TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ANKARA ÜNİVERSİTESİ KRİZ MERKEZİNE BAŞVURAN YAS OLGULARI ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

Halil ŞENELMİŞ

DİSİPLİNLERARASI SOSYAL PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Işık SAYIL

2006 - ANKARA

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	ii
İçindekiler	iii
Önsöz	vi
Tablolar	vii
1. GİRİŞ	1
1.1 .Yas belirtileri	3
1.2 .Yas Sürecinin Dört Görevi	8
1.3 . Normal Yas	10
1.4 . Patolojik Yas	11
1.5 . Yası Belirleyen Etmenler	14
1.6 . Yas Tedavisi	15
1.7 . Yas Danışmanlığı	16
1.8 . Yas Terapisi	18
1.9. Zamansız Ölümler	20
1.10. İntihar ve Yas	21
1.11. Ani Ölümler ve Yas	22
1.12. Eş Kaybı ve Yas	23
1.13. Çocuk Kaybı ve Yas	24
1.2. Araştırmanın Amacı	25
2. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3. BULGULAR	29
3.1. Demografik Veriler	29
3.1.1. Cinsiyet Dağılımı	29
3.1.2. Yaş Dağılımı	29
3.1.3. Medeni Durum	30
3.1.4. Eğitim Durumu	30
3.1.5. Meslek Durum	30
3.1.6. Yaşam Durumu	31
3.2. Kriz Merkezine Başvuru	32

3.2.1. Başvuru Şekli 32
3.2.2. Gönderen Kim ? 32
3.3.3. Ölene Ait Veriler 33
3.3.1. Ölen Kim ? 33
3.3.2. Ölen Kişinin Yaşı 33
3.3.3. Danışan ve Ölenin Yaşam Durumu 34
3.3.4. Danışan Ölüm Anında Ölenin Yanında mıydı ? 34
3.3.5. Ölüm Şekli 35
3.4. Görüşme Süreci 35
3.4.1. Başvuru Zamanı 35
3.4.2. Danışanın Başvuru Anındaki Duyguları 37
3.4.3. Yas Görüşme Sayısı 37
3.4.4. Görüşme Sıklığı 38
3.5. Danışanın Yas Bulguları Çerçevesinde Değerlendirilmesi 38
3.6.2. Yas Belirtileri 39
3.6.2. Bedensel Belirtiler 39
3.6.2. Duygusal Belirtiler 40
3.6.2. Düşünce Alanındaki Belirtileri 41
3.6.2. Davranışsal Belirtiler 41
3.6.3. Patolojik Yas Belirtileri 41
3.7. İntihar Davranışı 43
3.8. İlaç Kullanımı 43
3.9. Sosyal Destek 44
3.10. Tedavi Sonuçları 44
3.10.1. Sonuç 44
3.10.2. Prognoz 46
4. TARTIŞMA 47
5. SONUÇ VE ÖNERİLER 58
ÖZET 64
SUMMARY 66
KAYNAKLAR 67
EKLER 70

Yas Bilgi Formu 70
ÖZGEÇMİŞ 74

ÖNSÖZ

Hayat boyunca karşılaşılan bir çok zorlayıcı yaşantıdan biri ve yaşanılması kaçınılmaz olan ölüm, insanın kabul etmekte ve baş etmekte zorlandığı en somut kayıp tecrübesidir. Yas insanın kaybından sonra gösterdiği biyopsikososyal, doğal, evrensel ve normal bir tepkidir.

Bu çalışmada, sevdiği birinin ölümü sonucu "yas sürecinde" olup, Kriz Merkezine Başvuran olguların özellikleri, yas sürecindeki tepkileri, yas tedavisinin nasıl yürütüldüğü ve tedavinin sonuçları değerlendirilmiştir.

Çalışmanın planlanması ve gerçekleşmesi aşamalarında bana yol gösteren değerli öğretmenim ve danışmanım Prof. Dr. Işık SAYIL'a, Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri yüksek lisans programında öğreticiliklerini ve desteklerini esirgemeyen başta Prof. Dr. Oğuz BERKSUN ve Doç. Dr. Halise ÖZGÜVEN DEVRİMCİ olmak üzere tüm öğretim üyelerine, her zaman yardımcı ve destekleyici olan Uzm.Dr. Bedriye ÖNCÜ'ye, istatiksel analizler konusunda yardımını esirgemeyen Doç.Dr. Ayşegül BATIGÜN DURAK'a, çalışma sırasında yaşadığım sıkıntılarda yanımda olup yardımcı olan Kriz Merkezi'nin emekçileri, mesai arkadaşlarıma teşekkür etmek istiyorum.

Son olarak, tüm yaşamımda olduğu gibi bu çalışma sırasında da destek veren anne ve babama, çalışmalarım boyunca onlara ait olan zamanlarımı bile kullanmama katlanmak zorunda kalan oğullarım Doruk Can ve Yamaç'a, her zaman yanımda olup, bana büyük yardımcı olan ve hep destekleyen sevgili eşim Nurten ŞENELMİŞ'e sonsuz teşekkür ediyorum.

TABLOLAR

Tablo 1. Cinsiyet dağılımı 29

Tablo 2. Yaş dağılımı 29

Tablo 3. Medeni durum 30

Tablo 4. Eğitim durumu 30

Tablo 5. Meslek durumu 31

Tablo 6. Yaşam durumu 31

Tablo7. Başvuru şekli 32

Tablo 8. Geliş biçimi 32

Tablo 9. Ölen kişi 33

Tablo 10. Ölenin yaşı 33

Tablo 11. Danışan ve ölenin yaşam durumu 34

Tablo 12. Danışan ölenin yanında mıydı? 34

Tablo 13. Ölüm şekli 35

Tablo 14. Başvuru zamanı 36

Tablo 15. Danışanın başvuru anındaki duyguları 37

Tablo 16. Görüşme sayısı 37

Tablo 17. Görüşme sıklığı 38

Tablo 18. Yas durumu 38

Tablo 19. Bedensel belirtiler 39

Tablo 20. Duygusal tepkiler 40

Tablo 21. Düşünce alanındaki belirtiler 41

Tablo 22. Davranışsal belirtiler 42

Tablo 23. Patolojik yas belirtileri 42

Tablo 24. İntihar davranışı 43

Tablo 25. Sosyal destek 44

Tablo 26. Sonuç 45

Tablo 27. Prognoz 45

1. GİRİŞ

Sosyal bir varlık olan insan yaşam süreci içerisinde zorlayıcı, yıpratıcı, tehdit edici birçok olay ve sorunla karşılaşır. Kişi karşılaştığı bu sorunların birçoğunun üstesinden gelirken bir kısmında başarılı olamaz. Yeni bir duruma uyum sağlamak güç olabilir ve her birey için farklılık gösterebilir. Her zaman sorunlar karşısında kullandığı çözüm yollarının işe yaramadığını gören kişi, kendisini çaresiz hisseder. Korkuya kapılarak hayatında hiçbir şeyi değiştiremeyeceğini düşünür. Engellenmişlik duygusu ile umutsuzluk yaşar. Kaygı düzeyi yükselir. Bu yaşanan bir kriz durumudur.

Kriz çeşitli duygusal zorlanmalar sonunda meydana gelen akut ve süresi sınırlı bir denge bozukluğudur. Birey kendisini "kendimi karanlık bir tünelin içinde hissediyorum, hiçbir çıkış yolu göremiyorum" şeklinde tanımlar (Sayıl, 2000).

Kriz durumu öncelikli olarak bir tehdit olarak yaşanıyorsa yüksek oranda anksiyete ile seyreder. Eğer öncelikli olarak kayıp duygusu ile yaşanıyorsa; bir yas tablosu ve buna eşlik eden depresif belirtilerle yas görülür (Sayıl, 2000).

Kriz ve krize müdahale konusunda çalışmaların; Eric Lindemann'ın (1944) "Coconut Grove" yangınından sonra yapmış olduğu akut yas tepkisi gözlemleri sonucu kriz durumu değerlendirmeleri ile başladığı söylenebilir. Bu çalışması krize müdahale alanı için temel teşkil ederken, normal yas tepkisinin süresi olarak belirttiği 4-6 haftalık süreç kısa süreli krize müdahalenin standart süresi olarak kabul görmüştür. Lindemann'a göre birey karşılaştığı zorlayıcı durumlar karşısında her zaman kullandığı baş etme yollarında başarısız olursa duygusal bir zorlanma yaşar, gerginliği artar. Kriz Dönemine girer.

Krizi sorunların çözümünde, eski davranış kalıplarının yetersiz kaldığı hallerde meydana gelen ani değişiklikler olarak tanımlayan R.Hill (1949,1958); Aile krizlerini kategorilendirirken, birinci kategori olan "Yalnızca üye kaybı" başlığı

altında; bir çocuğun, eşin yada anne- babanın ölümünü kriz olarak ele almıştır (Akt: Sayıl, 2000).

Baldwin (1978) kriz ve krize müdahaleyi 6 grupta sınıflandırırken, "travmatik yaşam deneyimlerinden kaynaklanan krizler" başlığı altında 'ani ölümleri' değerlendirmiştir (Baldwin, 1978; akt: Sayıl, 2000).

Caplan ve Cullberg krizi; bireyin çeşitli durumlar veya yaşam olayları ile karşılaştığında bunlarla baş edemeyecek şekilde ruhsal dengesinin sarsılması hatta kaybı olarak tanımlamışlardır (Sonneck, 1985, Berksun ve ark., 1993).

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.

Kişi yaşadığı kayıpla kendisini terkedilmiş, güvenliğini ve emniyetini sağlayan bağının ortadan kalkmış, suçluluk, öfke gibi karmaşık duygularla, anlamsızlık ve boşluk içinde yalnız ve çaresiz hissedebilir.

Sevilen bir yakının ölümü nedeniyle ortaya çıkan, normal bir reaksiyon olarak değerlendirilen yas (DSM-III-R, V62-82) kavramını ilk kez Freud 1917 yılında "Mourning and Melancholia" adlı çalışmasında tanımlamıştır. Yas; sevilen bir yakının veya ülke, özgürlük, bir ideal gibi düşünsel-soyut, bazı değerlerin kaybına karşı gelişen bir reaksiyondur. Yasta depresyonda olduğu gibi kendine saygıda bir bozulma yoktur ama diğer belirtiler melankoli (depresyon) ile aynıdır. Yasta kişi dünyayı boş ve zavallı görürken, depresyonda kendisini boş ve zavallı hisseder (Freud, 1917).

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 yasın bir hastalık olup olmadığını sorgularken, yası "fonksiyonlar normale dönene kadar geçen bir süre" olarak görmektedir. Tıpkı bir yara iyileşmesinde olduğu gibi işlevler tamamen yada 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 (Koçak ve Çevik 2002; Volkan ve Zintl 1991).

Yası bağlanma kuramı ile ele alan Bowlby'a göre; "bağlanma figürü gözden kaybolduğunda ya da varlığı tehdide uğradığında yanıt yoğun bir bunaltı ve güçlü bir duygusal protestodur. Potansiyel kaybın büyüklüğü verilen tepkinin yoğunluğunu ve çeşidini belirler. Yas sürecinde davranışsal tepkiler kaybedilen ile yeniden bağ oluşturmaya yöneliktir" (Bowlby 1977; akt. Worden, 1991).

1.1. Yas Belirtileri

Lindemann yaptığı çalışmalar sonucunda akut yas gösteren bireylerin semptomlarında ortak özellikler belirlemiştir. İlk 20 dakika – 1 saat içerisinde bedensel sıkıntılar, iç çekme isteği, boğazda sıkışma ve karında boşluk duyguları, kas gücünde azalma ve gerilim yada ağrı, yorgunluk, sindirim sorunları (ağız tadının olmaması, iştahsızlık, yemekten zevk almama, yeterli tükrük salgılamama, dilin damağın kuruması gibi) saptamıştır.

Kişi sıkıntıların ziyaretler, öleni düşleme veya kendisine acıma gibi

durumlarda arttığını öğrenince bu durumdan kaçınma eğilimi içinde ziyaretleri reddeder, ölen hakkında konuşmamaya ya da düşünmemeye çalışır. Algılama değişir, gerçeklik duygusu azalır. İnsanlardan uzaklaşma görülür. İlişkilerde soğuma, öfke, sinirlilik hali oluşur. Yakınların ilişkiyi sürdürme gayretlerine rağmen rahatsız edilmeme isteği ile reddetme söz konusudur.

Yastaki birey, kaybettiği kişiye karşı yitirilmeden önceki yanlış davranışlarını sorgular. Yitirdiği kişiyi ihmal ettiğini veya haksızlık yaptığını düşünerek kendisini suçlar. Suçluluk duygusu merkeze alınır. Düşmancıl düşünce ve duygularla yönlendirilen tutum ve davranışlar göstererek ilişkilerinde sınırlılıklar sergiler. Günlük etkinliklerde değişiklik olurken huzursuzluk, yerinde duramama, amaçsız gezinmeler, yapacak bir şeyler arama, zaman içinde özellikle ölen hakkında konuşma isteği başlar ve giderek artar. Yine aynı zamanda etkinliklerin başlatılması ve sürdürülmesinde becerisizlik söz konusudur.

Yas konusunda kuramlar ortaya koyan araştırmacıların 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 yitirilmesi*; 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.

Parkes (1972) ve Bowlby (1980) kayba uyum sürecini dört evreye ayırmıştır:

1. dönem : Şok, inanamama, çaresizlik, uyuşukluk, öfke ve sıkıntı. Günlerce sürebilir ve yas sürecinde periyodik olarak tekrarlayabilir.

2. dönem : Kaybedileni arayış, özlem duygusu, aşırı hareketlilik. Birkaç ay yada şiddeti azalmış bir biçimde yıllarca sürebilir.

3. dönem : Kaybın gerçeğini kabullenmekle başlar. Konfüzyon, yalnızlık duygusu, uyku ve iştah bozukluğu, depresif düşünce kalıpları, ölenin hatıralarının yaşanması. Ölümün kabullenilmesi ile hayal kırıklığı yaşanır.

4. dönem : Uyum ve yeniden organize oluş, yasın şiddetinin kaybolmaya ve yaslı kişinin yeniden yaşama dönmeye başladığı dönem.

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

1-*İnkar dönemi*: Kaybın hemen arkasından yaşanan şok ve uyuşukluk dönemidir. İnkar, 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.

Kayba uyum süreci; kronik ölümcül bir hastalığa yakalanmış birinin ölümü bekleyişi ile benzer evrelere sahiptir. Kübler-Ross (1961,1995) ölümcül hastalığa yakalanmış bireyin ve akrabalarının bu durumu öğrendiğinde verdiği tepkilerin beş aşamadan geçtiğini belirtmektedir (Kübler-Ross, 1961; Kübler-Ross, 1995; Okyayuz, 1999).

1.Yadsıma dönemi; hastalığını öğrenen kişini alışılmış tepkisidir. Yaşanan darbenin gücünü azaltılmasına yardım eder.

2. Öfke dönemi; "Neden ben ?" sorusu sorulur ve diğer insanlar sağlıklı yaşarken neden kendisinin ölümcül bir hastalığa yakalandığı yolunda kızgınlık yaşar.

3. Pazarlık dönemi; hasta ölüm gerçeğini kabullenebilirse de bir hafta, bir ay ya da bir yıl daha uzun yaşamak için tanrı ile pazarlığa girişir.

4.Depresyon dönemi; kişi önce geçmişte yapamadıklarına, kaybettiklerine, hatalarına söylenmeye, pişmanlıklar ve keşkeler yaşamaya başlar.

5. Kabullenme dönemi; hastanın "Artık sonum yaklaştı. Her şey tamam !" diyebildiği ve duygularından arınmış bir gerçeği kabul aşamasıdır.

Volkan da (1985) başkalarının ölümü için yas tutanların, ölümcül bir

hastalığa yakalanan birinin ölümü bekleme evrelerine benzer dönemlerden geçtiğini belirtmekte ve yas sürecinin iki ana döneme ayrılabileceğini söylemektedir:

1-*Başlangıç dönemi*; inkar, şok ve uyuşma dönemidir. Bunu ölümün algılanması ile ego işlevlerinin yarılması izler. Bir derealizasyon durumu yaşanır. Bu dönem ölen kişiye yönelik öfke ile sürer ve kızgınlığın başkalarına doğru yöneltilmesi ile son bulur. Başlangıç dönemi birkaç hafta ile birkaç ay arasında sürebilir.

2-*İkinci dönem*; yasın yaşanıp işlenmesi sürecidir. Kişi kaybettiği kişi ile ilgili ilişkilerini gözden geçirir ve regressif dezorganizasyon söz konusudur. Gerçeği değerlendirme ve rahata kavuşma ile bu dönem sonuçlanır. Bir ile iki yıl arasında bir zaman süresini alır.

Yas, farklı bilim adamları tarafından değişik adlandırmalarla evrelere ayrılsa 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. Freud'un yas işi / çalışması (work of mourning) olarak tanımladığı bu süreçte kişinin tamamlaması gereken görevler vardır; kişi için ne anlama geldiğini değerlendirmek, ilişkiyi yeniden gözden geçirmek ve sonra da onu bir anıya dönüştürmek (Freud, 1917).

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). Bireyin ölüm olgusuna verdiği tepkinin şekli onun daha önce yaşadığı ancak tamamlanmamış, yaşanıp bitirilememiş, zorlanmış yada aceleye getirilmiş ayrılmalarının artıklarını taşır. Başka bir değişle ölüm, bizim duygusal yaşamımızı, kişisel acılarımızı biçimlendiren koşulları, durumları açıklayan bir prototip olarak yaşanır (Volkan, 2003).

Yalom, bireyin her kaybının doğru dürüst yaşanması halinde psikolojik büyümesine, yenilenmesine ve zenginleşmesine yarayacağını belirtir (Yalom, 1989; akt. Okyayuz, 1999).

Zisook ve arkadaşları çözümlenmemiş yasın kronikleşme, inhibe ya da gecikmiş hale dönüşme riskine değinir. Hatta normal yasın bile çözümlenmesinin yıllar alacağını ifade eder (Sayıl, 2000).

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).

1.2. Yas sürecinin dört görevi

Görev 1- Kayıp gerçeğini kabul etmek; o kişinin öldüğü, gittiği ve bir daha geri gelmeyeceği gerçeği ile yüzleşmek yas sürecinin ilk görevidir. Bowlby ve Parkes'in bahsettiği arama davranışı bu aşamanın başarılması ile ilgilidir. Ölümün gerçekliğine inanmayan kişiler inkar etme ile kaybını yadsıyarak yas sürecinin birinci aşamasında takılırlar. Yadsıma, şoku emerek, korkunç gerçeği yavaş yavaş sindirmemize yardımcı olan bir tampon gibi iş görür. Mutlak yadsıma, genellikle çabucak gerçeğe boyun eğer. Ölü evine ziyarete gidilir, ya da cenaze törenine katılır ve bu kişiyi ölümün gerçekliği ile yüz yüze getirir. Ancak gerçeğin bu türden sınanması eksik kalırsa yadsıma sürebilir (Volkan ve Zintl, 1993).

Kimi insanlar da kendilerini kayıp gerçeğinden korumak için, kaybettiği kişiye gerçekte olduğundan daha az anlam yükleyerek anlamını yadsır. Bazıları ölene ait eşyaları atarak kendilerini bu gerçekten korumaya çalışırken, bazıları da tam tersi bir şekilde ölene ait eşyaları olduğu gibi koruyarak ölüm gerçekleşmemiş gibi davranarak, öleni adeta mumyalaştırır.

Kayıp gerçeğini yadsımanın bir başka şekli de spiritualizmdir. Kişi ölen ile yeniden birleşme umudu taşır. İlk günler ve haftalarda normal olan bu umut süreklilik göstermeye başladığı zaman anormaldir.

Kayıp gerçeğini kabullenmek sadece entelektüel değil, duygusal bir kabullenmeyi de gerektirdiği için zaman alır.

Görev 2- Yasın acısı üzerinde çalışmak; Kişi kaybını acısını fark etmesi, kabullenmesi ve üzerinde çalışması gerekir. Aksi halde değişik belirtiler ve anormal davranışlar gösterebilir. Parkes (1972), kişinin acısını bastıran yada engelleyen her şeyin yas sürecinin uzamasına neden olacağını belirtmiştir.

Çevrenin kişinin duygularında rahatsız olup dolaylı mesajlarla kişinin yas acısını yaşamasına engel olması, yas sürecinin ikinci aşamasının tamamlanmasında zorlaştırıcı bir etkendir. Bazen kişiler düşüncelerden kaçarak ve duygularından kendilerini soyutlayarak acılarını inkar ederek bu aşamayı tamamlamayı engeller. Yasın acısının yaşanması gerekliliğini anlamayan bireyler bazen de seyahat ederek acıdan kaçmağa çalışır. Yastan kaçan insanları er ya da geç bir çökkünlük, sıklıkla da bir tür depresyon beklemektedir (Bowlby, 1980). Yasın bu görevinin tamamlanmaması ileride terapiyi gerektirebilir.

Görev 3 - Kaybedilenin olmadığı ortama uyum sağlamak; Kaybedilen kişinin bireyin hayatında aldığı role ve aralarındaki ilişkinin düzeyine göre bireyden bireye farklılık gösteren bir görevdir. Genelde kaybı yaşayan kişi, kaybın üzerinden belli bir zaman geçene kadar ölenin hayatında aldığı rollerin farkında değildir. Kayıp bir eş, sevgili, yemek arkadaşı, temizlikçi, para kazanan kişi ve benzeri birçok rolü üstlenen biri anlamına gelebilir. Yası yaşayan kişinin ölenin hayatında üstlendiği rollerin kaybına ve bunun kendi benlik duygusunda yarattığı değişikliğe de uyum sağlamalıdır. “Kimliklerini ilişkileri ve diğerleri ile olan ilişkiler bağlamında tanımlayan kadınlar için kayıp, yalnızca önemli bir kişiyi yitirmek değil, aynı zamanda bir benlik yitimi de demektir” (Zaiger, 1985; akt. Worden, 1991).

Ölümün neden olduğu kayıp, kişinin yaşama ait değerlerini ve yaşam felsefesini etkiler. Özellikle ani ve zamansız ölümlerde yas tutan kişi hayatı üzerinde yeniden kontrol sağlamak ve yaşadığı duruma anlayabilmek için kaybından kaynaklı yaşamındaki değişiklikleri anlamlandırmaya çalışır. Zamanla yaşamın kırılganlığı ve kontrolün sınırlarını yansıtan yeni inançlar geliştirebilir ya da eski inançlarını

yeniden elden geçirebilir (Schuhter ve Zisook, 1986).

Üçüncü görevin başarılamaması kayba uyumun sağlanamadığı anlamına gelir. "Kişinin bunu nasıl başardığı yas sürecinin sonucunu belirler - ya değişen koşulları tanımaya, reprezantasyonel modelleri gözden geçirmeye ve hayatın amacını yeniden belirlemeye yönelik bir ilerleme, ya da kişinin çözemediği bir ikilemin içinde mahkum olduğu ve büyümenin durduğu bir duraklama dönemi- (Bowlby, 1980; akt: Worden, 1991)).

Görev 4-Öleni duygusal olarak yeni bir yere yerleştirme ve yaşama devam etme; Yas süreci, yas tutan kişinin günlük yaşamında ölenin imgesini abartılmış bir yoğunlukta canlandırma ihtiyacını duymadığı zaman sonlanmaktadır (Volkan 1985; akt. Worden 1991). Yani kaybı yaşayan kişi, ölene ait anı ve düşüncelerini duygusal dünyasında uygun bir yere yerleştirdiğinde geride kalan yaşamını sürdürebilir. Bu aşama yasın tamamlanmasında en zorlanılan görevdir. Bowlby ve Parkes'a göre yas süreci, kişi son aşamasını da tamamlandığı zaman biter (Bowlby, 1980; Parkes, 1972).

1.3. Normal Yas

Normal (akut) yas belirtilerini bu alana yönelik çalışma yapmış birçok bilim adamı çok çeşitli ve geniş bir liste halinde eserlerinde vermişlerdir. Bu belirtileri 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 yaşanıyorsa, 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 inanamama, konfüzyon, şaşkınlık, konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık, preoküpasyon, hala yaşıyormuş hissi, görsel işitsel varsanılar, mistizm, depresif düşünce örüntüleri normal yas tepkilerindendir. 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 komplike yasın belirtisi olabilir (Demi ve Miles, 1987).

1.4. 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 yasın 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, 1980).

Bibring ve Jacabson patolojik yas reaksiyonlarının ortaya çıkmasında terkedilmişlik yaşantısının rol oynadığı, kaybedilene duyulan öfkenin açığa vurulamaması, bastırılması ve özbenliğe yöneltilmesinin önemini vurgularlar (Carr,1985; Berksun ve ark., 2000).

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.

1.4.1. *Patolojik yasın 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.

1.4.2. *Patolojik Yas Tepkileri:*

Kronik Yas: Çok uzun bir süre ve yeterli bir sonuca ulaşamadan yas tutmanın sürdüğü bir haldir. Tek başına kronik yas belirtisi olmasa da yıldönümü reaksiyonları on yıl ya da daha uzun zaman sürer. Kişi yaşadığı sıkıntılarla kaybı arasında bir bağlantı olduğunun ve ancak yas tutma sürecini sonlandıramadığının farkındadır. Tanı konmakta güçlük çekilmez.

Gecikmiş Yas: İnhibe edilmiş, bastırılmış ya da ertelenmiş yas olarak da tanımlanır. Kişi kaybından 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. Burada geçmişte yaşanan kayıp sırasında gösterilmesi gereken tepki çeşitli sebeplerle ortaya konamadığı için ileriye taşınıp gereğinden şiddetli olarak yaşanmaktadır. Gecikmiş yas tepkisi başka bazı olayların -boşanma, ana konusu kayıp olan bir film, kayıp yaşayan başka biri görüldüğünde- ardından da görülebilir.

Abartılı Yas: Normal yas tepkisinin daha yoğun ve abartılı bir şekilde yaşanmasıdır.Kişi belirti ve davranışlarının yaşadıkları kayıpla ilgili olduğunun farkında olabilir. Kayıp ardından gelişen depresyon, anksiyete bozuklukları (panik atak, fobik reaksiyonlar gibi), alkol ve madde bağımlılıkları gibi psikiyatrik bozuklukları bu kapsamda değerlendirmek gerekir.

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

1.5. Yası Belirleyen Etmenler

Yas yaşanması gereken bir süreçtir. Bireyin yasını belirleyen ya da yası sonlandıramayarak herhangi bir evrede takılıp kalması sonucu patolojik yas tepkisi oluşturmasında pek çok etmen vardır.

Yasın tipini, yoğunluğunu ve zamanını belirleyen bu etmenler şöyle sıralanabilir:

-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 sonlandırılamayabilir.

-Ölüm şekli; Ölümün nasıl olduğu da yas sürecini ve yasın 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 yasla mücadele etmeyi kolaylaştırır. Ancak toplum içinde kayıp konuşulamıyorsa -ki bu durum daha çok intihara bağlı durumlarda söz konusudur -, sosyal destek görülmüyorsa, 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.

“ Geçmişte yaşanmış kayıp ve ayrılıklar, bugün yaşanan kayıplar, ayrılıklar

ve bağları etkiler. Bunların hepsi gelecekte yaşanabilecek ayrılık ve kayıpların korkusunu ve gelecekte yeni bağlar kurma kapasitesini zorlar (Simons, 1979; akt: Worden, 1991).

-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.

1.6. 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.

Freud (1917) "Mourning and melancholia" adlı eserinde; "Yas içinde her ne kadar yaşama karşı takınılan tutumda büyük bir değişiklik ortaya çıksa da bu değişikliğin bizi hiçbir zaman patolojik ve tıbbi tedavilik bir durummuş gibi gözükmemesi çok önemli bir izlenimdir. Biz belirli bir zaman içinde bu durumun üstesinden gelineceğine inanır ve herhangi bir müdahaleyi faydasız hatta zararlı görürüz" şeklinde yas sürecine müdahale hakkındaki düşüncesini ortaya koyar.

Uygun terapötik yaklaşımla bireyin sosyal uyumu düzenlenebilir, uzamış ve ciddi değişiklikler önlenebilir. 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).

Macnab (1989), yas reaksiyonları gösteren bireylerin acil olarak duygusal bir rehabilitasyon sürecine ihtiyaç gösterdiklerini belirtir (Akt: Berksun ve ark., 2000).

Ancak bazı insanlar kayıpları ile ilgili duygularını çözümleyemez ve bu durum yas aşamalarını tamamlayıp normal yaşama dönmelerini engelleyebilir (Worden, 1991).

Worden normal (akut) yasın "Yas Danışmanlığı" ile, komplike yasın da "Yas Terapisi" ile sonlandırılması gerektiğini ileri sürmektedir.

1.7. Yas Danışmanlığı

Normal yas sürecinin sağlıklı ve uygun sürede sonlandırılması; ölenle geride kalan arasında tamamlanmamış veya çözümlenmemiş işlerin bitirilmesine ve ölenle vedalaşma konusunda, yardımcı olmaktır.

"Yas Danışmanlığı İşe Yarıyor mu?" adlı yazısında Parkes (1980) yas danışmanlığını yapabilecek grupları şöyle sıralar:

1- Doktor, hemşire, psikolog ve sosyal çalışmacı gibi eğitim almış profesyoneller,

2- Profesyonellerin seçip eğittiği ve destek verdiği gönüllüler,

3- Kendi kendine yardım grupları.

Bir yas danışmanı hastasının yas sürecini sağlıklı bir şekilde tamamlayabilmesi için izlemesi gereken bazı prensipler vardır (Worden, 1991). Bu prensipler;

-Geride kalan kişinin kaybın gerçek olduğunu anlamasına yardım etmelidir. Kişi kaybının yarattığı duygusal etki ile uğraşmaya başlayabilmesi için en iyi yol kaybı hakkında konuşmaya teşvik etmektir.

-Kişinin duygularını tanımasına ve bunları ifade etmesine yardımcı olmalıdır. Yaşadığı acı ve sıkıntı nedeniyle kişi duygularının farkına varamaz veya gereken düzeyde hissedemez.

Sevilen birisi öldüğünde hayal kırıklığı ya da çaresizlikle öfke hissedilir. Öfke eğer ölen kişi ya da başkasına yöneltilemez ise kişi kendisine yönlendirip, suçluluk duygusu ile kendilik değerinde düşme ve depresyon yaşayabilir. Kendine yönelen öfke intihar düşüncesi yada girişimi ile sonuçlanabilir. Geride kalan kişi, yalnız yaşayamayacağı düşüncesi ve kendi ölümlülüğünün gerçeğini fark etmenin getirdiği kaygı ile çaresizlik hissine kapılabilir.

Danışman hastasının sadece duygularını dile getirmesi ile yetinmemeli, bazı konular üzerinde odaklanmasını da sağlamalıdır. Odaklanmaya olan ihtiyaç beraberinde denge ihtiyacını da getirir. Yas tutan kişinin acı, kayıp duygusu, yalnızlık, korku, öfke, suçluluk ve üzüntüsünü yaşaması, yaşadığı keder ve şiddetli acıyı ifade etmesi konusunda kendini serbest bırakabilmesi, ruhunun derinliklerinde başına ne geldiğini anlaması ve hissetmesi, bunları belli bir dozda yapıp, bu tür duyguların esiri olmaması ve bu duygular içinde boğulmaması için belli bir dengenin sağlanması gerekir (Schwartz-Borden, 1986, Worden, 1991).

-Kaybedilen kişi olmadan yaşama devam etmesine yardımcı olmalıdır. Kaybedilen kişi geride kalanların yaşamında farklı roller oynuyor olabilir. Aileler için önemli rollerden biri de karar verme rolüdür. Kayıp kişi karar vermeyi üstlenmişse, geride kalan bağımsız karar vermesi gerektiğinde zorlanır. Danışman bireye, başa çıkma yolları ve karar verme becerilerinin öğrenilmesinde yardımcı olmalıdır.

-Kaybedilen kişinin duygusal olarak yeni bir yere yerleştirilmesini kolaylaştırarak geride kalan kişinin yaşamında yeni bir yer bulunmasına yardımcı olmalıdır. Bu yeni yer, geride kalan kişinin yeni ilişkiler kurmasına ve hayatına devam etmesine izin verecektir. Ölenin yeri doldurulamaz. Ancak birey danışmanın yardımıyla bu boşluğun yeni bir ilişki ile doldurulmasının yanlış olmadığını anlayabilir.

-Yas için zaman sağlanmalıdır. Yas manevi bağların kesildiği bir süreçtir ve bu zaman gerektirir. Aile üyeleri kaybın ve yarattığı acının üstesinden gelmek ve günlük yaşamlarına dönmek için sabırsızlanabilirler. Yasın çözümlenmesinin bir zaman gerektirdiğinin aile üyelerine hatırlatılması gerekebilir. Kayıptan sonraki 3. ay ile 1. ölüm yıldönümü hassas ve kritik zamanlardır. Yine ilk kez geçirilecek özel günler ve bayramlar da zor günlerdendir. Kaybı yaşayan kişileri ya da aileyi önceden bu dönemlerde yaşanabilecekleri hakkında bilgilendirmek yararlı olur.

-Kayıptan sonra ortaya çıkabilecek davranışsal yanıtlar bireyden bireye büyük farklılık gösterebilir. Bireysel farklılıklara izin verilmelidir.

-Danışman özellikle kayıptan sonraki ilk yıl boyunca kritik zamanlarda geride kalanların ve ailenin yanında olmalı ve sürekli destek sağlamalıdır.

-Danışman kayıp yaşayan kişinin savunma mekanizmalarını ve baş etme yöntemlerini yeniden gözden geçirip değerlendirmesine yardım etmelidir.

1.8. Yas Terapisi

Yas terapisi kayıpla birlikte kişinin ayrılıkla ilgili yaşadığı çatışmaları çözümlemeyi ve yas sürecinde gerçekleştirmesi gereken görevlerin tamamlanmasını sağlamayı amaçlar. Yas terapisi genellikle bireysel görüşmeler şeklinde yapılır. Terapi zaman sınırlı olup, genellikle haftada bir görüşme şeklinde, 8-10 görüşmede sonlandırılmalıdır.

Worden yas danışmanlığında olduğu gibi yas terapisi için de belirlediği terapötik müdahale listesini aşağıdaki gibi sıralamıştır.:

1- *Fiziksel hastalıkların dışlanması*; hasta eğer terapiye bedensel belirtileri nedeniyle başvurduysa ve bu belirtilerin altında herhangi bir hastalığın olmadığı kanıtlanmadıysa, hasta yas terapisine alınmamalıdır.

2- *Kontrat yapılması ve terapötik işbirliğinin oluşturulması*; hasta yaşadığı

kayıpla ilgili kişi yada kişilerle olan ilişkisini yeniden gözden geçirmeyi kabul eder.

3- *Ölenle ilgili anıların yeniden canlandırılması*; ölen hakkında olumlu ve olumsuz duygu ve düşüncelerin dile getirilmesi kişinin rahatlamasını sağlar.

4- *Yasın dört görevinden hangisinin tamamlanmadığının değerlendirilmesi*; yas tutma işinin birinci görevi tamamlanmadıysa terapinin odak noktasını ölen kişinin öldüğü ve artık geri gelmeyeceği gerçeğini hastanın kabul etmesi oluşturacaktır. Hasta ikinci görevde takıldıysa terapi, ölen hakkında olumlu ve olumsuz duyguları bir arada hissetmenin korkulacak bir şey olmadığı ve kişinin bu duyguları bir denge içinde yaşayabileceği gerçeğine odaklanır. Eğer üçüncü görev tamamlanamadıysa problem çözme becerileri üzerinde terapi yoğunlaşır. Son görev olan dördüncü görev tamamlanamadıysa, terapist hastanın ölenle olan bağlılığından kurtulması ve yeni ilişkiler kurup yaşamını sürdürmesi için özgür kalmasına yardımcı olur.

5- *Anıların ortaya çıkardığı duygulanım ve duyguların eksikliğinin ele alınması*; hasta kaybettiği kişiyi hayatta olduğundan daha önemli şekilde tanımlar. Bu farklı tanımlamanın altında çoğu zaman ifade edilmemiş öfke duygusu yatar. Ortaya çıkabilecek bir başka duygu ise suçluluktur. Suçluluk duygusu çıktığında gerçekçi olup olmadığı değerlendirilmelidir.

6- *Bağlantı nesnelerini araştırmak ve etkisiz hale getirmek*; bağlantı nesneleri kişinin ölen yakını ile ilişkisini devam ettirebilmek için sakladığı sembolik nesnelerdir. Volkan'a göre bağlantı nesneleri ayrılık kaygısı ile başa çıkmak amacıyla kullanılmaktadır ve kayıp üzerinde bir "zafer andacı" (token of triumph) sağlarlar. Bağlantı nesneleri ölenle hasta arasındaki psişik sınırların bulanıklaşmasına işaret etmektedir ve bu nesnelerin kullanılmasıyla sanki iki kişinin reprezantasyonları ya da parçaları dış dünyada birleşmiş gibi olur (Volkan, 1972, Volkan, 1992). Bağlantı nesnesinin kişi için yerini bilmek çok önemlidir. Böyle bir nesneye olan ihtiyaç, öleni yok etme ve aynı zamanda da hayatta tutma isteklerinin doğurduğu çatışmadan kaynaklanır. Her iki istekte bağlantı nesnesine yoğunlaşır (Volkan, 1972, Worden, 1991). Ölen kişiyi hatırlatmak amacıyla saklanan nesneler bağlantı

nesnelerinden farklıdır. Bağlantı nesnelerine hatırlamak için saklanan nesneden daha fazla anlam yüklendiği için yitirildiğinde yoğun bunaltı görülür. Görüşmede bir bağlantı nesnesi saptandığında bu terapide ele alınmalıdır.

7- *Kaybın geri dönüşsüz olduğunu kabul etmek*; kaybın ardından ilk aylarda geri dönüşsüz olduğunu kabullenmeyi başaran pek çok kişi olsa da ölenin bir şekilde geri döneceğini düşünenlerde vardır. Volkan bu durumu yeniden bir araya gelmek için kronik umut olarak adlandırmaktadır (Volkan, 1972, Worden, 1991)).

8- *Yası sona erdirme hayalleri üzerine konuşmak*; yas sürecini sonlandırmasının nasıl bir şey olacağı ve kendilerini nelerin beklediği konusunu konuşmak da yararlı bir yöntemdir.

9- *Hastanın son bir veda etmesine yardım etmek*; burada veda etmek sevdiklerini unutmak anlamında değil, ölenin yeniden yaşama dönmesi, yeniden ölenle birlikte olma isteği ve ölenin geri gelebileceğine dair hayallere veda etmek kastedilmektedir.

1.9. 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 ferdini yitirme gibi. Zamansız ölümlerde bireyin aile üyeleri veya yakınları ile etkileşimine ve toplumdan aldığı tepkilere göre yasın süreci normal yastan, patolojik yasa doğru seyredebilir.

1.10. 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 çözümleyebileceği yas krizidir" (Cain, 1972, Worden, 1991).

Yakınları intihar edenlerin yaşadıkları duygular içinde en güçlüsü utançtır. Ailenin bir üyesi canına kıydığında ailenin geride kalanları utanç duyar ve bu utanç duygusu çevredekilerin verdiği tepkilerden de etkilenir. Bu duygusal gerilim sadece toplumla olan ilişkileri değil, aile içindeki ilişkileri de etkiler ve yas sürecinin normal ya da patolojik olmasını belirler.

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. Böylece kendi suçluluk duygularını başkalarına yansıtarak ve ölümden onları sorumlu tutarak bu durumla başa çıkabilirler.

Yakınları intihar eden kişilerde ortaya çıkan duygulardan biri de yoğun öfkedir. Yaşadığı öfke dolayısıyla kendini suçlama ve düşük kendilik değeri görülür. Kişi intihar edenin kendisine değer vermediğini ve reddedildiğini düşünür. Lindemann bu durumu "kendini öldüren birisinin yasını tutmak durumunda kalmak, karşıdaki kişi tarafından reddedilmektir" sözleriyle açıklar (Lindemann and Greer, 1953, Worden, 1991).

Geride kalanlar da kötü bir yazgı veya kaderi taşıdıkları, kendilerinde de kendine zarar verme dürtülerinin açığa çıkacağı endişesi ve korkusu da görülür. Farberow ve arkadaşları (1987) yakınlarını intihar sonucu kaybedenlerin normal nedenlerle kaybedenlere oranla kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır

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 yasın seyrinin patolojik bir hal almasına da neden olabilir.

Danışman intihar sonucu yakınlarını kaybetmiş bireylerin yas sürecinde suçluluk duyguları ve suçlamaların gerçekliğinin değerlendirilmesine, inkar ve çarpıtmaların düzeltilmesine, gerçekle ilgili hayali düşüncelerin ortaya çıkartılmasına, öfke üzerinde kontrolünün güçlendirilmesine, terk edilmişlik duygusunun gerçekliğinin değerlendirmesine yardımcı olmalıdır.

1.11. 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, 1995, Worden, 1991).

Ani ölümlerden sonra kişi kendisini şaşkınlık ve uyuşukluk içinde hissedebilir. Kaybın ardından kabuslar ve rahatsız edici istemediği hayaller görebilir. Ölümün gerçeklik hissini artırmak konusunda yardım edilmelidir.

Kaybı yaşayan birey keşkeleri ile birlikte suçluluk duygusu yaşar. Bireyin suçluluk duygusu üzerine yoğunlaşarak gerçekliğinin değerlendirilmesinde yarar vardır.

Ani ölümler karşısında bireyin göstereceği duygusal tepkilerden biride çaresizlikle birlikte yaşanan öfkedir. Öfkenin başkalarına yönlendirildiği de gözlemlenir.

Ani ölümün yarattığı sıkıntı sonucu kişide heyecan ve ajitasyon da görülebilir. Kişi bu durumda “savaş yada kaç” tepkisi arasında ajite depresyon yaşayabilir.

Yakının ani kaybı sonucunda çözümlenmemiş sorunlar dolayısıyla kişi pişmanlık duyguları yaşar. Bunların tamamlanması da danışmanlık sırasında sağlanmalıdır.

1.12. 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 ayırtına varamaz. "…Örneğin bir kocanın ölümü, onun oynadığı özel rollere bağlı olarak aynı zamanda cinsel partnerin, arkadaşın, muhasebecinin, çocuk bakıcısının, yatak ısıtıcısının ve bir dinleyicinin vb. kaybı anlamına da gelebilir" (Parkes, 1972, Worden, 1991).

Eşler evlilikleri boyunca birbirlerinin en büyük destekçisidir. Eşlerden birinin ölümü ile birden ve istenmedik bir şekilde bu desteğin kesilmesi geride kalan için uyum yapması gereken yeni bir yaşantıdır. Bu süreçte diğer aile üyelerinin ve yakınların desteği önemlidir. Çünkü kalan eş hayat arkadaşını kaybetmiştir, duyguları daha canlıdır. Ölenle olan bağlarından kurtulmakta zorlanmaktadır. Bu dönemde geride kalan kişinin kendi başına iş yapabildiğini ve işe yaradığını hissetmesi için belirli amaçlara, yeni uğraşlara yönlenmesi iyi olacaktır. Çıkabilecek ekonomik zorluklarda desteklenmelidir.

Eşini kaybeden kişilerde çoğu zaman kayıptan sonra yalnızlık ve izolasyon; eşin yakınlarından, ortak arkadaşlardan uzaklaşma, kaçınma, kimse ile konuşmak istememe eğilimi görülür. Kişiye bu dönemde yanlış değerlendirme ve karar verme potansiyeli vurgulanmalı, önemli hayati kararların ertelenmesi konusunda yardımcı olunmalıdır.

1.13. Çocuk Kaybı ve Yas

Hayatta telafisi olmayan ve kaçınılmasız yaşanılan tek şey ölümdür. Fakat aynı zamanda ölüm gerçeği kabul edilmesi ve kayıptan sonraki yaşama uyum gösterilmesi en zor yaşam olayıdır. 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.

Çocuk kaybının kabullenilmesini zorlaştıran başka bir neden çocuk kaybının çok sık olmayışı ve ailelerin böyle bir kayba hazır olmayışlarıdır. Çocuk aile için geleceği ve umudu temsil eder. Ebeveynler ve ailedeki diğer yetişkinler çocuktan önce kendi ölümlerine hazırdır. Çocuğun kaybı sıra bozulmasıyla hem geçmişlerinin hem de geleceğe dair beklenti ve umutlarının kaybolmasıdır.

Çocuğun ölümü ile; anne-baba olmanın sorumluluklarını, çocuğun bakımı ve korunmasını yerine getiremediklerini düşünen aileler, başarısızlık, yetersizlik ve yoğun suçluluk duyguları yaşarlar. 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.

1.14. Araştırmanın Amacı

Hızla değişen ve gelişen dünyada, sanayileşme ve kentleşme ile birlikte insanların yaşamlarında büyük değişimler söz konusudur. Kişilerin birbirlerine ilgi ve destekleri giderek azalması, yaşamı zorlayan deneyimler artarken insanların izole yaşama geçişi, kriz kavramı ve krize müdahale yaklaşımını doğurmuştur.

1944 yılında Lindemann'ın yaptığı çalışmalarla kriz kavramı temellenerek tanımlanmış ve müdahale yöntemleri geliştirilmiştir. Neticesinde Avrupa ve Amerika'da Koruyucu Ruh Sağlığı kapsamında hizmet veren merkezler yaygınlaşmıştır.

Krize müdahale, kriz teorisi mimarları olan Eric Lindemann ve Gerald Caplan başta olmak üzere çeşitli bilim adamlarının katkıları ile terapötik yaklaşım modeli olarak uygulanmaya başlanmıştır. İlk Kriz Merkezi 1962 yılında Amerika'nın Los Angeles şehrinde kurulmuş olup, bu gün dünyanın bir çok ülkesinde ve çeşitli şehirlerinde Krize Müdahale Merkezleri hizmet vermektedir.

Ülkemizde ilk Krize Müdahale Merkezi 1989 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi adı altında kurulmuştur. Merkez multidisipliner bir ekiple (doktor, psikolog, sosyal çalışmacı, hemşire) ağır stres ve uyum güçlükleri gösteren (aile içi ilişki bozukluğu,kayıp yaşantısı olan,intihar davranışı gösteren, gelişimsel dönem uyum sorunu v.b. gibi) bireylere, krize müdahale ilkeleri doğrultusunda hizmet veren bir kurumdur.

Sosyal bir varlık olan insan yaşamı boyunca çok çeşitli duygusal zorlanmalara bağlı güç günler yaşar. Akut olarak gelişen ve süre sınırlı bu dönem kriz durumu olarak anılır. Kişi çoğu zaman sorunlarının üstesinden gelmeyi başarır. Eğer bu durum öncelikli olarak yaşam amaçlarını tehdit eden bir durum şeklinde yaşanıyorsa yüksek anksiyete görülürken, eğer öncelikli olarak kayıp duygusu yaşanıyorsa yas tepkileri ve buna eşlik eden depresif belirtiler görülür.

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 kaybıdır.

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 neticesinde kayıp sonrası yas sürecinde yaşanan zorlanmalar nedeniyle 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 ulaşılmaya çalışılacaktır.

2. 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'nün organ kaybı sonucu, 18'nin eşinden veya sevgilisinden ayrılan, eşi tarafından terk edilen veya boşanma öncesi yada sonrasında, 23'nün kendisi veya bir yakını kronik, ölümcül bir hastalık tanısı alması, 31'nin 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 alarak 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, (danışanı) kimin gönderdiği, ölenin (kaybın) kim olduğu, ölenin 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, kayıp sonrası 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.

3. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde veriler frekans dağılım tabloları halinde sunulmuştur, tabloların açıklamaları da yapılmıştır.

3.1. Demografik veriler

Demografik özellikler olarak cins, yaş, medeni durum, eğitim, meslek ve yaşam durumu alınmış, bunlar ile ilgili bulgular aşağıda sıralanmıştır.

3.1.1. Cinsiyet dağılımı

Başvuruları cinsiyet dağılımına göre incelediğimizde kadın olguların % 81,6 ile çoğunlukta oldukları görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Cinsiyet dağılımı

Cinsiyet	**Sayı(F)**	**Yüzde(%)**
Erkek	56	18,4
Kadın	248	81,6
Toplam	304	100

3.1.2. Yaş dağılımı

Olguların yaş dağılım tablosuna bakıldığında 'Yas Tepkisi' ile yapılan 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 (Tablo 2).

Tablo 2. Yaş dağılımı

Yaş	**Sayı (F)**	**Yüzde (%)**
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
Toplam	304	100

3.1.3.Medeni durum

Merkeze başvuran olguların % 42,1 evli, % 30,9 ‘u bekar, % 22,4’ü dul, % 4,6’sı boşanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Medeni durum

Medeni durumu	**Sayı (F)**	**Yüzde (%)**
Evli	128	42,1
Bekar	94	30,9
Dul	68	22,4
Boşanmış	14	4,6
Toplam	304	100

3.1.4. Eğitim durumu

Eğitim durumlarına bakıldığında; Üniversite mezunu olan olgular % 33,2 ile çoğunluktadır. İlköğretim ve lise eğitimi almış olguların oranının % 30,6 ile aynı olduğu görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Eğitim durumu

Eğitim	**Sayı (F)**	**Yüzde (%)**
İlköğretim	93	30,6
Lise	93	30,6
Üniversite	101	33,2
Belirlenmemiş	17	5,6
Toplam	304	100

3.1.5. Meslek durumu

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 İşsizdir (Tablo 5).

Tablo 5. Meslek durumu

Meslek	Sayı (F)	Yüzde (%)
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
Toplam	304	100

3.1. 6. Yaşam durumu

Olgularının % 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 (Tablo 6).

Tablo 6. Yaşam durumu

Yaşam Durumu	Sayı (F)	Yüzde (%)
Tek başına	23	7,6
Eş ile	29	9,6
Çocukları ile	54	17,8
Eş ve çocukları ile	96	31,4
Anne baba ile	20	6,6
Kardeş ile	14	4,6
Ebeveyn ve kardeş ile	32	10,6
Ebeveyn ve çocuk ile	8	2,6
Tek ebeveyn ile	11	3,6
Diğer (arkadaş,akraba,yurt..)	17	5,6
Toplam	304	100

3.2. Kriz Merkezine Başvuru

3.2.1. Başvuru şekli

Olguların başvuruyu nasıl yaptıklarına bakıldığında; 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 (Tablo 7).

Tablo 7. Başvuru şekli

Başvuru	Sayı (F)	Yüzde (%)
Tek başına	146	47,9
Eşi ile	35	11,6
Anne- babası ile	12	3,9
Çocuğu ile	17	5,6
Kardeş ile	12	4,0
Yakını ile (akraba,arkadaş)	71	23,4
Diğer (Tanıdık,komşu,polis..)	11	3,6
Toplam	304	100

3.2.2. Geliş biçimi

Danışanların kriz merkezine kimin tarafından gönderildiğine baktığımız zaman, 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 yolladığı olgular % 0,7 oranındadır (Tablo 8).

Tablo 8. Geliş biçimi

Gönderen	Sayı (F)	Yüzde (%)
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
Toplam	304	100

3.3. Ölene Ait Veriler

3.3.1. Ölen kişi

Başvuran olguların içinde nişanlısını, sözlüsünü ve sevgilisini kaybeden olgular, eş kaybı sebebiyle başvuran olgular içerisinde değerlendirilmiş ve veriler eş / sevgili başlığı altında toplanmıştır. Eş / sevgili ölümü % 23,1, Çocuk ölümü % 20,5 ve Baba ölümü % 20,1 oranı ile yası tutulan kayıplardır. Bu kayıpları % 13,9'la anne ve % 10,9'la kardeş ölümleri izlemektedir (Tablo 9).

Tablo 9. Ölen kişi

Ölen	Sayı (F)	Yüzde (%)
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 v.b.)	35	11,5
Toplam	304	100

3.3.2. Ölen kişinin yaşı

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 (Tablo 10).

Tablo 10. Ölenin yaşı

Yaş	Yüzde (%)
<-19	21,4
20-29	19,9
30-39	11,1
40-49	16,3
50-59	15,1
60-69	8,5
70->	7,7
Toplam	100

3.3.3. Ölen ile danışanın yaşam durumu

Yas olgularının % 62 sinin ölen ile birlikte yaşadığı, % 38'nin ise evlilik, eğitim yada çalışıyor olmaktan dolayı ölen kişiden ayrı yaşadıkları anlaşılmıştır (Tablo 11).

Tablo 11. Danışan ve ölenin yaşam durumu

Birlikte Yaşama Durumu	Sayı (F)	Yüzde (%)
Birlikte Yaşıyor	189	62,2
Birlikte Yaşamıyor	115	37,8
Toplam	304	100

3.3.4.Danışan ölüm anında ölenin yanında mıydı ?

Yas sürecini etkileyen bir etmen olan ölümün gerçekleştiği sırada ölenin yanında olmak durumuna baktığımızda; çalışmada ele aldığımız olguların % 62,2'si ölümün gerçekleştiği sırada ölenle aynı ortamda veya yanında bulunduğunu bildirmiştir. Evlilik, eğitim, iş gibi sebeplerden dolayı ölüm sırasında ölenin yanında olmayanların oranı ise % 37,2'dir (Tablo 12).

Tablo 12. Danışan ölenin yanında mıydı?

Ölüm Sırasında Danışan	Sayı (F)	Yüzde (%)
Ölenin yanında	189	62,2
Ölenin yanında değil	115	37,8
Toplam	304	100

3.3.5. Ölüm şekli

Worden ani ölümü; öncesinde herhangi bir uyarı olmayan ölüm biçimi olarak tanımlarken, intihar, kaza, kalp krizi ve öldürülmeler sonucu ölüm durumlarının ayrıca tartışılması gerektiğini dile getirmektedir (Worden, 1991). Bizde çalışmamızda Kriz Merkezine başvuran olguların kaybettikleri kişinin ölüm şeklini daha açık ortaya koyabilmek için ölüm biçimlerini, ani (kalp krizi, tansiyon veya beyin kanaması v.b.), kronik hastalık sonucu, trafik kazası, intihar, travmatik (ateşli veya keskin silahla, zehirlenme, boğulma, düşme gibi) başlıkları altında ayrıştırarak ele aldık. 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 (Tablo 13).

Tablo 13. Ölüm şekli

Ölüm Şekli	Sayı(F)	Yüzde (%)
Ani (kalp krizi,tansiyon veya beyin kanaması vb.)	111	36,5
Kronik hastalık (kanser vb.)	66	21,7
Trafik kazası	56	18,4
İntihar	42	14,0
Travmatik(ateşli veya kesici silahla,zehirlenme,boğulma,düşme)	29	9,4
Toplam	304	100

3.4. Görüşme Süreci

3.4.1. Başvuru zamanı

Olguların % 43,79'nun kayıptan sonra ilk ay içinde yardım almak için merkeze başvurduğu, bu başvurulardan da % 17,76'sının kaybı izleyen ilk haftada müracaat ettiği görülmektedir. Patolojik yasa dönüşme riski olanlar ile patolojik yas olarak değerlendirilebilecek 6 ay ve üzeri zaman sonra başvuruların toplamı

% 18,75'tir. Başvuru sırasında 15 olgudan kaybın ne zaman yaşandığına dair bilgi alınmamış ve / veya alınamamış olduğu belirlenmiştir (Tablo 14.).

Tablo 14. Başvuru zamanı

Geçen Zaman	**Sayı (F)**	**Yüzde %**	**Toplam / Yüzde (%)**
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	108 % 35,54
7 – 12 Ay	34	% 11,18	34 % 11,18
1 yıl üzeri	23	% 7,57	23 % 7,57
Bilinmiyor (Başvuru sırasında alınmamış/alınamamış)	15	% 4,93	15 % 4,92
Toplam	304	% 100	304 % 100

3.4.2. Başvuru anındaki duygular

304 olgunun başvuru anında kaybettiği kişiye karşı dile getirdiği duygularına bakıldığında; % 69,7'si yoğun özlem duyduğu, % 25,3'ünün suçluluk hissettiği, % 18,8'nin pişmanlık yaşadığı anlaşılmaktadır. % 18,1 kaybettiği kişiyi hala sevdiğini, % 15,5'inin kızgınlık, % 7,9'unun da öfke duygularını ifade ettikleri görülmektedir (Tablo15).

Tablo 15. Danışanın başvuru anındaki duyguları

Duygular	**Sayı (F)**	**Yüzde (%)**
Öfke	24	7,9
Kızgınlık	47	15,5
Suçluluk	77	25,3
Özlem	212	69,7
Pişmanlık	55	18,8
Sevgi	57	18,1

3.4.3.Görüşme sayısı

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 yapılmıştır (Tablo 16).

Tablo 16. Görüşme sayısı

Görüşme sayısı	**Sayısı(F)**	**Yüzde (%)**
1-8 görüşme	268	88,15
8-üstü görüşme	36	11,85
Toplam	304	100

3.4.4. Görüşme sıklığı

Yas görüşmeleri kapsamında olguların % 55,3'ü 'haftada bir' görüşme yaparken, 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 (Tablo 17).

Tablo 17. Görüşme sıklığı

Görüşme Sıklığı	**Sayı(F)**	**Yüzde (%)**
Haftada birden çok	73	24,1
Haftada bir	168	55,3
On beş günde bir	52	17,1
Ayda bir	11	3,5

3.5. Danışanın Yas Bulguları Çerçevesinde Değerlendirilmesi

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

Tablo 18. Yas durumu

Yas Durumu	**Sayı (F)**	**Yüzde (%)**
Akut Yas	196	64,5
Patolojik Yas olabilir	53	17,4
Patolojik Yas	55	18,1
Toplam	304	100

3.6.Yas Belirtileri

3.6.1.Bedensel tepkiler

Çalışmamızda değerlendirdiğimiz olguların gösterdiği normal yas tepkilerinden bedensel belirtilere baktığımızda; her iki cinsiyette de en çok dile getirilen bedensel şikayet (erkeklerde % 48,2 ve kadınlarda % 49,6 olmak üzere) % 49,3 kaslarda güçsüzlüktür. Bunu (erkeklerde % 46,4, kadınlarda % 48,4) % 48,0 enerji azlığı, % 34,5 nefes darlığı / nefessiz kalma hissi (erkeklerde % 28,3, kadınlarda % 35,9), % 23,0 gürültüye duyarlılık ve % 22,0 göğüste sıkışma şikayetlerinin izlediği belirlenmiştir (Tablo 19).

Tablo 19. Bedensel belirtiler

Bedensel Tepkiler	**Cinsiyet**				**Toplam**	
	Erkek		**Kadın**			
	Sayı (F)	**Yüzde (%)**	**Sayı (F)**	**Yüzde (%)**	**Sayı (F)**	**Yüzde (%)**
Midede boşluk hissi	5	8,9	10	4,0	15	4,9
Gürültüye duyarlılık	19	33,9	51	20,6	70	23,0
Nefes darlığı / Nefessiz kalma hissi	16	28,3	89	35,9	105	34,5
Göğüste sıkışma	12	21,4	55	22,2	67	22,0
Ağız kuruluğu	10	17,9	50	20,2	60	19,7
Kaslarda güçsüzlük	27	48,2	123	49,6	150	49,3
Boğazda sıkışma	4	7,1	17	6,9	21	6,9
Depersonalizasyon	3	5,4	15	6,0	18	5,9
Enerji azlığı	26	46,4	120	48,4	146	48,0
Bayılma	2	3,6	13	5,2	15	4,9
Titreme	1	1,9	10	3,6	11	3,6

3.6.2. Duygusal tepkiler

Olguların % 74,0'ü (erkekler % 71,4 - kadınlar % 74,6) kayıplarının ardından duydukları üzüntüyü dile getirirken, bunaltı yaşayanlar (erkekler % 67,9 – kadınlar % 65,7) % 66,1'dir. % 65,1'i (erkeklerin % 62,5'i - kadınların % 65,7'si) özlem duymakta, engellenmişlik hissini % 41,9'u (erkeklerin % 48,2'si – kadınların % 40,5'i) yaşadığını ve % 41,1'nin (erkeklerin % 35,7'si – kadınların % 42,3'ü) de yalnızlık duygusunu ifade ettiği görülmektedir (Tablo 20).

Tablo 20. Duygusal tepkiler

Duygusal Tepkileri	**Cinsiyet**				**Toplam**	
	Erkek		**Kadın**			
	Sayı (F)	**Yüzde (%)**	**Sayı (F)**	**Yüzde (%)**	**Sayı (F)**	**Yüzde (%)**
Üzüntü	40	71,4	185	74,6	225	74,0
Öfke	16	28,6	65	26,3	81	26,7
Bunaltı	38	67,9	163	65,7	201	66,1
Yalnızlık	20	35,7	105	42,3	125	41,1
Yorgunluk	1	1,8	15	6,0	16	5,3
Çaresizlik	18	32,1	57	23,0	75	24,7
Şok	9	16,1	41	16,5	50	16,4
Özlem	35	62,5	163	65,7	198	65,1
İnkar	7	12,5	54	21,8	61	20,1
Suçluluk/Kendini kınama	19	33,9	67	27,0	86	28,3
Kurtuluş duygusu	-	-	5	2,0	5	1,6
Rahatlama	1	4,8	3	1,2	4	1,3
Uyuşukluk hissi	4	7,1	27	10,9	31	10,2
Korkular	7	12,5	31	12,5	38	12,5
Engellenmişlik hissi	27	48,2	100	40,5	127	41,9
Umutsuzluk	9	16,1	56	22,7	65	21,5

3.6.3. Düşünce alanındaki belirtiler

Yas danışmanlığı ve/veya terapisine başlarken kaybettikleri kişinin ölümüne inanmayan olgular % 33,9, ölen ile ilgili saplantılı düşüncelere sahip olanlar % 18,8, varsanıları (yanlış algılamaları) bulunanlar % 10,5, konfüzyon tespit edilenler % 7,6 olup, olguların - ki bu olguların tamamı kadındır – % 6,3'ünün kayıplarının hala yaşadığı hissini taşımakta olduğu belirlenmiştir (Tablo 21).

Tablo 21. Düşünce alanındaki belirtiler

Düşünce Belirtileri	**Cinsiyet**				**Toplam**	
	Erkek		**Kadın**			
	Sayı (F)	**Yüzde (%)**	**Sayı (F)**	**Yüzde (%)**	**Sayı (F)**	**Yüzde (%)**
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

3.6.4. Davranışsal tepkiler

Olguların % 69,4'ünün kayıplarından sonra aşırı hareketlilik – huzursuzluk, % 59,2'sinde uyku bozuklukları, % 52,6'sının ağlama, % 43,1'nin sosyal çevrelerinden uzaklaşıp ilişkilerinde geri çekilme yaşadıkları, % 38,9'da dalgınlık, % 30,6'sında öleni arama ve çağırma davranışları saptanmıştır (Tablo 22).

3.6.5. Patolojik yas belirtileri

Patolojik yas olarak da adlandırılan komplike yas belirtilerinden sosyal uyum bozukluğunu olguların % 25'i, kayıplarından sonra sıkıntılarını bedenselleştiren kişilerde ortaya çıkan psikosomatik belirtileri % 24'ü, kayıpları ile beraber yaşadıkları suçluluk duygusunu başkalarına yansıtarak suçlama yapan kişilerde gözlenen düşmancıl tutumları olguların % 18,8'i göstermiştir. Bunları düşmancıl duygularla uğraş % 13,5 ve ajite depresyon % 13,2 ile izlemiştir (Tablo 23).

Tablo 22. Davranışsal belirtiler

Davranışsal Tepkiler	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın			
	Sayı (F)	Yüzde (%)	Sayı (F)	Yüzde (%)	Sayı (F)	Yüzde (%)
Uyku bozuklukları	31	55,4	149	60,1	180	59,2
İştah bozuklukları	11	19,6	55	22,2	66	21,7
Dalgınlık	23	41,8	95	38,3	118	38,9
Sosyal içe çekilme	24	42,9	107	43,1	131	43,1
Ölenle ilgili rüyalar	11	19,6	41	16,5	52	17,1
Öleni hatırlatan şeylerden uzaklaşma	4	7,1	13	5,2	17	5,6
Arama-çağırma	20	35,7	73	29,4	93	30,6
İç çekme	3	5,4	18	7,3	21	6,9
Aşırı hareketlilik / huzursuzluk	43	76,8	168	67,7	211	69,4
Ağlama	13	23,2	147	59,3	160	52,6
Öleni hatırlatan yerlere gitme / eşyaları taşıma	1	1,8	7	2,8	8	2,6
Ölene ait eşyaları saklama	3	5,4	29	11,7	32	10,5

Tablo 23. Patolojik yas belirtileri

Patolojik Tepkiler	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın			
	Sayı (F)	Yüzde (%)	Sayı (F)	Yüzde (%)	Sayı (F)	Yüzde (%)
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
Psikosomatik (ateş,ağrı,kasılma gastrolojik ve tansiyon sorunları vb.)	14	25,0	59	23,8	73	24,0
Sosyal uyum bozukluğu	11	19,6	65	26,2	76	25,0
Düşmancıl tutum	5	12,5	50	20,2	57	18,8
Düşmancıl duygular ile uğraş	5	8,9	36	14,5	41	13,5
Kendi başına etkinlik başlatamama / karar verememe	5	8,9	41	16,5	46	15,1
Sosyal-ekonomik zarar verici etkinlikler	5	8,9	7	2,8	12	3,9
Ajite depresyon	7	12,5	33	13,3	40	13,2

3.7. İntihar Davranışı

Yas olgularının 35‘inde intihar davranışı görülmüştür. İntihar davranışı görülen olgular daha çok intihara yönelik düşüncelerinin olduğunu belirtmişlerdir. İntihar fikirleri olduğunu ifade eden % 6,9’un; % 28,6’sı erkek, % 71,4’ü kadındır. Yaşamı dayanılmaz bulan % 2,3 kişi olup, bunların % 42,9’u erkek, % 57,1’i kadın olgulardır. İntihar girişimi gerçekleştiren % 2’dir. İntihar davranışı belirlenen bireylerden sadece 1 kadın olgunun intihar planı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 24).

Tablo 24. İntihar davranışı

İntihar davranışı	**Cinsiyet**				**Toplam**	
	Erkek		**Kadın**			
	Sayı (F)	**Yüzde (%)**	**Sayı (F)**	**Yüzde (%)**	**Sayı (F)**	**Yüzde (%)**
Yaşamı dayanılmaz bulmak	3	42,9	4	57,1	7	20
İntihar düşüncesi	6	28,6	15	71,4	21	60
İntihar planı	-	-	1	100	1	2,9
İntihar girişimi	1	16,7	5	83,3	6	17,1

3.8. İlaç Kullanımı

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 ilaç (anksiyolitik, antipsikotik) aldıkları belirlenmiştir.

3.9. Sosyal Destek

Olguların % 24,3'ü bir sosyal destek almamaktadır. % 22,4'ü yakınlarının desteğini almaktadır. % 20,4'ü eşlerinin, % 11,2'si de anne babalarının desteğini görmektedir. Kardeşlerinin ve çocuklarının desteğini alanlar % 9,2 ile eşit orandadır (Tablo 25).

Tablo 25. Sosyal destek

Destek Veren	Sayı (F)	Yüzde (%)
Ebeveyn	34	11,2
Eş	62	20,4
Çocuk	28	9,2
Kardeş	28	9,2
Yakınlar (Akraba,arkadaş,tanıdıklar)	68	22,4
Destek olan yok	74	24,3
Bilinmiyor	10	3,3

3.10. Tedavi Sonuçları

3.10.1. Sonuç

Merkezde gördüğü tedavi sonucunda;

-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,

-Psikiyatride 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, % 15,0'nın da patolojik yası olanlar olduğu görülmüştür (Tablo 26).

Tablo 26. Sonuç

Sonuç	Yas Durumu						Toplam	
	Akut Yas		Patolojik Yasa Dönüşebilir		Patolojik Yas			
	Sayı (F)	Yüzde %	Sayı (F)	Yüzde %	Sayı (F)	Yüzde %	Sayı (F)	Yüzde %
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
Toplam	196	64,5	53	17,4	55	18,1	304	100

Tablo 27. Prognoz

Prognoz	Yas durumu						Toplam	
	Akut Yas		Patolojik Yasa Dönüşebilir		Patolojik yas			
	Sayı (F)	Yüzde %	Sayı (F)	Yüzde %	Sayı (F)	Yüzde %	Sayı (F)	Yüzde %
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 içinde bir sorun yaşanması beklenmez	120	61,3	12	22,7	23	41,8	155	51,0
Toplam	196	64,5	53	17,4	55	18,1	304	100

3.10.2. Prognoz

Kriz merkezine başvuran hastaların prognozuna bakıldığında;

Akut yas olgularının % 61,3'nün zaman içinde bir sorun yaşaması 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 yaşaması 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 (Tablo 27).

4. TARTIŞMA

Tanımlayıcı bir araştırma olan çalışmamızda bu bölümde bir önceki bölümde ayrıntıları tablolarda sunulmuş olan veriler, Kriz Merkezinin kuruluşundan bu yana yas başvuruları gözden geçirilerek, literatür bulguları çerçevesinde değerlendirilerek, ülkemize özgü durumlar Kriz / yas kuramı ilkeleri ile bütünleştirilerek tartışılacaktır.

4.1. Demografik Veriler

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 sözelleştirme, ifade etme becerisinin daha iyi ve paylaşıma daha açık oluşları ile açıklanmaktadır (Erol ve ark. 1998).

Ayrıca toplumumuzda kadınlar erkeklere göre daha fazla zorlayıcı yaşam olayları ile 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. Onar yaş aralığı ile değerlendirilen olguların, yaş dağılım tablosuna bakıldığında 'Yas Tepkisi' ile yapılan başvuruların daha çok 15-44 yaş aralığındaki bireyler 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, Bowlby (1980) ve Clayton (1979) genç

dulların fiziksel sıkıntı düzeylerinin tüm dullar içinde daha yüksek göründüğünü belirtmişlerdir (Clayton 1974, Clayton 1979, Bowlby 1980; akt. Worden 1991).

Medeni durumlarına bakıldığında literatürle uyumlu bir dağılım olduğu (Sezgin ve ark. 2004); evli olan bireylerin % 42,1 ile merkeze başvurular arasında çoğunluğu oluşturduğu, hemen arkasından da % 30,9 ile bekar ve % 22,4 ile dul bireylerin yer aldığı görülmektedir. Bu, yaş dağılım tablosundaki genç ve erişkin yaş gruplarındaki yoğunlaşmaya uyumludur. Olguların çoğunluğunun kadın, % 42,1'nin 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 (yüksek öğrenim % 33,2, Lise % 30,6 ve ilköğretim % 30,6), 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 % 35,5'i memur / işçi, % 7,2'sinin serbest olarak çalışıyor olması çalışıyor olmanın, sosyal paylaşım ve destek olmadığında yas çözümlenmesinde kolaylaştırıcı bir etki olmadığını, ev hanımlarının % 32,6 olması 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.

4.2. Başvuru Şekli

Eş ve çocukları ile yaşayanların % 31,4 oranla en yüksek başvuru yapan grup olması, aile içi sosyal destek sisteminin yeterli olamadığını 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 kimin tarafından gönderildiğine baktığımız zaman, merkezden daha önce yardım almış veya bir şekilde yaptığı faaliyetleri bilen, yakınları tarafından gönderilenlerin % 32,6 ile çoğunlukta olduğu görülmektedir. Bu Berksun ve arkadaşlarının tespiti ile uyumludur (Berksun ve ark. 1993). Öncelikle psikiyatri polikliniğine başvurup, orada yas tanısı alarak merkeze sevk edilenlerin oranı ise % 26,9'dur. Kendi başvurarak gelen olgular % 25,6'lık bir oranı oluştururken, başka polikliniklere başvurup da merkeze yönlendirilenler, polis, okul rehberlik servisi veya tanıdığı herhangi birisinin yönlendirmesi sonucu gelenler 'diğer' başlığı altında değerlendirilmiş olup, oranı tüm başvurular içinde % 9,3'tür. Acil servisten yönlendirilenler % 3,3 , başka branştan bir doktorun gönderdiği % 1,7 ve işyerinin yolladığı olgular % 0,7 oranındadır. Merkeze başvuranların, yasın arama ve isyan dönemi ile çökkünlük ve onarma döneminde olup yaslarını çözümleyebilmek için arayışta oldukları, ancak yaşadıkları sıkıntılarını yasları ile

ilişkilendirmedikleri için öncelikle farklı branşlardan profesyonellere yardım alabilmek için başvurdukları düşünülmektedir.

4.3. Ölene Ait Bilgiler

Ölenin kim olduğu değerlendirildiğinde sevgili / eş kaybının % 23,1 ile birinci sırada ve çocuk kaybının da % 20,5 ile ikinci sırada yer aldığı, sonraki sıraları baba % 20,1 ve anne % 13,9 kaybının izlediği, sonrasında % 10,9 ile kardeş kaybının yer aldığı belirlenmiştir. 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; % 21,4 ile 0-19 yaş ve % 19,9 ile 20-29 yaş aralığında olması çocuk ve genç ölümleri ile baş etmenin, yetişkin ölümlerine göre daha zorlayıcı olduğunu düşündürmektedir. Bu durumun çalışmamızdaki diğer bulgular ve literatürde belirtilen bulgular ile de uyumludur (Worden 1991, Soykan 2000).

Yasta belirleyici etmenlerden olan ölen ile birlikte yaşam ve ölüm sırasında ölen ile aynı ortamda olma durumuna baktığımızda; danışanlardan % 62,2'sinin ölen ile birlikte yaşadığı ve ölüm anında ölenle aynı ortamda bulunduğu belirlenmiştir. Bu sonuç yas sürecini belirleyen etmenlerle ilgili literatür çalışmaları ile uyumludur (Parkes ve Weiss 1983; akt. Worden, 1991).

Merkeze başvuran olguların kayıplarının ölüm şekline bakıldığında, literatürle uyumlu olarak, ilk sırayı % 36,5 ile; 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 % 21,7 ile ikinci sırada tespit edilmiştir. Bu tür bir kayıp sürecinde ölüm tam olarak gerçekleşmeden önce yas tamamlanmış olabilmektedir (Kübler- Ross 1995). Ancak merkeze başvuran kronik bir rahatsızlık sonucu yakınını kaybetmiş olguların Kübler-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 intiharı önleme merkezi yöneticisi olan Richard Mc Gee'nin: "..intihar bir ailenin başarılı bir biçimde en zor çözümleyebileceği 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.

4.4. Görüşme Süreci

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. Bowlby ve Parkes (Bowlby 1980, Parkes 1972) yasın kişinin yas sürecinin son aşamasını tamamladığında 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. Olguların % 43,79'u ilk bir ay – ki bunların da % 17,76'sı kaybın hemen ardından ilk hafta – içinde, % 35,53'ü iki ay ile altı ay, % 11,18'inin yedi ile on iki ay arasında ve % 7,57'sinin de bir yıl ve üzeri sürede yas danışmanlığı / terapisi almak için başvuran yas vakaları olup, literatürle uyumlu olduğu görülmüştür.(Worden 1991, Berksun ve ark. 1993, Volkan 1997, Sezgin ve ark. 2004).

Merkeze başvuran olguların ilk başvuru anındaki duygularına baktığımızda % 69,7'sinin özlem duygusunu, daha sonra suçluluk (% 25,3), pişmanlık (% 18,8), sevgi (% 18,1), kızgınlık (% 15,5) ve öfke (% 7,9) 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, Volkan1991).

Danışmanlık / terapi alan olgularla yapılan görüşme sayısına baktığımızda; olguların, akut yas ve patolojik yasa dönüşebilir olan, % 88,15'i 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 % 11,85 olgu ile de 8 ve üstü görüşme yapılmasının Worden (1991), Volkan (1997), Sezgin ve ark. (2004) yas terapisi için önerdikleri görüşme sayısıyla uyumlu olduğu düşünülebilir.

Worden, çözümlenmemiş yas tepkisi ile baş vuran 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.

4.5. Danışanın Yas Bulguları

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; bedensel, duygusal, düşünce alanındaki belirtiler ve komplike (patolojik) belirtiler başlıkları altında değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Olguların yas tepkilerini değerlendirdiğimizde; normal yas ve patolojik yas tepkisi gösterenlerin literatürde aktarılan belirtiler ile uyumlu olarak belirti gösterdikleri saptanmıştır.

Olguların Bedensel belirtilerine baktığımızda, ilk başvuru da; kaslarda güçsüzlük (% 49,3), enerji azlığı (% 48,0), nefes darlığı / nefessiz kalma hissi (% 34,5), gürültüye duyarlılık (% 23,0), göğüste sıkışma (% 22,0) ve ağız kuruluğu (% 19,7) şikayetlerinin her iki cinsiyette de öne çıkan bedensel belirtiler olup, literatürde belirtilen akut yas bulguları ile uyumluluk göstermektedir.

Duygusal belirtileri ele aldığımızda yine her iki cinsiyette de tutarlı olarak aynı duygusal belirtilerin öne çıktığı ve ambivalan duygular; üzüntü (% 74,0), bunaltı (% 66,1), özlem (% 65,1), engellenmişlik hissi (% 41,9), yalnızlık (% 41,1), suçluluk / kendini kınama (% 28,3), öfke (% 26,7), çaresizlik (%24,7), umutsuzluk (% 21,5) duygularını, bir arada yaşadıkları belirlenmiştir. Yas sürecinin çökkünlük ve onarım evresinde olduğu gözlemlenen olgularda belirlenen bu duygusal belirtiler literatürde bildirilen çalışmalar ile uyumludur.

Düşünce alanındaki belirtilere baktığımızda; (kaybına) inanmama %33,9 ile

yine her iki cinsiyette de en fazla olduğu belirlenen düşünce biçimi olup, aynı zamanda olguların % 18,8'nin kaybını kabullenememekten kaynaklı, ölümün oluş şekli ile ilgili yanlış düşünce ve inanışın hakim olduğu saplantılı düşüncelerinin olduğu, %10,5'nin ölenin sesini duyduğuna, ölene ait görüntüler gördüğüne dair yanlış algılamalarının olduğu, % 7,6'sında konfüzyon görüldüğü ve (kaybının) hala yaşıyor hissini % 6,3'nün ifade ettiği belirlenmiştir. Başvuran olguların yarıya yakın bir kısmı (% 43,8'i) kaybını takip eden ilk bir ay içinde merkeze başvurduğundan, gösterdikleri düşünce alanındaki belirtilerin içinde bulundukları arama ve isyan dönemi sebebiyle olduğu düşünülmektedir.

Olguların davranışsal belirtilerinde, her iki cinsiyette de; aşırı hareketlilik/ huzursuzluk (% 69,4), uyku bozuklukları (% 59,2), (engel olamadıkları) ağlama (% 52,6), sosyal içe çekilme (% 43,1), dalgınlık (% 38,9), (kaybını) arama-çağırma (% 30,6) davranışlarının görüldüğü belirlenmiştir.

Olgularda, her iki cinsiyette de öne çıktığı görülen bedensel, duygusal, düşünce alanındaki ve davranışsal belirtilerin literatürde ifade edilen akut yas belirtileri ile uyumluluk gösterdiği görülmüştür.

Horowitz, patolojik yası belli bazı davranışların varlığına değil, yas tepkisinin süresi ya da yoğunluğundaki artışla ilişkilendirmektedir (Horowitz 1980; akt. Worden 1991). Olguların sosyal uyum bozukluğu (% 25,0), psikosomatik sıkıntılar (% 24,0), düşmancıl tutum (% 18,8), kendi başına etkinlik başlatamama / karar verememe (% 15,1), düşmancıl duygular ile uğraş (% 13,5) ve ajite depresyon (% 13,2) tepkileri göstermesi gecikmiş ya da abartılmış yas tepkileri şeklinde patolojik yas veya patolojik yasa dönüşebilir süreçte olduklarını düşündürmektedir.

4.6. İntihar Davranışı

Kayıptan sonra intihar davranışı daha çok yasın çökkünlük ve onarım evresin de 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 kaybından sonra intihar davranışı belirlenmiştir. Bu olguların % 60'ı intiharı düşündüklerini, % 20'si yaşamı dayanılamaz 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 bulundukları iki ile altı ay içerisinde başvurdukları çalışmamızdaki bulgulardan anlaşılmaktadır. 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 yasın çözülmesinde yararlı olduğu düşünülmektedir.

4.7. İlaç Kullanımı

Lindemann (1944) yas sürecindeki hastanın gerginliğinin ve depresif belirtilerinin yatıştırılması için sakinleştirici ve gevşetici ilaç kullanımını önermiş olsa da, günümüzde yasın yaşanması gereken doğal ve zorunlu bir süreç olması nedeniyle (ilaçla) özel bir tedavi gerektirmediği (Worden, 1993), hatta bilinçsiz tranklizanların yasın seyrini patolojik yas olarak etkileyeceği ve Volkan'nın da (1985) bunu desteklediği belirtilmektedir (Çevik ve Öncü 1995). Ancak yasın başlangıç döneminin yaşanmadığı belirlenirse yası başlatabilmek amacıyla ve koruyucu ruh sağlığı açısından ilaç tedavisi verilebilir (Çevik ve Öncü 1995).

Olguların ilaç kullanımlarına baktığımızda; % 12,1'nin kayıplarından sonra merkeze, başvurmadan önce antidepresan ve % 7,7'sinin diğer psikiyatrik ilaç (anksiyolitik, antipsikotik) türevlerinden almış oldukları, merkezde tedavi sürecinde iken depresyonun eşlik ettiği olguların % 24,5'ine antidepresan başlandığı, % 11,9'unun diğer psikiyatrik ilaçlardan (anksiyolitik, antipsikotik) kullandıkları belirlenmiştir.

İlaç kullanımı ile depresyonun ve yoğun anksiyetenin hafifletilerek yas tedavi

sürecindeki danışanın yasının çözümlenmesinde karşılaştığı sıkıntılarıyla baş etmesi amaçlandığı düşünülmektedir. Bunun dışında yas tedavisi sürecinde anksiyolitik ve antipsikotik başlanan olguların koruyucu ve önleyici ruh sağlığı kapsamında psikiyatriye yönlendirildiği ve/veya devredildiği görülmüştür.

4.8. Sosyal Destek

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).

4.9. Tedavi Sonucu

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 uyandırıyorsa 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 yasın 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 yasın 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.

4.10. Prognoz

Kriz merkezine başvuran hastaların prognozuna bakıldığında; akut yas olgularının % 61,3'nün zaman içinde bir sorun yaşaması 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 terapi alan hastaların yas terapisi sonunda % 41,8'nin zaman içinde bir sorun yaşaması 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 durumunda merkezin temel amacı ve hizmeti olan koruyucu ve önleyici ruh sağlığı görevini yerine getirdiğinin bir göstergesi olarak değerlendirilmelidir.

5.SONUÇ VE ÖNERİLER

İnsan karşılaştığı zorlayıcı yaşam olaylarıyla baş etmek için, yaşamı boyunca ailesinden ve sosyal çevresinde gördüğü ve öğrendiği baş etme yöntemlerini harmanlayarak kendisine özgü yetiler geliştirir. Ancak kriz durumlarında bu yetileri sanki hiç yokmuşçasına adeta eli kolu bağlanır, ne yapacağını bilemez, şaşırır, dağılır.

Ölüm insanın hayatında asla çıkaramayacağı ve mutlaka karşılaşacağı 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 çözümleyen 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 başvuranların % 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 değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır.

Başvuranların % 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 % 40'nın tek başına müracaat etmeleri ve yaklaşık dörtte birinin sosyal desteğinin olmamasına çeşitli anlamlar yüklenebilir; ya kadınlar yasın çözümlenmesinde daha fazla zorlanmaktadırlar ve sonuç olarak daha fazla yardım ve desteğe ihtiyaç duymaktadırlar, ya da duygusal sorunlarının çözümlenmesinde yardım arayışına ve paylaşıma daha açıktırlar. Her iki durumunda yine Erol ve arkadaşlarının (1998) çalışmasıyla uyumlu olduğu düşünülmektedir.

Olguların ilk görüşmede önde gelen ilk üç duygusu; özlem (% 69,7), suçluluk (% 25,3) ve pişmanlık (% 18,8) olmuştur. Bu bulgular başvuranların % 64,5'inin akut yas sürecinde olup, yasın 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 içinde bulundukları yas evreleri sebebiyle beklenen duygusal tepkiler olduğu söylenebilir.

Olguların yas görüşmeleri sürecinde önde gelen ilk üç bedensel yakınmaları; kaslarda güçsüzlük (% 49,3), enerji azlığı (% 48), nefes darlığı/nefessiz kalma hissi olduğu belirlenmiştir. Yas sürecinin 2. evre ve 3. evresindeki bireylerde görülen,

kaybını kabullenmekte zorlanmaktan kaynaklı olarak ortaya çıkan, bu bedensel belirtilerin yas olgularında beklenen tepkiler olduğu şeklinde yorumlanabilir (Parkes 1972, Eisenberg ve Patterson 1979, Bowlby 1980) .

Tedavi sürecinde olguların yaşadıkları ilk üç duygu; üzüntü (% 74), bunaltı (% 66,1), özlem (% 65,1) duyguları olduğu görülmüştür. Bu duyguların öne çıkması da yasın arama ve isyan dönemi ile onarım ve yeniden yapılandırma döneminde görülen duygusal belirtiler ile uyumlu olduğu ifade edilebilir (Parkes 1972, Eisenberg ve Patterson 1979, Bowlby 1980) .

Başvuranların yaslarına ve kayıplarına dair düşüncelerine baktığımızda; kayıplarının ölümüne inanmama (% 33,9), ölümün oluş şekli ile ilgili yanlış düşünce ve inanışın hakim olduğu saplantılı düşünceler (% 18,8) ve ölenin sesini duyduğuna, ölene ait görüntüler gördüğüne dair varsanılar (% 10,5) öne çıkan ilk üç düşünce biçimi olduğu görülmektedir. Yas sürecinin 2. evresindeki daha çok belirlenen bu düşünce belirtileri, depresif düşünce, uyku bozukluğu ve konfüzyon belirtilerinin öne çıktığı çökkünlük ve onarma evresinde de gözlemlenmektedir (Parkes 1972, Eisenberg ve Patterson 1979, Bowlby 1980).

Olguların yas sürecinde gösterdiği ilk üç davranışın; aşırı hareketlilik/ huzursuzluk (% 69,4), uyku bozuklukları (% 59,2) ve ağlama (% 52,6) davranışları olduğu anlaşılmıştır. Bu davranışlar da yas sürecinin arama ve isyan dönemi ile çökkünlük ve onarım dönemindeki bireylerde ağırlıklı olarak görülen davranışlar olup, başvuruda bulunanların da yasın belirtilen evrelerinde olmalarından dolayı beklenen bir sonuç olarak belirlenmiştir.

Başvuranların akut yas sürecinde, daha çok yasın 2. (arama ve isyan) evresi ve 3. (çökkünlük ve onarma çabaları) evresindeki bireyler oldukları için belirlenen yas tepkilerinin literatürde belirtilen yas dönemleri tepkileri ile uyumlu olduğu ve beklenen tepkiler olarak saptandıkları söylenebilir.

Büyük çoğunluğunu (% 64,5'ni) akut yas dönemi belirtileri gösteren olguların oluşturduğu 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 (% 25), psikosomatik şikayetler (% 24) ve düşmancıl tutum (% 18,8) 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 alınırsa, uygulamanın çoğunlukla 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 yasın 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 yasın 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 (% 51), yine bir kısmının ise yeniden bir yardım arayışı içine girdiklerinde merkeze gelmeyi istedikleri (% 19,7) belirlenmiştir. Aynı zamanda yerleşik psikiyatrik bir bozukluğun gelişebileceği düşünülen olgular (% 29,3) 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.

ÖZET

Ankara Üniversitesi Kriz Merkezi'ne Başvuran

Yas Olguları Üzerine Bir Çalışma

Sosyal bir varlık olan insan yaşam süreci içerisinde zorlayıcı, yıpratıcı, tehdit edici birçok olay ve sorunla karşılaşır. Her zaman sorunlar karşısında kullandığı çözüm yollarının işe yaramadığını gören kişi, kendisini çaresiz hisseder. Bu yaşanan bir kriz durumudur. Kriz çeşitli duygusal zorlanmalar sonunda meydana gelen akut ve süresi sınırlı bir denge bozukluğudur.

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, ölümle gerçekleşen 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 çözümlediği 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.

SUMMARY

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

Humans as social beings face many life events and problems which are stressfull, exhausting and threatening. When a person faces the fact that the usual problem solving techniques are not useful in a certain situation, s/he would feel helpless. This is crisis.

Crisis is a short-term disorder of homeostasis which occurs by various emotional traumas. 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 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: mourney, mourney counseling, crisis, crisis intervention

KAYNAKLAR

BALDWIN, B.A. (1978) A paradigm for the classification of emotinal crisis: Implications for crisis intervvention, *American J. Orthopsychiatry*, **48:** 538-551.

BERKSUN, O.E., ORAL, A., ERGİN, G., AZİZOĞLU, S. (2000) Krize müdahale ve yas: Olgu sunumu. *Kriz Dergisi*, **1(2):** 45-50.

BOWLBY, J.W. (1977) The making and breaking of affectional bonds, I and II *British Journal of Psychiatry,* **130:** 201-210

BOWLBY, J.W. (1980) Attachment and Loss: Loss, Sadness and Depression (Vol. III) New York: Basic Books.

ÇEVİK, A., ÖNCÜ, B. (1995) Normal ve patolojik yas kliniğinin çok boyutlu incelenmesi ve tedavi ilkeleri. *Psikiyatri Bülteni*, **3(3):** 109-114.

DEMI, A.S., MILES, M.S. (1987) Paraments of Normal Grief; A Delphi Study. Deat Studies, II, p.: 397-412.

EISENBERG, S., PATTERSON, L. E. (1979) Helping clients with special concers Bostons: Houghton Mifflin Company, p.: 218-234.

ENGEL, G.L. (1961) Is grief a disease? A challenge for medical research. *Psychosomatic Medicine,* **23:** 18-22.

EROL, N., KILIÇ, C., ULUSOY, M.,KEÇECİ, M.,ŞİMŞEK Z. (1998) Türkiye ruh sağlığı profili; Erişkin nüfus ile ilgili sonuçlar.Erişim: [http//www.saglik. gov.tr/sb/default.asp?sayfa=aramadetay&id=32&kelime=psikolog& page=] Erişim tarihi: 22.02.2006

FARBEROW, N.L. (1987) An examination of the eraly impact of bereavement on pychological distress in survivors of suicide. *Geontologist*, **27:** 592-598.

FREUD, S. (1917) Mourning and melancholia. Standard Edition,Strachey J (Ed), Volume 14, Hogart Press, London (Yas ve melankoli. Çev. R. Uslu, O.E. Berksun, *Kriz Dergisi*: **1(2):** 98-103).

HOROWİTZ, M.J., WILNER,N., MARMAR, C., KRUPNICK, J. (1980) Pathological grief and the activation of latent self images. *American Journal Psychiatry*, **137:** 1157-1162.

KARACAN, E. (1994) Yas tutma hastalığı. *Psikiyatri Bülteni,* **3(2):** 76-78.

KOÇAK, M., ÇEVİK, A. (2002) Obsesif kompülsif bozukluk tanısını alan iki hastada komplike yas. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri,* **3(4):** 6-11.

LINDEMANN, E. (1944) Akut yasın semptamotolojisi ve yaklaşım. Çev. R.Uslu. *Kriz Dergisi,* **1(2):** 104-109.

LINDEMANN, E., GREER, I.M. (1953) A study of grief: Emotional resperonses to suicide. *Pastoral Psychology*, p.: 4-9.

OKYAYUZ, Ü.H. (1999) Kanser hastası ve iletişim. Sağlık Psikolojisi Giriş. Türk Psikologlar Derneği Yayınları No: 19,1. Basım. Ankara. s.: 221-236.

ÖZÇETİN, A. (2000) Diyarbakır bölgesinde yas ve din ilişkileri. *Düşünen Adam*, **13 (1):** 12-18.

ÖZKAN, M. (1998) Orta yaş erkeklerde ebeveyn ölümü sonrası rezidüel yası etkileyen faktörler. *Düşünen Adam*, **11(3):** 27-32.

PARKES, L.M. (1972) Bereavement: Studies of Grief in Adult Life. New York: International Universities Pres.

PARKES, L.M. (1980) Bereavement counselling: Does it work? *British Medical Journal*, **281:** 3-6.

SAYIL, 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.

SAYIL, I., HARAN, S., Y H. (2004) Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Ve Uygulama Merkezi. Ankara Üniversitesi Basımevi.

SCHAVARTZ – BORDEN (1986) Grief Work: Prevention And Intervention. Social Case Work, p.: 499-505.

SCHUHTER, S.R., ZISOOK, S. (1986) Treatment Of Spoulsal Bereavement Women And Threapy, **4**, p.: 33-43.

SEZGİN, U., YÜKSEL, Ş., TOPÇU, Z., DİŞÇİGİL, G.A. (2004) Ne zaman travmatik yas tanısı konur? Ne zaman tedavi başlar? *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **7(3):** 167-175.

SIMONS, B.G. (1979) A Time To Grieve. New York: Family Service Association.

SONMECK, G. (1985) Kriesenintervention Und Suisidverdhuntung. Facultasverlag Wien.

SOYKAN, Ç. (2000) Krize müdahale ilkeleri çerçevesinde yas ve yasa müdahale. Kriz ve Krize Müdahale, s.: 123-135.

VOLKAN, V. (1972) The linking objects of pathological mournes. *Archives Of General Psycihatry*, **27:** 215-221.

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

VOLKAN, V. (2003) Gidenin Ardından. Çev. I. Vahip, M. Kocatepe. Epsilon Matbaası.

VOLKAN, V.D. (1985) Complicated mourning. *Annual of psyhoanalysis*, **12:** 323-348.

VOLKAN, V.D., ZINHT, E. (1991) Kayıptan Sonra Yaşam. Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Eğitim Notları, 1, İzmir.

WORDEN, J.W. (2003) Yas Danışmanlığı ve Yas Terapisi; Ruh Sağlığı Çalışanları İçin El Kitabı. Çev. B. Öncü. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları No. 452.

YALOM, I.D. (1989) Aşkın Celladı. Çev. H. Saraç. Remzi Kitabevi. İstanbul.

ZAIGER, N. (1985) Women and bereveament. *Women and Threapy*, **4:** 33-43.

EKLER

YAS BİLGİ FORMU

Danışanın:

1-Başvuru Tarihi :

2- Adı : Soyadı :

3- Doğum : 1-Yeri : 2-Tarihi :

4- Cinsiyeti : 1.E □ 2.K □

5- Medeni Durumu: 1.Evli □ 2.Bekar□ 3.Dul □ 4.Boşanmış □

6- Eğitim Durumu : 1.İlköğretim □ 2.Lise □ 3.Üniversite □

7- Mesleği :

1.Ev hanımı □ 2.Memur/İşçi □ 3.Öğrenci □

4.Emekli □ 5.Serbest □ 6.Diğer:.....

8- Yaşam Durumu:

1.Tek Başına □ 2. Anne-Babası ile Birlikte □ 3.Eşi ile Birlikte □

4.Çocukları ile Birlikte □ 5.Kardeşleri ile Birlikte □ 6.Akrabaları ile Birlikte □

7.Arkadaşları ile Birlikte □ 8.Diğer: .....

9-Kriz Merkezine gelişi

1.Tek başına □

2.Yakınları ile

a.Eşi □ b.Anne-babası □ c.Çocuğu □ d.Akraba □ e.Arkadaş □ f.Diğer □

10-Kimin gönderdiği

1.Kendisi (telefonla arayarak) □ 2.Psikiyatri Polikliniği □ 3.İş yeri □ 4.Acil servis □

5.Yakınları □ 6.Doktor □ 7.Diğer :.....

11-Kaybedilen Kişi

1.Anne □ 2.Baba □ 3.Çocuk □ 4.Eş \ Sevgili □

5.Kardeş □ 6.Akraba □ 7.Arkadaş □ 8.Diğer □

(Çoklu kayıp varsa 12. Maddedeki bilgiler her kayıp için ayrıca alınacaktır.)

12-Kaybedilen kişi ile ilgili bilgiler :

a) Kaybedilen kişinin

1.Yaşı:

2.Cinsiyeti : 1.E □ 2.K □

3.Eğitim durumu : 1.İlköğretim □ 2. Lise □ 3. Üniversite □

4.Medeni durumu: 1.Evli □ 2.Bekar □ 3. Dul □ 4. Boşanmış □

b)Danışanla birlikte mi yaşıyordu ? 1.Evet: □ 2.Hayır: □

c) Kayıp nasıl gerçekleşmiş

1.Ani ölüm □ 2.Kronik hastalık □ 3.Trafik kazası □ 4.İntihar □

5.Diğer :…….....

d) Ölüm sırasında ölenin yanında kim vardı?

1.Danışan □ 2. Anne □ 3.Baba □ 4.Kardeş □

5.Çocuk □ 6. Arkadaş □ 7.Eş/sevgili □ 8.Akraba □

9.Diğer :.....

e) Kaybın üstünden geçen zaman ? :

1.Gün: □ 2.Hafta : □ 3.Ay : □ 4.Yıl : □

f) Başvuru anında kaybedilen kişiye duyulan duygular :

1.Öfke: □ 2.Kızgınlık: □ 3.Suçluluk: □ 4.Özlem: □

5.Sevgi: □ 6.Pişmanlık: □ 7.Diğer:.....

13- Daha önce olan kayıpları :

1- Var □ Yok □

2- Varsa Yakınlığı :……

3- Kaybın üstünden geçen zaman :……

14- Görüşme

1.Sayısı :.....

2.Sıklığı (ortalama kaç günde bir) : .....

15- Değerlendirme:

1.Akut yas reaksiyonu □

2.Patolojik yasa dönüşebilir □

3.Patolojik yas tablosu olarak değerlendirilebilir □

16- Kayıp Sonrası Şikayetler

Normal yas

A) Bedensel sıkıntılar

1-Midede boşluk □ 2-Gürültüye duyarlılık □ 3-Nefes darlığı / nefessiz kalma hissi □

4-Göğüste sıkışma □ 5-Ağız kurululuğu □ 6-Kaslarda güçsüzlük □

7-Boğazda sıkışma □ 8-Depersonalizasyon □ 11-Bayılma □

9- Enerji azlığı □ 10-Titreme □

B) Duygular

1- Üzüntü □ 6- Çaresizlik □ 11- Kurtuluş duygusu □

2- Öfke □ 7- Şok □ 12- Rahatlama □

3- Bunaltı □ 8- Özlem □ 13- Uyuşukluk hissi □

4- Yalnızlık □ 9- İnkar □ 14- Korkular □

5- Yorgunluk □ 10- Suçluluk/kendini kınama □ 15- Umutsuzluk □

16- Engellenmişlik □

C) Düşünceler

1- İnanmama □ 3- Saplantılı düşünce □ 5- Varsanı □

2- Konfüzyon □ 4- Hala yaşıyor hissi □

D) Davranışlar

1- Uyku bozuklukları □ 6-Öleni hatırlatan şeylerden uzaklaşma □ 11-Öleni hatırlatan yerlere gitme/eşyaları taşıma □

2-İştah bozuklukları □ 7-Arama çağırma □ 12-Ölene ait eşyaları saklama □

3-Dalgınlık □ 8-İç çekme □

4-Sosyal içe çekilme □ 9-Aşırı hareketlilik/huzursuzluk □

5-Ölenle ilgili rüyalar □ 10- Ağlama □

Komplike yas belirtileri

1-Aşırı hareketlilik □
2-Ölenin son hastalığının belirtilerinin çıkması □
3-Psikosomatik belirtiler □
.....
4-Sosyal uyum bozukluğu □
5-Düşmancıl tutum □
6-Düşmancıl duygular ile uğraş □
1- Kendi başına etkinlik başlatamama / karar verememe □
2- Sosyal-ekonomik zarar verici etkinlikler □
3- Ajite depresyon □

17- İntihar davranışı :

1-Yaşamı dayanılmaz bulmak □ 2- İntihar Düşüncesi □
3- İntihar planı □ 4- İntihar girişimi □

18-Kayıptan sonra ilaç kullanımı: 1. Yok □ 2.Var □.....

19-Halen kullandığı ilaç :

20-Destek aldığı kişiler

var □ yok □

(varsa kimler: ……)

21. Sonuç

1- Şifa □
2- Salah □
3- Psikiyatride izlemeye alındı. □
4-Tedaviyi ..... görüşmede terketti. □

22- Prognoz

1-Yeni bir kayıp ya da kayıp tehdidi halinde başvuruda bulunabilir. □
2-Bir yerleşik psikiyatrik bozukluk gelişebilir. □
3-Zaman içinde bir sorun yaşaması beklenmez. □

ÖZGEÇMİŞ

1. Bireysel Bilgiler

Adı **:** Halil

Soyadı **:** ŞENELMİŞ

Doğum yeri **:** Ankara

Uyruğu **:** T.C.

Medeni durumu **:** Evli

Askerlik durumu **:** Yapıldı

İletişim adresi ve telefonu : Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Mamak / Ankara

Telefon: 0 312 362 12 92 **Gsm:** 0 533 414 27 17

E-posta: halilsenelmis@ yahoo.com

2. Eğitimi

1992 Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü (Lisans)

1988 Ankara Atatürk Lisesi

1985 Cebeci Ortaokulu

1982 İrfan Baştuğ İlkokulu

3. Yabancı dili

İngilizce (orta)

Almanca (temel)

4. Ünvanları

1992- Psikolog

1994- Yaratıcı Drama Eğitmeni/Lideri

5. Mesleki Deneyimi

1992-2001 Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Saray Rehabilitasyon Merkezi – Psikolog

1993-1994 Radyo Ostim' de "Perde" adlı danışmanlık programı (yapımcı-sunucu)

1992-1994 SHÇEK Saray Rehabilitasyon Merkezi Yaratıcı Drama ve Tiyatro Birimi, Psikolog-Eğitmen (5-12 yaş grubu Yaratıcı Drama ve Tiyatro ile terapi)

1995 Radyo Anki'de "Gecenin getirdiği" adlı sohbet programı (yapımcı sunucu)

1996-1997 SHÇEK Saray Rehabilitasyon Merkezi Drama Birimi, Psikolog-Eğitmen (7-18 yaş özürlü grubu ile Yaratıcı Drama ile rehabilitasyon çalışmaları)

1997-1999 SHÇEK Saray Rehabilitasyon Merkezi Halkla İlişkiler Birimi, Halkla ilişkiler görevlisi

2000-2001 SHÇEK Saray Rehabilitasyon Merkezi 12- yaş üstü çalışan özürlü kızlar Ünite Psikoloğu

2001-2004 Ankara İl Emniyet Müdürlüğü Çocuk Şube Müdürlüğü, Psikolog (Cinsel istismara maruz kalan çocuklara danışmanlık ve terapi çalışmaları)

2004- Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi, Psikolog (Krize müdahale danışmanı/terapist).

6. Üye Olduğu Kuruluşlar

Türk Psikologlar Derneği (üye)

Atatürk Vakfı (üye)

İntiharı Önleme Derneği (kurucu üye)

I.C.C. (Intrenatıonal Chıld Center) danışma komisyonu üyeliği

7. Bilimsel Etkinlikler

2001-2004 yılları arasında Ankara Emniyet Müdürlüğü Çocuk Şube Müdürlüğü'nde suç davranışı gösteren çocuklar,ihmal ve istismara maruz kalmış çocuklar ve aileleri ile şubeye intikal eden diğer çocukların geliş nedenlerinin altında yatan psikososyal sebeplerin araştırması ve danışmanlığı konularında çalışmaları

2002 Mart ayından itibaren Milli Eğitim İl Müdürlüğü,Rehberlik Araştırma Merkezler(R.A.M.) ile Çocuk Şube Müdürlüğü işbirliği çerçevesinde;Pisikososyal Okul Projesi kapsamında Koordinatör Rehber Öğretmenler Hizmet İçi Eğitiminde Eğitmenlik

2002 yılı içerisinde G.Ü.Tıp Fakültesinde Prof.Dr. Ufuk BEYAZOVA başkanlığındaki Sosyal Pediatri grubu ile ihmal ve istismara maruz kalan çocuklara yönelik çalışmalara katılım.

2003 yılında Ankara Emniyeti Çocuk Şubesi ve Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğü işbirliği çerçevesinde; Ankara'nın 8 merkez ilçesindeki okul idareci ve rehber öğretmenleri ile Rehberlik ve Araştırma Merkezleri çalışanlarına yönelik, çocuk ihmal ve istismarı, madde kullanımı ve bağımlılığı, çocuğu sokağa iten nedenler, çocuk ve ailelerin bu yaşantılardan korunması ve başvurabilecekleri kuruluşlar hususunda seminerler

2003 yılında Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nün düzenlediği "İhmal ve İstismar,, konulu panelde panelist

2004 yılında Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nün düzenlediği "Cinsel Taciz ,, konulu panelde panelist

2005 Ağustos TRT'nin hazırladığı "Umutla Yaşamak „ adlı programınyapımcı ve çalışanlarına " çocuk ihmal ve istismarı, madde bağımlılığı ve çocuğu sokağa iten etmenler konulu eğitim semineri

2005 7 Ekim Ankara Barosu avukatlarını eğitim programı çerçevesinde " Suçlu çocuk ile görüşme „ konulu eğitim semineri

2005 21 Ekim Ankara Abidinpaşa Endüstri Meslek Lisesi öğrenci velilerine " Ergenlik dönemi, depresyon ve intihar „ konulu eğitim semineri

2006 8 Mart Hamdullah Suphi İlköğretim okulu 2. Kademe öğrencilerine " Sınav kaygısı ve motivasyon „ konulu seminer

8. Diğer Etkinlikler

1992 yılında T.R.T.'den spikerlik eğitimi.

1992-1994 yılları arasında Çağdaş Drama Derneği'nden Yaratıcı Drama eğitimi (sertifikalı-liderlik konumu).

1993 yılında Türk Psikologlar Derneği'nden Çocuk Testleri Paketi (sertifikalı).

2000 1. Uluslararası Engelliler Sanat Festivali görevli psikolog/danışman

2000 yılında deprem dolayısıyla UNICEF-SHÇEK işbirliği kapsamında Travma Sonrası Müdahale Yöntemleri Eğitici eğitimi (sertifikalı).

2002 yılında UNICEF-M.E.B Psikososyal Okul Projesi kapsamında Travma Sonrası Müdahale ve Danışmanlık eğitimi (sertifikalı).

1994 8. Ulusal Psikoloji Kongresi (katılımcı)

1998 10. Ulusal Psikoloji Kongresi (katılımcı)

2005 1. Ulusal Kadın Ruh Sağlığı Kongresi (katılımcı)