

Afetlerde Travmaya Bağlı Uygulanabilen Psikoanalitik Girişimler

Psychoanalytical Interventions That Can be Applied to Trauma in Disasters

Nezihe BULUT UĞURLU^a,
Güllü YAZKAN^a

^aMuğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü,
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği ABD,
Muğla, Türkiye

Yazışma Adresi/Correspondence:
Nezihe BULUT UĞURLU
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü,
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği ABD,
Muğla, Türkiye
nugurlu@mu.edu.tr

ÖZET Afetler insan hayatını olumsuz etkileyen ve özellikle yıkıcı etkiler bırakabilen, doğa ya da insan kaynaklı ortaya çıkan olaylardır. Bu olayların kişilerde bıraktığı ekonomik kayıp, fizyolojik rahatsızlıkların yanı sıra ciddi psikolojik sorunları da beraberinde getirebilmektedir. Özellikle bazı kişilerde yaşanan afet psikolojik olarak çeşitli semptomların ortaya çıkmasına hatta bu belirtilerin kötüleşmesi kişilerde akut stres bozukluğu, travmaya bağlı yas gibi travmatik durumların gelişmesine sebep olabilmektedir. Böyle durumlarda kişinin acil gereksinimleri karşılandıktan sonra psikolojik olarak destek sağlanması ve yaşadığı travmanın kaynağına odaklanarak travma yaşayan kişiye dair bilgiler edinilmelidir. Bu sayede psikiyatri alanında uzman kişilerin yardım etmesi kolaylaşabilmektedir. Özellikle birey odaklı olarak travmanın çözülmesinde psikanalitik uygulamaların yapılması bu konuda fayda sağlayabilmektedir. Alanında uzman kişilerin travma mağdurları ile terapötik ilişki kurması ve güven çerçevesinde bu süreci yürütmesi, bu kişilerin farkındalık düzeylerinin artmasına ve yaşadıkları durumu kabullenebilmelerine yardımcı olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Afetler; yaralar ve yaralanmalar; psikanalitik girişim

ABSTRACT Disasters are natural or human-induced events that adversely affect human life and can have particularly devastating effects. The economic loss caused by these events can bring along serious psychological problems as well as physiological disorders. In particular, the disaster experienced in some people may cause various psychological symptoms to occur, and even worsening of these symptoms may lead to the development of traumatic situations such as acute stress disorder and mourning due to trauma. In such cases, after the immediate needs of the person are met, psychological support should be provided and information should be obtained about the traumatized person by focusing on the source of the trauma. In this way, it will be easier for experts in the field of psychiatry to help. In particular, psychoanalytic practices in the analysis of trauma with an individual focus can be beneficial in this regard. Establishing a therapeutic relationship with trauma victims by experts in the field and conducting this process within the framework of trust can help these people to increase their awareness level and to accept the situation they live in.

Keywords: Disasters; wounds and injuries; psychoanalytic intervention

Afetler; günlük yaşantılarda büyük aksamalara yol açabilen, bireylerin hem sosyal ilişkilerini zorlaştırabilen hem de ekonomik anlamda kayıplar yaşatabilen, normal yaşam rutinlerini bozabilen, imkanların eksikliği ya da yetersizliği nedeniyle toplumun/bireylerin çözüm olanaklarının yetersiz kaldığı, doğa, teknoloji ve insan kaynaklı olayları ifade etmektedir.¹ Bir durum ya da olayın afet olarak tanımlanabilmesi için bulunulan bölgedeki kişilerin/toplumun hayatlarını devam ettirdikleri çevreyi etkilemesi gerekmektedir. Bu sebeple buradan çıkarılabilecek en önemli şey afetlerin sonuçlarının bilinmesidir. Afetlerin olası olumsuz etkilerini azaltmak için ise afet döngüsünü kapsayan modeller tercih edilmektedir. Afetin ortaya çıkmasından sonra başlayan bu döngü; oluşan risk ve zararların azaltılmasına yönelik hazırlıkların planlanması,

KAYNAK GÖSTERMEK İÇİN:

Bulut Uğurlu N, Yazkan G. Afetlerde travmaya bağlı uygulanabilen psikanalitik girişimler. Keskin G, editör. Afetlerde Ruhsal Sorunlar ve Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2023. p.46-52.

planlanan müdahalelerin uygulanması ve hem ruhsal hem de fiziksel anlamda iyileşme sağlanması aşamalarını kapsamaktadır.²

Bu aşamaların koordinasyonu ve uygulanmasında alanında uzman olan kişiler yer almaktadır. Afetlerde görev alan uzmanları sıralamak gerekirse; arama kurtarma ekipleri, itfaiyeciler, acil serviste görev yapan doktorlar, acil tıp teknisyenleri ve teknikerleri, hemşireler, kolluk kuvvetleri (polis, jandarma, dalgıç, askeri personel vb.), kimyasal, biyolojik, nükleer uzmanları, sosyal hizmet ve çocuk gelişim uzmanları, psikiyatristler, psikiyatri hemşireleri, psikolog, psikolojik danışmanlar, afetlerde görev alan muhabirler ve gönüllülerden oluşmaktadır.³ Bahsi geçen afet çalışanları, acil durum ve krize müdahale konusunda büyük bir rol oynamaktadır.

Afetin yaşandığı bölgelerin tespit edilmesi, burada bilgi ve iletişimin sağlanması, bireyleri koruyucu ve zararın artmasını önleyici girişimlerin yapılması oldukça önemlidir.⁴ Afet olarak tanımlanan durum deprem, sel, yangın, çığ, salgın hastalık, nükleer patlamalar olarak sıralanabilir. Afetlerde enkazın kaldırılması, arama kurtarma müdahalelerinin yapılması, ilk ve acil yardımın sağlanması, temel gereksinimlerin (beslenme, barınma, iletişim ve haberleşme, güvenlik, eğitim) karşılanması, personel ihtiyacının temin edilmesi, psikososyal destek sunulması ve özel gereksinimi olan grupların korunması ve yardımcı olma gibi görev zincirinin önemli parçaları bulunmaktadır.⁵

Yaşanılan bu afetler sırasında ya da kısa bir süre sonrasında, doğrudan bu durumu yaşayan kişiler ya da toplumların üyelerinde, afetin yıkıcı ve zarar verici etkilerine bağlı olarak bir takım psikolojik belirtiler görülebilmektedir.⁶ Bu psikolojik belirtiler görülmeye başlandıktan sonra şiddetinin artması durumunda gerekli müdahalelerin yapılmaması ya da geciktirilmesi halinde kişilerde farklı ruhsal rahatsızlıkların söz konusu olması ve durumun birlikte yaşadığı bireyleri de olumsuz etkilemesi kaçınılmaz olabilmektedir.⁷ Afet sonrası karşılaşılabilecek bu tür olumsuz psikolojik durumların önüne geçilebilmesi için ruh sağlığı planlaması, danışmanlık hizmetleri ve destekleyici terapi uygulamaları fayda sağlayabilmektedir.^{6,7} Psikolojik yardım gerektiren afet sonrası bu durumlar psikolojik kriz olarak da tanımlanabilmektedir.⁸ Psikolojik krizler eğer erken aşamalarda müdahale yapılmazsa kişinin yaşantısını olumsuz etkileyebilmekte bu durum onun hayatında çeşitli travmalara yol açabilmektedir. Afet sonrası oluşan bu travmalar geçici olabileceği gibi kalıcı nitelikte de olabilmektedir. Travmaya bağlı bireyin yaşantısı, onunla beraber yaşayan ailesi ve çevresi de olumsuz etkilenmektedir.⁶ Travma sonrası özellikle travma sonrası stres bozukluğu,

majör depresyon gibi psikopatolojik tanılarda karşımıza çıkabilmektedir.^{6,9}

Özellikle afetin şiddetine bağlı olarak bireylerde çok farklı süreçler ve durumlar gözlemlenebilmektedir. Bu süreçler dört bölümde ifade edilebilmektedir. Bunlar;

- 1) Psikolojik şok süreci
- 2) Tepki süreci
- 3) Farkındalık süreci
- 4) İyileşme süreci

Psikolojik şok süreci: Afet sonrası ilk 24 saati kapsayan süreçtir. Bu süreçte bireyde unutkanlık, dalgınlık, odaklanamama, tepkisizlik, halüsinasyon, katılma gibi tepkiler verilebilmektedir.

Tepki süreci: İki gün ile altı gün arası görülebilir. Kızgınlık, güvensizlik, endişe, korku, kalp çarpıntısı, bulantı, sürekli hareket etme, ağlama krizleri, öfkeli olma gibi reaksiyonlar açığa çıkabilmektedir.

Farkındalık süreci: Birinci haftanın sonundan itibaren görülmeye başlanır. İlk önce neler olduğunu bilmek istemez, görmezden gelir ama daha sonra farkındalığın artışı ile yas süreci devreye girer. Duyguların yoğun olarak yaşanması, odaklanamama, çevresindekilerle çatışma gibi durumlar yaşanabilir.

İyileşme süreci: afetten çok uzun süre sonra süreci kabullenme ve uyum sağlama başlar. Bu süreçte daha önceden gözlemlenen direnç azalır, sakinlik, iyilik hali gelişir. Afet sonrası gelecek hayata ilişkin amaçların belirlenmesi, hedeflerin koyulması, söz konusudur. Bu durum her bireyde farklılık göstermektedir. Bu sürece bazı bireyler kolaylıkla geçerken bazıları da krizi yaşamaya devam edebilmektedir.⁷ Kriz durumu devam eden kişilerde çeşitli ruhsal bozukluklar oluşabilmektedir. Bunlar; Akut Stres Bozukluğu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), travmatik yas olarak karşımıza çıkabilmektedir.

AKUT STRES BOZUKLUĞU

Akut stres bozukluğu ilk defa 1994 yılında DSM IV'te gündeme gelmiştir. Bu kategori öncelikle yapılması gereken akut bir stres yaratan eylem/durumu yaşadktan kısa süre sonra ortaya çıkan ve daha sonra travma sonrası stres bozukluğuna dönüşebilecek olan kaçınılmaz ve aşırı uyarılma ile ilgili psikolojik tepkileri tanımak, kodlamak ve teşhis etmektir. DSM V'te açıklaması yapılan belirtiler en az üç gündür devam ediyor olmalı ve bu süre dört haftayı geçmemelidir.¹⁰

- A. Bu kategoride yer alan yollardan en az biriyle direk ya da dolaylı olarak göz korkutucu şekilde ölüm, ağır yaralanma yaşama veya cinsel saldırıya uğramış olma durumu ile karşılaşma,
1. Direk örseleyici olay yaşama,
 2. Başkalarının başına gelen olayları direk görme, tanıklık etme
 3. Aileden birisinin ya da yakın bir arkadaşının başına gelen örseleyici olayları sonucu öldüklerini ya da ölme olasılıklarını öğrenme.
 4. Örseleyici olayların detaylarıyla ilgili direkt ve aşırı bir karşı karşıya kalma durumu yaşama (enkaz kaldırma çalışmalarında yer alma ve cesetleri görme vb.)
- B. Örseleyici olay(lar)dan sonra ortaya çıkan ya da giderek kötüleşen, istem dışı gelen belirtiler, olumsuz duygudurum, çözülme, kaçınma ve uyarılmayı kapsayan aşağıdaki herhangi beş kümeden en az dokuz (ya da daha çok) belirtinin varlığı:

İstem dışı Gelen Belirtiler

1. Örseleyici olaya ilişkin istemsiz ve istenç dışı gelen, sıkıntı veren anılar.
2. İçeriği ve/ya da duygulanımı örseleyici olayla ilişkili, yineleyici, sıkıntı veren kabuslar görme.
3. Kişinin örseleyici olay yeniden yaşadığını gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (dissoziyasyon) tepkileri.
4. Örseleyici olayı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara tepki olarak yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama ya da fizyolojiyi ilgilendiren belirgin tepkiler gösterme.

Olumsuz Duygudurum

5. Sürekli bir biçimde, olumlu duygular yaşayamama ya da devamlılığını sürdürememe (örn: mutluluğu, doyumunu ya da sevgi duygularını yaşayamama)

Çözülme (Dissoziyasyon) Belirtileri

6. Kişinin çevresindekilerle ya da kendisiyle ilgili olarak değişmiş bir gerçeklik duygusu (örn: Kendisini başkasının gözünden görme, şaşkın bir durumda olma, zamanın yavaşlaması).
7. Örseleyici olayın önemli bir yönünü anımsayamama (özellikle unutkanlık [dissoziyatif amnezi] bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir).

Kaçınma Belirtileri

8. Örseleyici olayla ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan uzak durma çabaları.
9. Örseleyici olayla ilgi ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan uzak durma çabaları.

Uyarılma Belirtileri

10. Uyku bozukluğu (örn: uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan bir uyku uyuma)
11. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kışkırtma olmadan ya da çok az bir kışkırtma karşısında).
12. Her an tetikte olma.
13. Odaklanma güçlükleri.
14. Abartılı irkilme tepkisi gösterme

- C. Bu bozukluğun (B tanı ölçütündeki belirtilerin) süresi, örselenmeyle karşılaştıktan sonra üç günle bir ay arasında değişir. Not: Bu belirtiler örselenmeden hemen sonra başlar, ancak tanı ölçütlerini karşılaması için en az üç gün olmak üzere, en çok bir ay sürmüş olması gerekir.
- D. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn: ilaç, alkol) ya da başka bir sağlık durumunun (örn: ağır olmayan çarpmayla beyin yaralanması) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz ve kısa psikoz bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz.¹¹

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU (TSSB)

Travmatik bir olaydan sonra bireylerin yaşamlarını devam ettirebilmeleri için gösterdikleri stres tepkilerinin uzamasıyla TSSB gelişir. DSM-5 Travma sonrası stres bozukluğu; travmaya sebep olan olayların (afet vb.) hemen ardından gelişen ve bir aydan daha uzun süren, istem dışı yineleyen hatırlamalar, travmatik olayı anımsatan iç ve dış uyaranlara karşı yoğun ya da uzun süreli sıkıntı yaşama, tekrarlayan sıkıntı veren rüyalar ve kabuslar görme, olaya ilişkin uyaranlardan kaçınma, travmatik deneyimle ilgili

olumsuz biliş ve duygular geliştirme ve tepki gösterme biçimlerinde değişiklikler olma durumlarının gözlemlenmesi ve bu durumların madde kullanımı, psikoz bozukluğu ve sağlık durumu ile açıklamayan durumlar olarak tanımlamaktadır.¹² TSSB'nin ortaya çıkmasında travmanın o birey için niteliği, şiddeti, daha önce yaşadığı travmatik olaylar ve travma sonrası içinde yaşadığı koşullar belirleyici faktörler olarak toplanabilir.¹³

TSSB tanısı koyabilmek için ilk ölçüt ruhsal açıdan travmatik bir olay yaşamının gerekliliğidir. TSSB belirtilerini 3 ana kümede toplamak mümkündür: "Travmatik olayı yeniden yaşama", "Travmaya eşlik etmiş uyarılardan kaçınma ve genel tepki verme düzeyinde azalma (küntleşme)" ve "Uyarılmışlık belirtileri". Travmatik yaşantıdan sonra bu belirtilerin görülmesi TSSB tanısı koymak için yeterli olmamaktadır. Belirtilerin bir aydan daha fazla sürmesi, belirgin bir rahatsızlığa yol açması ve işlevsellikte bozulmaya neden olması halinde TSSB tanısı konulabilir.¹⁴

TRAVMATİK OLAYI YENİDEN YAŞAMA

Travma yaşayan kişide, olayla ilgili anıların yaşanması sık karşılaşılan bir durumdur. Olayla ilgili görüntüler (örneğin ceset görüntüleri), sesler (yardım isteyenlerin haykırışları), onları düşünmek istemediğinde veya aklına getirecek bir durum olmadığı hâlde bile kişinin zihnini meşgul edebilir.¹⁵ Zaman, travma anında durmuş gibidir. Travmatik an, anormal bir hafıza biçiminde kodlanmıştır; ki bu, hem uyanıklık durumu esnasında geçmişe dönüş olarak hem de uyku esnasında travmatik kabuslar olarak, bilinçliliği kendiliğinden kesintiye uğratar. Küçük, görünüşte önemsiz hatırlatıcı şeyler, çoğu kez tüm canlılığı ve orijinal olayın duygusal gücüyle geri dönen bu hatıraları uyandırabilir.¹⁶

Travmatik olayı yeniden yaşama; olayı elinde olmadan tekrar tekrar rahatsız edici bir şekilde anımsama, olayla ilgili kabus veya sıkıntılı rüyalar görme, geriye dönüşler (flash-back'ler) yaşama ve yaşanan travmayı hatırlatan uyarılar karşısında ciddi bir sıkıntı (korku, çaresizlik vb.) ve fizyolojik tepkiler yaşama (çarpıntı, sıkışma hissi, titreme, terleme vb.) şeklinde görülebilmektedir.¹⁷ Travmatik olayı tekrar yaşama, önemli bir semptomdur. Çünkü diğer kategorilerdeki belirtilerin olası kaynağıdır. Bazı TSSB kuramları, travmatik olayların var olan şemayla (kişinin dünya ile ilgili genel inançları) başarılı bir şekilde bütünleştirememesine atfederek, bunu temel özellik olarak kabul ederler.¹⁴

TRAVMAYA EŞLİK ETMİŞ UYARANLARDAN KAÇINMA VE GENEL TEPKİ VERME DÜZEYİNDE AZALMA

Kişi, travma ile ilgili konuşmalardan, etkinliklerden ve kişilerden kaçınmak için çaba gösterir. Olayı hatırlatan yer,

durum, konuşma, duygu ve düşüncelerden mümkün olduğunca uzak durmaya çalışır. Olayı hatırlamak büyük bir sıkıntı, acı ve korku hissine yol açtığı için olayı hatırlatan yerlere gitmez, bu konulardan bahsetmez veya konuşulan yerlerden uzak durur. Örneğin; enkaz altında kalmış bazı kişiler evin enkazının bulunduğu yeri, hatta o şehri ziyaret edemeyebilir, olaydan hiç bahsedemeyebilir.¹⁵ İnsanlardan uzaklaşma, dostluk, sevecenlik, cinsellik gibi durumlara karşı bir ilgisizlik hali ortaya çıkar. Kişiler, olayı yaşamamış kişilerden duygusal olarak uzak hissedebilirler, duygularında körelme olabilir, sevinç ve üzüntü hissedemeyebilirler. Kişi artık bir geleceği olmadığı duygusunu yaşayabilir.¹⁷

Uyarılmışlık Belirtileri

Travmatik bir deneyimden sonra, tehlike her an geri dönebilir gibidir ve insanın kendini koruma sisteminin (Sempatik Sistem) sürekli olarak aktif olduğu görülür. Bedenen ve psikolojik olarak sanki aynı durumu tekrar yaşayacakmış gibi tetikte olabilirler. Travmatik olayla ilişkili özel bir uyarana yoğun tepkinin yanı sıra, beklenmeyen uyarana karşı da aşırı irkilme, gergin reaksiyon gösterme gibi tepkiler verilir. Uyarılmadaki artış, uyanıklık durumu kadar, uyku esnasında da devam eder. Sonuç olarak, travma mağdurlarında sayısız tipte uyku bozukluğu ortaya çıkabilmektedir. Uykuya dalmaları uzun süren travma sonrası stres bozukluğu olan insanlar, sese karşı çok hassastır; gece boyunca sıradan insanlardan daha sık uyanırlar. Travmatik olaylar, bu yönüyle insan sinir sisteminin yeniden şartlanması gibidir.¹⁶

Travma ile karşılaşan kişilerde TSSB belirtileri oldukça sık görülmesine rağmen, farklı rahatsızlıklar da bu tanıya komorbid veya tek başına görülebilmektedir. TSSB tanısı alan pek çok kişide yaşadığı yoğun stres sebebiyle depresyon görülme olasılığı oldukça yüksektir. Travma üzerine yapılan çeşitli çalışmalar travma ve depresyon arasında pozitif korelasyona değinmektedir. Depresyondan sonra ise TSSB ile birlikte görülen rahatsızlıkların başında kaygı bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı, somatizasyon bozuklukları, psikotik bozukluklar, yeme bozuklukları ve cinsel bozukluklar yer almaktadır. Yapılan bir çalışmada çeşitli rahatsızlıkların TSSB ile birlikte görülme sıklıkları; depresyon %35.5, fobik bozukluk %29, obsesif kompulsif bozukluk %12.5, panik bozukluk %6.4, alkol bağımlılığı %6.4 olarak verilmektedir. Bu rahatsızlıklar TSSB ile birlikte görülebileceği gibi tek başlarına da görülebilmektedirler. Buna karşın, travma ile karşılaşan herkesin psikiyatrik bir rahatsızlık geliştirmesi beklenebilir. Kişiler benzer travmatik yaşantılara sahip olsalar bile,

TABLO 1: Travmatik yasin yas ve travma bileşenleri.

	Yas	Travma
Biliş	Ödak ölen kişide, ölenin görüntüsü	Ödak ölümdede, dehşetin görüntüsü
Duygu durum	Ölen kişiye hasret, ayrılma anksiyetesi, öfke (inkâr), üzüntü	Güvene hasret, tehlikenin anksiyetesi, öfke, hissizlik, tahammülsüzlük
Davranış	Öleni arama	Tehlikeden korunma

maruz kalınan travmatik yaşantı sayısı, şiddeti, kişinin algılama düzeyi, cinsiyet, yaş gibi çeşitli değişkenler sebebiyle travma sonrasında herkeste farklı tepkiler ortaya çıkabilmektedir.¹⁸

TRAVMATİK YAS

Travmatik yas, travmatik olay sonucunda gerçekleşen bir ölümün (Örneğin; kaza, cinayet, doğal afet sonrası sevdiğini kaybetme, insanlara ve hayata dair inançlarını, güvenini ve hayallerini kaybetme) ardından girilen yas sürecidir. Travmatik yasta yaşanan kayba bağlı olarak yoğun ve atlatılması zaman alan bir süreç yaşanmaktadır.¹⁵ Normal yas sürecinden farkı ise; birey yaşama ayırması gereken enerjinin büyük bir çoğunluğunu yaşadığı kaybı düşünmeye onun için içinde yaşadığı acıyla meşgul olmaya ayırırken aslında yaşamsal pek çok aktivite ve ilişkiyi de ertelemeye başlar.¹⁹

Birçok belirtisi TSSB'yi anımsatmakla birlikte travmatik yas, TSSB'den ve yastan farklı bir durumdur. Travmatik yasta bir "ayrılık travması" söz konusu olduğu için öleni görmeye can atma veya arama gibi ayrılıkla ilişkili belirtiler gözlenir. Kaçınma ve aşırı uyarılmışlık çok baskın belirtiler değildir. Travmatik yasta travmatik olayın yeniden yaşanmasından çok kaybedilen kişinin hayatta olmaması sıkıntının asıl kaynağıdır. Aşırı uyarılmışlık belirtileri özellikle ölüyle ilişkili durumlarda ortaya çıkar. Travmatik yas ve travma arasındaki farklılıklar Tablo 1'de daha açık bir şekilde gösterilmiştir.¹⁷

KLİNİK GÖRÜŞME VE DEĞERLENDİRME

TSSB ve ilişkili belirtileri değerlendirmek koruyucu ruh sağlığı hizmetleri açısından önemlidir. Travmatik stres ve ilişkili belirtilerin erken dönemlerde saptanması erken tedavi imkanı sunarak bu durumun ilerlemesini önleyebilmektedir. Bu nedenlerle, TSSB'yi tanıyabilmek ve değerlendirebilmek amacıyla çeşitli görüşme araçları geliştirilmiştir.²⁰ Türkiye gibi afetlerin yoğun yaşandığı ve ruhsal travmaların da görüldüğü ülkelerde koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin daha nitelikli bir duruma getirilebilmesi için uygun değerlendirme araçlarının varlığı ve ge-

liştirilmesi önemlidir. Aker ve ark.nın geliştirmiş oldukları "Kocaeli-Ruhsal Travma Kısa Tarama Ölçeği (Kocaeli-Kısa)", TSSB'yi saptamada geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış yerli bir ölçek olarak bu anlamda kullanılmaktadır.²⁰ Çocuklarda TSSB'nun değerlendirilmesi çocuk ve anne-baba ile doğrudan klinik görüşme yapılarak sağlanmaktadır. Çünkü çocukların değerlendirilmesi sistemli biçimde yapılmazsa utangaçlık ve kaçınma davranışlarıyla karşılaşabilmekte bu durum TSSB'nun gözden kaçabilmesine neden olabilmektedir. Değerlendirme sırasında; daha önceden yaşanan ve şimdi yaşanmış olunan travmaya ilişkin belirtiler konusunda bilgi alınmalıdır. Bu anlamda çocukların kendilerini ifadesi için oyun ve sanat çalışması gibi projektif yöntemlerin kullanılması kolaylık sağlayabilmektedir. İyi bir gözlem yapılarak lüzum halinde psikolojik testlere başvurulmalıdır.²¹

Tedavi hedeflerinin o kişiye uygun şekillenebilmesi için tedavinin planlanması bir zorunluluktur. Bir felaket veya travma ardından yapılan planlama da kısa ve uzun vadede olarak ayrı yapılmaktadır. Travmaya yanıtı ve düzeltilmeyi etkileyen etkenler dört başlık altında toplanabilir. Kişiyeye ilişkin özellikler, travmatik yaşam olayı, felaketin o kişide yaşanan boyutları, bu konuda gördüğü tedaviler. Her birinin pek çok alt başlığı vardır. Değerlendirme sonrasında bunların hiçbiri ihmal edilemez. Kriz sırasında ve ardından travma sonrası değerlendirmede tanı geçerliliği farklı düzeylerde olabilir. Felaket çalışmalarında kişinin işlevsel değerlendirilmesi aşağıdaki konuları kapsamak zorundadır:

- Travma öncesi öykü, temel işlev düzeyi, kişinin daha önceki travmaları,
- Travma öncesi yakın devre psikososyal durum,
- Olay sırasında ve hemen sonrası çıkan başa çıkma yanıtları: etkin/edilgin,
- Travma sonrası psikososyal bağlam: aile yapısı, çevre ilişkisi,
- Travmaya atfedilen anlamın değerlendirilmesi,
- Kaynakların şimdiki durumunun değerlendirilmesidir.²²

AFETE BAĞLI TRAVMANIN PSİKANALİTİK GİRİŞİMLERLE TEDAVİSİ

Freud geliştirmiş olduğu kuramında her hastanın kendine özgü olduğunu ve bu sebeple hasta odaklı tedavi sürecinin planlanması gerektiğini ifade etmiştir. Travma hastalarının problemleri gözlemediğinde, bu durumun fizyolojik olmanın ötesinde psikolojik kökenli tedavinin uygulanmasının fayda sağlayacağını ifade etmiş ve hastanın psikanalitik tedaviye uygunluğunun değerlendirilmesi için iki hafta gözlem yapılması gerektiğini ifade etmiştir.²³ Kendi alanında kullanmaya başladığı hipnoz tedavisini uyguladığı bazı hastalardan istenilen yanıtın alınamaması sonucu hipnoz uygulamasını psikanalitik yöntemin dışında bırakmıştır.²⁴ Günümüzde ise psikanalitik uygulamalara geçişte en önemli unsur hastayla kurulan terapötik ilişkinin sağlanması, hastanın hekim ve hemşire ile olan iletişiminin güven çerçevesinde oluşturulmasıdır. Freud'a göre, ise travma sonrası süreçte hastanın tedavisi için gereken ortamın hazırlanması, bireylerin içsel çatışma yaşamaları durumunda bunun saptanması oldukça önemlidir.²⁵ Travma yaşayan bireylerin daha iyi bir şekilde anlaşılabilmesi için hastanın bastırılmış duygu ve düşüncelerinin tespit edilmesi, özellikle bilinçdışının analizi, ego ve süperego yapılanmasındaki dengenin durumu, psikoseksüel gelişim dönemlerine ilişkin saplanmalar ya da regresyon bulunma durumlarının incelenmesi, nesne kaybı ve ayrılık anksiyetesi gibi durumların psikanaliz yöntemi ile değerlendirilmesi oldukça önemlidir.²⁶ Tüm bu faktörlerin iyi bir biçimde analizinin yapılmasında, psikanalitik kuramda kullanılan serbest çağrışım oldukça etkin bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Serbest çağrışım, terapötik ilişki kurulma sonrasında travma yaşayan hastanın aklına geleni özgür biçimde ifade edebildikleri, kendilerine, hayatlarına, yaşadığı kayıplara (maddi kayıp, aile bireyi kaybı vb.) ilişkin sorularını sorabildiği ve yönlendirme olmaksızın uygulanan bir yöntemdir. Travma yaşamış olan bireye serbest çağrışım kullanırken, psikanaliz tedavisinde en önemli unsurlardan birisi olan "analitik divan" uygulamasını bahsetmek gereklidir. Hastanın terapi sürecini yönetirken, hasta diğer enerji alanlarından etkilenmesin diye analitik divana yatırılır, travma mağdurunun arkasına hekim/terapist oturur. Buradaki amaç travma yaşayan kişinin göz teması kurmadan daha serbest biçimde özgürce kendini ifadesinin sağlanması ve özellikle bilinç dışı alana kolay ulaşmayı sağlamaktır. Freud'a göre burada yapılan serbest çağrışım uygulamasında yapılan gözlem yapan kişinin söylenilen her şeyi yüzeysel olarak değerlendirmelidir.²⁴ Psikanalitik uygulamalarda kullanılan yöntemlerden bir diğeri ise rüya analizi yapılmasıdır. Bu yöntemde bilinç dışındaki duygu,

düşünce ve travmatik yaşantıyı ilgilendiren önemli unsurlar ortaya çıkarılmasında oldukça etkin bir yöntemdir. Freud'a göre bilinçdışı duygu ve düşünceler rüyada çeşitli imge ve semboller olarak dışa vurulmaktadır. Freud'a göre ego tarafından geliştirilen savunma mekanizmalarının rüyalarda ortaya çıkmakta, özellikle travma yaşayan kişilerde içsel çatışmaların pişmanlık ya da çaresizlik yaşadığı durumların, afete bağlı yaşadığı kaygının bu şekilde ortaya konması sağlanabilmektedir.²⁷ Travma yaşayan kişilerde rüyaların analiz edilmesinin asıl sebebi ise hastaların iç görü kazanmalarını sağlamak ve yaşadığı çatışmaların neden olduğu sürecin değerlendirmesi, durumu ile ilgili farkındalık sağlayabilmesidir. Rüyaların dışa ve bilincimize yansıyan kısmı açık içerik olarak isimlendirilirken, gördüğümüzün dışında yatan ve gizli bir anlam barındıran kısmı ise gizli içerik kısmıdır. Travmayla ilgili odaklanılması gereken kısım ise bu gizli içerik kısmında yer almaktadır. Bazen hastaların anlattığı yüzü tamamen seçilemeyen yüzler, bilinmeyen yerler, dik ya da eğri nesnelere, kıyafetler, pencere veya kapılar gizli içeriğe örnek verilebilmektedir.²⁸ Bilinen klasik psikanalizde rüyaların yorumlanması söz konusuysa, güncel psikanalitik çalışmalarında bireyin anamnezi ön plana alınmakta ve yaşamış olduğu travmaya ilişkin bilgilerin terapötik ortam ve ilişki kurularak toplanması büyük önem taşımaktadır. Burada yapılan görüşmelerde hastanın kendini sübjektif ifade etmesi sırasında dinamik bir yorumlama sağlanabilmektedir. Bu sayede afete bağlı yaşanan travmaya ilişkin hastanın hissettikleri, duygu ve düşünceleri açığa çıkarılabilmektedir. Bazı travma hastaları kendisiyle ilgilenen kişiyi bir dost, baba, arkadaş olarak anlamlandırabilmekte, hatta bazen kendisinin tedavisine katılan sağlık profesyonellerini ödüllendirme ya da cezalandırma davranışları içeren transferans durumu gözlemlenebilmektedir.

Transferans durumunda asıl çatışma yaratan ve afet kaynaklı bilinçdışına itilen unsurların saptayabilme imkanları olabilmektedir. Genel anlamda bakıldığında psikanalitik tedavi yöntemi üç evrede ele alınmaktadır. Birinci evre afete bağlı travma yaşayan hastayla güven bağı kurmasını ve bu bağı sürdürülebilir olmasını; ikinci evre, transferans gelişimini ve gelişen transferansın gelişim dönemlerine inilerek çözümlenmesini; üçüncü evre, hastanın terapi sürecinde ayrılmaya hazırlanmasını ve hastanın davranış kalıplarının ve anksiyete seviyesinin olumlu yönde değiştirilmiş olmasını içermektedir.²³

SONUÇ

Afetlere bağlı travma yaşamış kişilerde belirli dönemlerde özellikle akut dönemde stresli, kaygılı, üzüntülü zaman-

larda psikolojik tedaviler iyileştirici, rahatlatıcı veya olumsuzlukların atlatılmasında kolaylaştırıcı bir etkiye sahip olmaktadır. Travma mağdurlarının yaşamlarındaki genel iyilik halinin sürdürülmesinde psikanalitik girişimler oldukça etkin rol oynamaktadır. Travmanın bireye özgü

farklı etkiler göstermesinden dolayı bireysel bir yaklaşım olarak sık sık kullanılabilir. Bu konuda psikiyatri alanında çalışanların özel eğitimler alması ve olası afet durumlarında ihtiyacı olanlara etkin hizmet sunulmasında aktif görev alabilmeleri büyük önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Tierney K. Disasters: A sociological approach. New York: John Wiley & Sons, 2019.
2. Hewitt K. Regions of risk: A geographical introduction to disasters. London: Routledge; 2014.
3. Quevillon RP, Gray BL, Erickson SE, Gonzalez ED, Jacobs GA. Helping the helpers: assisting staff and volunteer workers before, during, and after disaster relief operations. *Journal of clinical psychology*. 2016;72(12):1348-63.
4. Sutton J, Tierney K. Disaster preparedness: Concepts, guidance, and research. Colorado: University of Colorado; 2006:3:1-41.
5. Işıkhani V. Afetlere Müdahale Eden Yardım Personelini Güçlendirme. *Doğal Afetler ve Çevre Dergisi*. 2021;7(2):399-406.
6. Koop D, Ward M. Major Incident Preparedness Management. In: Curtis K, Ramsden C, eds. *Emergency And Trauma Care for Nurses And Paramedics*. Australia; Mosby; 2011. p.185-220.
7. Kukoğlu A. Doğal Afetler Sonrası Yaşanan Travmalar ve Örnek Bir Psikoeğitim Programı, *Afet ve Risk Dergisi*. 2018;1(1):39-52.
8. Kadioğlu M. Modern, Bütünleşik Afet Yönetiminin Temel İlkeleri. In: Kadioğlu M, Özdamar E, editörler. *Afet Zararlarını Azaltmanın Temel İlkeleri*, No: 2, Ankara, JICA Türkiye Ofisi Yayınları. 2008. s.1-34.
9. Can İÖ, Uyaniker ZD, Ulaş H, Karabağ G, Cimilli C, Salaçin S. Travma Mağdurlarında Ruhsal Travma Bulguları. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2013;50(3): 230-6.
10. Özen Y. Travma Sonrası Ortaya Çıkan Psikolojik Bozukluklar Üzerine Bir Değerlendirme. *The Journal Of Social Science*. 2018;2(4):136-59.
11. APA. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Çev.: Koroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
12. Şimşek İ. Yaşanan Travmatik Olaya Bağlı Alkol/Madde Kullanımı Olan Tutuklu/Hükümlü Bireylerde Travma Sonrası Stres Belirtileri ile Travma Sonrası Bilişlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018.
13. Özgen F, Aydın H. Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 1990;2(1):34-41.
14. Davison GC, Neale JM. *Anormal Psikolojisi*. 7. Baskı. Çev: Dağ İ. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 2011.
15. Zeytinoğlu S, Çatak EA. *Travma Sonrası Toplumla Çalışma Kitapçığı*. İstanbul: Genç Hayat Vakfı; 2015.
16. Herman J. *Travma ve İyileşme*. 2. Baskı. Çev: Tosun T. İstanbul: Literatür Yayınları; 2011.
17. Aker AT. *Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Travmaya Yaklaşım*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği; 2012.
18. Tarhan C. Şiddete Maruz Kalan Kadınlarda Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Gelişiminin Yordanması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2011.
19. Çelik S, Sayıl I. Patolojik Yas Kavramına Yeni Bir Yaklaşım: *Travmatik Yas. Kriz Dergisi*. 2003;11 (2):29-34.
20. Aker AT, Hamzaoğlu O, Boşgelmez Ş, Kocaali - Ruhsal Travma Kısa Tarama Ölçeği'nin (Kocaali-Kısa) Geçerliliği. *Düşünen Adam Dergisi*. 2007;172-8.
21. Yorbık Ö, Dikkatli S, Söhmen T. Çocuk ve Ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry*. 2002; 35-44.
22. Yüksel Ş. Felakete "Uyum" ve Ruh Sağlığı. *Klinik Psikiyatri* 2000; 5-11.
23. Geçtan E. *Psikanaliz ve Sonrası*. İstanbul: Remzi Kitabevi; 1998.,
24. Tuzcuoğlu N. *Psikanaliz Kuramı ve Özellikleri*. Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Bilimleri Dergisi. 1995. p.275.
25. Duyan V. *Sosyal Hizmet Kuram ve Yaklaşımları*. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Yayınları; 2016. p.2.
26. Sevinç K. *Freudyen Psikolojide Bilinçaltı ve Bilinçdışı Kavramları Arasındaki Benzerlikler ve Farklılıklar*. Kilitbahir; 2019. p.128.
27. Murdock NL. *Psikolojik Danışma ve Psikoterapi Kuramları*, (Fusun Akkoyun); Nobel Akademi Yayıncılık, İstanbul, 2014. p.53-5.
28. Budak A. *Psikanalitik Edebiyat Eleştirisi ve Bir Uygulama Denemesi*; Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi; 2009. p.14.