmeye Alındı	26	54.2	14	29.1	8	16.7	48	15.8
Tedaviyi Tamamlamadı	121	69.5	27	15.5	26	15.0	174	57.2
Prognoz								
Yeni Bir Kayıp Yada Kayıp Tehdidinde Başvurabilir	33	16.8	13	24.5	14	25.5	60	19.7
Yerleşik Bir Psikiyatrik Bozukluk Gelişebilir	43	21.9	28	52.8	18	32.7	89	29.3
Zaman İçinde Bir Sorun Yaşanması Beklenmez	120	61.3	12	22.7	23	41.8	155	51.0

karşılaşmakta ve yeterli sosyal desteği bulamamaktadır. Bundan dolayı sorunları ile baş etmekte zorlanan kadınların daha fazla psikolojik ve psikiyatrik yardım arayışı içinde oldukları da düşünülebilir.

Kriz merkezine başvuru alt yaş sınırı, 15 yaştır. Yaş dağılım tablosuna bakıldığında 'Yas Tepkisi' ile yapılan başvuruların daha çok 15-44 yaş aralığında olduğu dikkat çekmektedir. Genç ve erişkinlik dönemleri olan bu çağlarda, kişiler uyum sağlamak zorunda kaldıkları bir çok yaşam olayı ile karşılaşmakta, ancak en zorlayıcı olan kayıpları ile baş etmekte güçlük çekmekte ve desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Clayton (1974) kayıp yaşayan genç kişilerin, kayıp yaşamamış kişiler ve evlilere göre daha çok bedensel sıkıntı yaşadıklarını, Clayton (1979) ve Bowlby (1980) genç dulların fiziksel sıkıntı düzeylerinin tüm dullar içinde daha yüksek görüldüğünü belirtmişlerdir (Clayton 1974, Clayton 1979, Bowlby 1980; akt. Worden 1991).

Evli olan bireylerin merkeze başvurular arasında çoğunluğu oluşturması, hemen arkasından da bekar ve dul bireylerin yer alması literatürle uyumlu bir dağılım göstermektedir (Sezgin ve ark. 2004). Bu, yaş dağılım tablosundaki genç ve erişkin yaş gruplarındaki yoğunlaşmaya uyumludur. Olguların çoğunluğunun kadın, evli ve tüm başvuruların % 27'sinin dul ve boşanmış (kadın ağırlıklı) bireylerden oluşması, Erol ve ark. (1998) belirttiği gibi zorlayıcı yaşam olaylarında kadınların yeterli sosyal desteği bulamadığı hususunun, yas sürecindeki kadınlar için de geçerli olduğunu düşündürmektedir.

Yas tedavisi için başvuran olguların eğitim durumları dağılım oranlarının birbirine yakın olması, yas tedavisi alınmasında eğitim durumunun önemli bir etken olmadığını, eğitim düzeyi ne olursa olsun yas sürecinde olguların, özellikle kadınların, yardım ve desteğe ihtiyaç duyduklarını düşündürmektedir.

Merkeze başvuran olguların çoğunluğunun (% 35,5'i memur / işçi, % 7,2'sinin serbest)

çalışıyor olması, çalışıyor olmanın sosyal paylaşım ve destek olmadığında yas çözümlenmesinde kolaylaştırıcı bir etki olmadığını, ev hanımlarının % 32,6 olması da cinsiyet dağılımının kadın ağırlıklı olması ile uyumludur.

Genç insanların kayıplarında daha çok zorlandıkları bildirilmiştir (Clayton 1974; akt. Worden 1991). Olguların % 13,8'inin -özellikle bir çoğunun ailesinden uzakta okuyan ve yeterli sosyal desteği olmayıp, zorlayıcı yaşam olayları ile baş etmekte deneyimsiz- öğrencilerin oluşturması, literatür bilgileri ile uyumlu olduğunu göstermektedir.

Eş ve çocukları ile yaşayanların % 31,4 oranla en yüksek başvuru yapan grup olması, aile içi sosyal destek sisteminin yeterli olmadığını ve kişileri yaslarının çözümlenmesinde destek almaya yönlendirdiğini düşündürmektedir.

Kayıplarla baş etmekte zorlanacak kişiler, daha çok genç, çocukları ile birlikte yaşayan ve çevresinde ona destek sağlayabilecek yakınları olmayan kadınlardır (Parkes 1974; akt. Worden 1991). Bu bulguyu, % 17,8 çocuklarıyla yaşayanlar ve % 10,6 ile ebeveyn ve kardeşleri ile yaşayanların izliyor olmasının da desteklediği düşünülmektedir.

Berksun ve ark. (1993) olguların, kriz merkezine, ölümü takip eden birkaç aydan sonraki başvuru nedenlerinin daha çok sosyal desteğin azaldığı dönemlerde ve yalnızlık duygusundan doğan anksiyeteden kaynaklandığını belirtirler. Merkeze yapılan başvurunun nasıl gerçekleştiğine baktığımızda da olguların hemen hemen yarısının (% 47,9'nun) daha çok yalnız başlarına gelmeyi tercih ettikleri, yaklaşık dörtte birinin de (% 23,4) yakınları veya arkadaşları ile gelmeyi seçtikleri görülmüştür.

Danışanların kriz merkezine geliş şekline yani kimin tarafından gönderildiğine baktığımız zaman, merkezden daha önce yardım almış veya bir şekilde yaptığı faaliyetleri bilen, yakınları tarafından gönderilenlerin çoğunlukta olduğu görülmekte ve bu durumun Berksun ve arkadaşlarının tespiti ile uyumlu olduğu

görülmektedir (Berkun ve ark. 1993). Öncelikle psikiyatri polikliniğine başvurup da yas tanısı ile kriz merkezine yönlendirilenler ile kayıp sonrası doğrudan başvuranların bu grubu izlediği belirlenmiştir.

Merkeze başvuranların, yasin arama ve isyan dönemi ile çökkünlük ve onarma döneminde olup yaslarını çözümlenebilmek için arayışta oldukları, ancak yaşadıkları sıkıntılarını yasları ile ilişkilendirmedikleri için öncelikle farklı branşlardan profesyonellere yardım alabilmek için başvurdukları düşünülmektedir.

Ölene ait bilgileri değerlendirdiğimizde sevgili/eş kaybı sonucu başvurunun birinci sırada ve çocuk kaybı sonrası başvuruların ikinci sırada olduğu dikkat çekmektedir. Aile kendi içinde bir tür dengeye sahiptir. Ailenin bir üyesinin kaybı bu dengenin bozulmasına yol açar. Ailenin acı çekmesine ve yardım aramasına neden olabilir (Worden, 1991).

Kişiler evlilik kurumu içinde eşlerine fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanması için bağımlıdırlar. Zaman içinde bu ihtiyaçlar oldukça karmaşık hal alır ve eşler her konuda birbirinin en büyük desteği olurlar (Rapaport 1994; akt. Soykan 2000). Eşin ölümü ile bu desteğin kesilmesi, kalan eşin yeni yaşama uyum sağlaması için çok çaba sarfetmesi gerekir.

Çocuk ölümleri aileler için ani ve zamansız ölümlerdir. Çocukların anne - babalarından daha uzun yaşaması beklenmektedir. Dolayısıyla çocuk aile için geleceği ve umutları temsil etmektedir. Bu nedenle ailelerin çocuk kaybına uyum yapmaları çok zordur (Eisenberg ve Patterson, 1979; akt. Soykan, 2000). Bu yüzden toplumlar eşini kaybedeni "dul", anne-babasını kaybedeni "yetim" ya da "öksüz" gibi kavramlarla adlandırırken, çocuk kaybını tanımlayabilecek özel bir kavram bulamamışlar, yaratamamışlardır.

Ölenlerin yaş ağırlığının ilk iki sırasında; 0-19 yaş ve 20-29 yaş aralığında olması çocuk ve genç ölümleri ile baş etmenin, yetişkin ölümlerine göre daha zorlayıcı olduğunu düşündürmek-

tedir. Bu durumun çalışmamızdaki diğer bulgular ve literatürde belirtilen bulgular ile de uyumludur (Worden 1991, Soykan 2000). Merkeze başvuran olguların kayıplarının ölüm şekline bakıldığında, literatürle uyumlu olarak, ilk sırayı; kalp krizi, tansiyon, beyin kanaması gibi sebeplerden gerçekleşmiş olan, beklenilmeyen ve zamansız gerçekleşmiş ani ölümlerin aldığı görülmektedir (Sezgin ve ark. 2004). Beklenmedik ölümlerin yasını tutmak, ölümün yakın olduğu ile ilgili bir uyarı ya da belirtinin olduğu durumlara göre daha zordur (Parkes, 1985; akt. Worden, 1991).

Kronik hastalık sonucu ölüm ikinci sırada tespit edilmiştir. Bu tür bir kayıp sürecinde ölüm tam olarak gerçekleşmeden önce yas tamamlanmış olabilmektedir (Kubler-Ross, 1995). Ancak merkeze başvuran kronik bir rahatsızlık sonucu yakınına kaybetmiş olguların Kubler-Ross'un (1995) tanımladığı kayba uyum sürecinin 4. dönemi olan depresyon döneminde oldukları belirlenmiştir.

Olguların kayıplarının ölüm şekline baktığımızda intihar sonucu ölümün oranın % 14 olduğu tespit edilmiştir. Cain (1972) bir intihar önleme merkezi yöneticisi olan Richard Mc Gee'nin: "...intihar bir ailenin başarılı bir biçimde en zor çözümlenebileceği yas krizidir" dediğini bildirmiştir (Akt. Worden 1991).

İntihar, intiharı gerçekleştiren kişinin çevresinden en az beş kişiyi etkilemektedir. Kişi sadece kaybı ile değil, utanç reddedilmişlik, korku, kızgınlık ve suçluluk duyguları ile de baş etmek zorundadır. Bu yüzden yas danışmanlığı/terapisi yaparken bu durum da gözönünde bulundurularak danışmanlık/terapi sürdürülmesinin literatürle uyumlu olacağı düşünülmektedir.

Olguların kayıplarından ne kadar süre sonra Kriz Merkezi'ne başvurduklarına baktığımızda; en erken ölümün hemen ertesi günü, en geç de 12 yıl sonra kayıp odaklı başvuru yapıldığı saptanmıştır. Parkes ve Bowlby (Parkes 1972; Bowlby 1980) yasin kişinin yas sürecinin son aşamasını tamam-

ladığında biteceğini ifade ederler. Worden (1991) ise yasın ne zaman sonlanacağına ilişkin kesin bir süre vermenin imkansız olduğunu, bununla beraber yas çalışmaları incelendiğinde dört ay, bir yıl, iki yıl ya da hiçbir zaman gibi sürelerin görüldüğünü belirtir.

Merkeze başvuran olguların ilk başvuru anındaki duygularına baktığımızda öncelikle kayıplarına duydukları özlem duygusunu, daha sonra sırasıyla suçluluk, pişmanlık, sevgi, kızgınlık ve öfke duygularını dile getirdikleri tespit edilmiştir. Bu durumun yas konusunda çalışmalar yapan araştırmacıların çalışmaları ve tespitleri ile uyumlu olduğu anlaşılmıştır (Parkes 1972, Bowlby 1980, Worden 1991, Volkan 1992).

Danışmanlık / terapi alan olgularla yapılan görüşme sayısına baktığımızda; olguların, akut yas ve patolojik yasa dönüşebilir olan olgular (% 88,15) ile 1-8 standart yas görüşmesi yapıldığı ve bunun Lindemann (1944), Caplan (1964) ve Worden (1991) belirttikleri yasın sonlanmasına yönelik tedavi süresi ve görüşme sayısı ile uyumlu olduğu, patolojik yas tanısı ile yas tedavisi olan olgular (% 11,85) ile de 8 ve üstü görüşme yapılmasının Worden (1991), Volkan (1992), Sezgin ve ark. (2004) yas terapisi için önerdikleri görüşme sayısı ile uyumlu olduğu düşünülebilir.

Worden, çözümlenmemiş yas tepkisi ile başvuran bir hasta ile eğer herhangi bir komplikasyonu yok ise haftada bir yapılacak görüşmenin yeterli olacağını, ancak bazı durumlarda sık yapılan görüşmenin daha etkili olduğunu belirtir (Worden 1991). Yaptığımız çalışmada kriz merkezine başvuran olguların % 55,3'ü ile haftada bir görüşme yapıldığı, özellikle akut yasla ve kaybını takip eden hemen ilk bir hafta içinde başvuran % 24,1 olguyla haftada birden çok görüşme yapıldığı belirlenmiştir. Danışanların % 17,1'i ile on beş günde bir görüşülmüş ve yası çözümlenme aşamasında takip ve kontrolü yapılan olguların % 3,5'i ile de ayda bir görüşmeler yapıldığı anlaşılmıştır.

Danışanın yas durumuna baktığımızda olguların % 64,5'nin akut yas, % 18,1'nin patolojik yas ve % 17,4'nün patolojik yasa dönüşebilir tanısı ile danışma / terapi sürecine alınarak görüşmeler yapıldığı ve bu değerlerin de bu çalışmada elde edilen diğer değerler ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Worden (1991) yas tepkisi gösteren bireylerin kayıplarından sonra ortaya çıkan belirtilerinin akut yas için; bedensel, duygusal, düşünce alanındaki ve davranışsal belirtiler olarak ve patolojik yas için ise komplike (patolojik) belirtiler başlıkları altında değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Her iki cinsiyette de öne çıktığı görülen bedensel, duygusal, düşünce alanındaki ve davranışsal belirtiler ile olguların arama / isyan dönemi ile çökkünlük ve onarım evresinde gösterilen tepkileri gösterdiği ve literatürde ifade edilen akut yas belirtileri ile uyumlu olduğu anlaşılmaktadır.

Horowitz, patolojik yası belli bazı davranışların varlığına değil, yas tepkisinin süresi ya da yoğunluğundaki artışla ilişkilendirmektedir (Horowitz 1980; akt. Worden 1991). Olguların gösterdiği patolojik belirtiler; gecikmiş ya da abartılmış yas tepkileri şeklinde olup patolojik yas veya patolojik yasa dönüşebilir süreçte olduklarını düşündürmektedir.

Kayıptan sonra intihar davranışı daha çok yasın çökkünlük ve onarım evresinde görülmektedir. Bu dönemde kişilerin intihar düşünceleri ve riskleri diğer dönemlere göre daha yüksektir (Soykan 2000). Araştırmada ele alınan olguların % 11,5'ini oluşturan 35 olguda kayıbdan sonra intihar davranışı belirlenmiştir. Bu olguların % 60'ı intiharı düşündüklerini, % 20'si yaşamı dayanılmaz bulduklarını ifade etmiş, % 17,1'ide intihar girişiminde bulunmuştur.

Yas tedavisi için olguların daha çok yası takiben ilk bir aylık sürede ve arama / isyan dönemi veya çökkünlük ve onarım evresinde buldukları iki ile altı ay içerisinde başvurdukları çalışmamızdaki bulgulardan anlaşılacak-

tadır. Yas tepkisi gerginlik, değersizlik duygusu, kendini suçlama ve cezalandırma isteği ile seyreden bir ajite depresyonla sonuçlanırsa intihar riski yüksektir (Lindemann 1944). Bu dönemlerde başlanan görüşmelerde mutlaka danışanların intihar davranışına yönelik sorgulanıp, değerlendirilmesinin hem intihar davranışının önlenmesi, hem de yasinin çözülmesinde yararlı olduğu düşünülmektedir.

Olguların % 24,3'nün hiçbir sosyal destek almadan yaslarını tamamlamaya çalıştıkları, evli olan olguların da ancak % 20,4'nün yas sürecinde eş desteği aldıkları belirlenmiştir. Bu durumun, yoğun toplumsal baskıya, şiddete, ihmal ve istismara maruz kalan kadınların neden erkeklerden daha çok psikolojik ve psikiyatrik yardım ve tedavi arayışında olduklarını gösterdiği ve Erol ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile de uyumlu olduğu düşünülmektedir (Erol ve ark., 1998).

Tedavinin sonucunu değerlendirdiğimizde; olguların % 27'sinin salah ve şifa ile yas tedavisini tamamlayarak, yaslarını çözümledikleri ve tamamladıkları belirlenmiştir.

Başvuranların % 57,2'sinin tedaviyi tamamlamadığı görülmektedir. Bu durum verilen hizmetin başarısızlık gösterdiği kanısı uyandırıyor da yas hastalarının tedaviye seyrek olarak gelmeleri ve onlarla tedavi bağı kurmanın ve sürdürmenin zor olması ile açıklanabilir (Sezgin ve ark., 2004).

Ancak yas sürecini tamamlamadan yarım bırakanların % 64,5'nin haftada birden çok görüşme yapılan akut yas vakaları olduğu anlaşılmaktadır. Yas görüşmelerinde bazen bir tek oturumla bile duygusal ventilasyonun sağlanması yasinin çözümlenmesini sağlamaktadır. Tedaviyi tamamlamayanların büyük çoğunluğunun akut yas tanısı alanların oluşturması bunun desteklendiğini düşündürmektedir.

Tedaviyi tamamlamayan olguların % 15,5'i patolojik yasa dönüşebilir olanlar ile % 15'i

patolojik yas tanısı alanlardır. Patolojik yasinin tedavisi uzun sürmektedir. Yarıda kesilmesi veya başarısız olması sık görülen bir durumdur (Sezgin ve ark., 2004).

Psikiyatride izlenmeye alınan vakalar tüm olguların % 15,8'ini oluşturmaktadır. Bunlarında % 54,2'si akut yas olup; çoğunlukla ilk görüşme sonucu yasa ağır psikiyatrik bir patolojinin eşlik ettiği bireyler ile % 29,1'i patolojik yasa dönüşebilecek olgular ve % 16,7'sinin patolojik yas olan kişiler olduğu belirlenmiştir.

Kriz merkezine başvuran hastaların prognozuna bakıldığında; akut yas olgularının % 61,3'nün zaman içinde bir sorun yaşamaması beklenmez iken, % 21,9'unda yerleşik bir psikiyatrik bozukluğun gelişebileceği, % 16,8'inin yeni bir kayıp veya kayıp tehdidi halinde tekrar merkeze başvurabileceği düşünülmüştür.

Yas sürecinin patolojik yasa dönüşebileceği düşünülerek görüşmelere başlanan olguların tedavi neticesinde; % 52,8'inde yerleşik bir psikiyatrik bozukluğun gelişebileceği, % 24,5'inin yeni bir kayıp veya kayıp tehdidi ile karşılaştığında merkezin hizmetlerinden yararlanmak için tekrar başvurabileceği, % 22,7'sinin ise zaman içinde bir sorun yaşamayacağı şeklinde bir prognoz gösterecekleri varsayılmıştır.

Patolojik yas tanısı ile tedavi alan hastaların yas terapisi sonunda % 41,8'nin zaman içinde bir sorun yaşamaması beklenmez iken, % 32,7'sinde yerleşik bir psikiyatrik bozukluğun gelişebileceği, % 25,5'nin ise yeni bir kayıp ya da kayıp tehdidinde (tekrar yardım arayışı içinde olacağı) kriz merkezine başvurabileceği düşünülmektedir. Bu durumda merkezin temel amacı ve hizmeti olan koruyucu ve önleyici ruh sağlığı görevini yerine getirdiğinin bir göstergesi olarak değerlendirilmelidir.

SONUÇ

Ölüm insanın hayatında asla çıkarmayacağı ve mutlaka karşılaşıacağı bir fenomendir. Hayat varlık ve yokluk, kazanç ve kayıp, almak ve vermek, artı ve eksi gibi ikilemlerin üzerine kurulduğuna göre her insanın yaşamında

kayıpları olacak ve bu kayıplardan ötürü kederlenip, yas tutacaktır. Bu arada yeniden uyum sürecindeki kazanımları ile yaşamını daha zenginleştirerek sürdürme şansı kazanacaktır.

Kaybedilen kişiye verilen değer, yüklenen anlam, yası yaşayan kişinin hayatında aldığı rol; arkasından tutulan yas sürecini, bu süreçteki yas tepkilerini ve çözümlenme zamanını belirler. Kişi bu süreçte kaybına karşı yoğun duygu ve düşünceler yaşar. Ancak sağlıklı bir şekilde yasını çözümlenmeye bireyde kaybedilene yönelik duygu ve düşüncelerin yoğunluğu zamanla hafifleyecektir. Dolayısıyla yası sonlandırmak hem zaman isteyen bir süreçtir hem de kişiden kişiye değişiklik gösterir. Eşini kaybetmiş bir genç kadınla yaşlı bir kadının, çocuğunu kaybetmiş bir annenin veya tek başına yaşayan ve hayatta tek dost olarak kedisini gören birisinin yası elbette bir olmayacaktır. Hepsinde ayrı bir duygu, değer ve anlam yüklemi vardır. Yas yaşantısı benzer bulgular verirse de yaşananlar kişiye özeldir.

Bulgulara bakıldığında başvuruların % 81,6'sının kadın olduğu görülmektedir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması (1998) ana raporunun erişkin nüfus ile ilgili sonuçlar bölümünde; "ruhsal şikayetler ile tedavi başvuru oranları kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla" olduğu belirtilmektedir (Erol ve ark. 1998). Bu gerçeği de dikkate aldığımızda kadınların çoğunlukta olması beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Çoğunluğun kadın oluşu, kadınların yas sürecini tamamlamakta daha fazla zorlandığını veya daha fazla yardım ve desteğe ihtiyaç duyduklarının yanı sıra yardım arayışına yatkınlıklarını düşündürmektedir.

Olguların % 70'i 15-44 yaş grubundadır. Yaş dağılımının 44 yaş altı ağırlıklı olmakla beraber, yaş gruplarının eşit ve/veya yakın dağılım gösterdiği de dikkati çekmektedir. Bu durumun merkeze yapılan tüm başvurulardaki 15-44 yaş dağılımı ile uyumlu oluşu, yas nedeniyle merkeze başvuruların yaş bulguları itibarıyla özellikli bir sonuç olarak değerlendirilmeyi zorlaştırmaktadır.

Başvuruların % 25,6'sı merkeze kendisi başvuruda bulunmuştur. % 32,6'sının yakınları tarafından yönlendirildiği, % 26,9'nun psikiyatri polikliniğinden gönderildiği saptanmıştır. Olguların büyük çoğunluğunun dolaylı olarak merkeze ulaşması merkezin sunduğu hizmetin daha fazla duyurulup yaygınlaştırılması, yaşam krizleri konusunda toplumu bilgilendirmek ve eğitmek gerektiğini düşündürmektedir.

Olguların, yaklaşık yarısının, % 47,9'unun tek başına müracaat ettikleri belirlenmiştir. Ayrıca kadın ağırlıklı olan başvuruların % 24,3 sosyal desteğinin olmaması dikkat çekicidir. Başvuruların kadın ağırlıklı oluşu ve kadınların yarıya yakınının tek başına müracaat etmeleri ve yaklaşık dörtte birinin sosyal desteğinin olmamasına çeşitli anlamlar yüklenebilir; ya kadınlar yasin çözümlenmesinde daha fazla zorlanmaktadır ve sonuç olarak daha fazla yardım ve desteğe ihtiyaç duymaktadırlar, ya da duygusal sorunlarının çözümlenmesinde yardım arayışına ve paylaşımına daha açıktırlar. Her iki durumda yine Erol ve arkadaşlarının (1998) çalışmasıyla uyumlu olduğu düşünülmektedir.

Olguların ilk görüşmede öne çıkan duyguları (özlem, suçluluk ve pişmanlık) ve bedensel, duygusal, düşünce alanındaki ve davranışsal belirtileri başvuruların % 64,5'inin akut yas sürecinde olup, yasin 2. evresi (arama ve isyan dönemi) ve 3. evresinde (çökkünlük ve onarma çabaları dönemi) oluşları ile açıklanabilir. Yas sürecinin bu dönemlerinde, kişi kaybına karşı yoğun bir özlem içinde kaybı ile uğraş, suçluluk ve suçlama duyguları yaşar. Kaybı kabullenmeye başlamasıyla beraber pişmanlıkları dile getirir ve gerçekleri ile yüzleşir, yıkıntılarını onarmaya başlar (Parkes 1972, Eisenberg ve Patterson 1979, Bowlby 1980). Dolayısıyla olguların, ilk görüşme anında kayıplarına karşı dile getirdikleri duyguların ve bedensel, duygusal, düşünce alanındaki ve davranışsal belirtilerin içinde buldukları yas evreleri sebebiyle beklenen tepkiler olduğu söylenebilir.

Başvuranların % 17,4'ünü patolojik yasa dönüşebilecek olanlar ile % 18,1'ni patolojik yas olanlar olduğu tespit edilmiştir. Patolojik yas; bireyin normal yas evrelerinin birinde takılıp kalması sonucu verdiği patolojik tepkilerdir. Bu tepkiler araştırmacılar tarafından; kronik yas, gecikmiş yas, abartılı yas, maskelenmiş yas olarak adlandırılmıştır (Worden 1991). Olgularda patolojik yas belirtisi olarak görülen ilk üç belirti; sosyal uyum bozukluğu, psikosomatik şikayetler ve düşmancıl tutum olarak tespit edilmiştir. Bu belirtiler; yakınmalarının kaybı ile bağlantılı olabileceğinin farkında olmayan, kayıptan sonra yasını bastıran, fiziksel ve ruhsal belirtiler veya maladaptif davranışlar gösteren maskelenmiş yas belirtileridir. Buradan hareketle patolojik yasa dönüşebilir olarak belirlenen olgular ile patolojik yas olgularının daha çok maskelenmiş yas belirtileri gösterdikleri ifade edilebilir.

Olguların % 55,3'ü haftada bir görülmüş ve % 88,15'i ile 1-8 görüşmede müdahale sonlandırılmıştır. Ortalama görüşme sayısı 4 olup, en kısa görüşme 1 seans ve en uzun görüşme 16 seans olmuştur. Yas danışmanlığında ortalama 8-10 görüşme yapılması önerildiği (Lindemann, 1944, Worden 1991) dikkate alınır, uygulamanın yoğunlukla literatürdeki yas danışmanlığı ile paralellik gösterdiği söylenebilir.

Olguların % 11,9'nu oluşturan 36 vakada standart kriz görüşme sayısı olan 8 görüşmenin üzerinde görüşme yapılarak müdahalenin uzatıldığı belirlenmiştir. Bunun yasin kronikleşmesinin ve herhangi bir psikopatolojinin oluşmasının önlenmesi amaçlı olarak bireye özgü bir uzatma olduğu ifade edilebilir.

Merkeze başvuran bireyler daha çok akut yas içinde iken ve ilk başvuru anında kayıplarına karşı ambivalan duygular hissettikleri dönemde ve daha çok bunun üzerinde yoğunlaştıkları anlaşılmaktadır. Olgularla haftada bir ve 1-8 yas görüşmesi yapılmasının, ventilasyonun sağlanması ve kayba yönelik tüm

duygu ve düşünce yoğunluğunun hafifletilerek yasin çözümlenmesi -kişinin kaybettiği kişi ile tüm hesaplaşmalarını gerçekleştirip, kaybını kabullenerek yeniden yaşamını yapılandırması için, yeterli süre ve görüşme sıklığı olduğu düşünülmektedir.

Olguların prognozuna bakıldığında; başvuruların yaklaşık yarısının tedavi sonrasında yaslarını çözümledikleri, yine bir kısmının ise yeniden bir yardım arayışı içine girdiklerinde merkeze gelmeyi istedikleri belirlenmiştir. Aynı zamanda yerleşik psikiyatrik bir bozukluğun gelişebileceği düşünülen olgular psikiyatri polikliniğine yönlendirilmiştir. Böylece olgularda erken uygun tedavi yapılması, koruyucu ve önleyici ruh sağlığı bakımından değerli bir sonuç olarak ifade edilebilir.

Olguların bir kısmının, bir yada birkaç görüşme ile yetinerek, tedaviyi tamamlamadan bırakmasına; yas olgularının takibinin ve devamlılığının güçlüğünden kaynaklanmakla birlikte, tek bir görüşmenin bile yas sürecinde duygusal yaşantıların sözelleştirilerek ventilasyonun sağlanmasının önemli, yeterli ve kolaylaştırıcı olduğu yorumu getirilebilir.

Olguların büyük çoğunluğunun dolaylı olarak merkeze ulaşması merkezin sunduğu hizmetin daha fazla duyurulup yaygınlaştırılması, başvuranların çoğunun kadın olması ve kadınların daha çok sosyal destek ihtiyacı duyması, ruh sağlığı merkezlerine kadınların erkeklere oranla iki kat yardım ve tedavi başvurusunda bulunuyor olmaları da göz önüne alınarak, özellikle kadınlar başta olmak üzere, toplumun yaşam krizleri konusunda bilgilendirmek ve eğitmek gerektiğini düşündürmektedir.

Toplumsal bir hizmet sunan merkezin, yas olgularına sunduğu hizmetin değerlendirildiği çalışmamızdan yola çıkarak, daha fazla kişinin bu hizmetten yararlanabilmesi benzer merkezlerin artırılması, koruyucu ruh sağlığı bağlamında toplumun ruh sağlığı için yararlı olacak ve psikiyatri polikliniklerinin yükünü azaltacaktır.

KAYNAKLAR

Berksun OE, Oral A, Ergin G, Azizoğlu S (2000) Krize Müdahale ve Yas: Olgu Sunumu. *Kriz Dergisi*, 1(2): 45-50.

Bowlby JW (1980) *Attachment and Loss: Loss, Sadness and Depression (Vol. III)* New York: Basic Books.

Demi AS, Miles MS (1987) *Parameters of Normal Grief; A Delphi Study. Deat Studies*, II, p.: 397-412.

Eisenberg S, Patterson LE (1979) *Helping Clients with Special Concerns* Bostons: Houghton Mifflin Company, p.: 218-234.

Engel GL (1961) *Is Grief A Disease? A Challenge for Medical Research. Psychosomatic Medicine*, 23: 18-22.

Erol N, Kılıç C, Uloşoy M, Keçeci M, Şimşek Z (1998) Türkiye ruh sağlığı profili; Erişkin nüfus ile ilgili sonuçlar. Erişim: [<http://www.saglik.gov.tr/sb/default.asp?sayfa=aramadetay&id=32&keli me=psikolog&page=>] Erişim tarihi: 22.02.2006

Horowitz MJ, Wilner N, Marmar C, Krupnick J (1980) *Pathological Grief and the Activation of Latent Self Images. American Journal Psychiatry*, 137: 1157-1162.

Koçak M, Çevik A (2002) *Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısını Alan İki Hastada Komplike Yas. Türkiye Klinikleri Psikiyatri*, 3(4): 6-11.

Lindemann E (1944) *Akut Yasın Semptomatolojisi ve Yaklaşım. Çev. R. Uslu. Kriz Dergisi*, 1(2): 104-109.

Okyayuz ÜH (1999) *Kanser Hastası ve İletişim. Sağlık Psikolojisi Giriş. Türk Psikologlar Derneği Yayınları No: 19,1. Basım. Ankara. s.: 221-236.*

Parkes LM (1972) *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life. New York: International Universities Pres.*

Sayıl I (2000) *Kriz Kavramı, Krize Müdahale ve Koruyucu Ruh Sağlığındaki Yeri. Kriz ve Krize Müdahale. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları No.6, s.: 7-37.*

Sezgin U, Yüksel Ş, Topçu Z, Dişçiğil GA (2004) *Ne Zaman Travmatik Yas Tanısı Konur? Ne Zaman Tedavi Başlar? Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7(3): 167-175.

Soykan Ç (2000) *Krize Müdahale İlkeleri Çerçevesinde Yas ve Yas Müdahale. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları. No. 6, s. 123-135.*

Volkan V (1992) *Psikanaliz Yazıları. Çev. B. Ceyhun, A. Çevik. s.: 58-96.*

Volkan VD (1985) *Complicated Mourning. Annual of Psychoanalysis*, 12: 323-348.

Volkan VD, Zinht E (1991) *Kayıptan Sonra Yaşam. Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Eğitim Notları*, 1, İzmir.

Worden JW (1991) *Yas Danışmanlığı ve Yas Terapisi; Ruh Sağlığı Çalışanları İçin El Kitabı. Çev. B. Öncü. (2003), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları No. 452.*