

Yaşlılıkta yas

Çağrı YAZGAN¹

ÖZET

Yaşlılara özgü yas reaksiyonu üzerine bir gözden geçirme oluşturmak için Medline'da ilgili anahtar sözcükler (elderly, older adults, geriatric, bereavement, complicated grief) ile tarama yapıldı. Yaşlılık kayıplarının görece daha çok yaşandığı ve bunun sonucunda yas reaksiyonunun daha sık ortaya çıkabileceği bir yaşam dönemidir. Buna karşın yasa karşı normal olarak verilen tepkiler diğer yaş gruplarından büyük farklılıklar göstermemektedir. Çalışmalar depresif yas belirtilerinin bir iki yıl içinde etkisini kaybettiğini göstermektedir. Ancak yaşlılarda yas reaksiyonu genellikle tamamen ortadan kaybolmaz. "Kurtulamazsınız sadece alışırsınız." yaygın olarak kabul edilen bir önermedir. Komplikasyon olarak baskılanmış yasin yaşlılarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Hiperτροφik yas ve kronik yasin ise yaşlılarda daha az sıklıkta görüldüğü bildirilmiştir. Tıbbi komplikasyonların yaşlılarda daha sık olduğu gösterilmiştir. Sağlık sistemini kullanma, somatik belirtilerden ve kötü sağlıktan yakınma yaşlı dullarda daha siktir. Özellikle alkol sorunu olan dulların, alkol sigara ve diğer maddeleri daha çok kullanmaya eğilim gösterdikleri bildirilmiştir. Ayrıca mortalitenin de yaşlı yas tutanlarda daha fazla olduğu gösterilmiştir. Kayıp öncesi depresyon varlığı, kayıp öncesi kötü ruhsal ve fiziksel sağlık, intihar gibi travmatik kayıplar, ilk günlerdeki aşırı reaksiyon, ekonomik sorunlar ve stres düzeyi, erkek dulların fazladan kayıplar yaşaması majör depresyon için risk etkenleri olarak görülürken, sosyal desteğin koruyucu etkisi gösterilmiştir. Majör depresyonun DSM-IV ölçütlerini karşılamayan hastalar için komplike yas ölçütleri önerilmiştir. Bu gözden geçirmede yas tedavisinin ana ilkelerinden kısaca söz edilmiştir. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7:179-184)

Anahtar sözcükler: Yaşlı, yas, depresyon, komplikasyon

Grief reaction in elderly

ABSTRACT

We searched related keywords in the Medline (elderly, older adults, geriatric, bereavement, complicated grief) to review the literature on grief reaction of elderly. Getting older brings up losses. As a result of this, grief reaction may occur more often. Normal grief reactions are not much different than the ones given by other age groups. It is reported that depressive symptoms of grief disappear in one or two years. However, grief reaction never ends completely in the elderly. "You can not get rid of, just get used to it" is a commonly used statement. Inhibited grief is seen more often in the elderly. Hypertrophic grief and chronic grief are seen less frequent in the elderly. Medical complications are more frequent in older adults. In older widows, utilization of health services, complaints of somatic symptoms and poor health are more often than the younger ones. Widows experiencing problems with alcohol use in the past display a tendency to increase the amount of alcohol use, cigarette smoking and use of other substances. Mortality is also higher in the grieving elderly. While presence of depression prior to loss, poor psychological and physical health, traumatic losses such as suicide, excessive reaction within days of loss, financial problems and level of stress, more than one loss for widowers are shown as risk factors for major depression, social support is a protective factor. For patients who do not fulfill major depression criteria for DSM-IV, complicated grief criteria was proposed. Besides, principles of treatment of grief reaction were reviewed shortly. (Anatolian Journal of Psychiatry 2006; 7:179-184)

¹ Yrd.Doç.Dr. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İSTANBUL

Yazışma Adresi: Marmara Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Altunizade/İSTANBUL

E-posta: cgyazgan@yahoo.com

GİRİŞ

Bu gözden geçirmede önce beklenen yas reaksiyonuna değinilip, ardından komplike yastan ve risk etkenlerinden söz edilecektir. Daha sonra tedavi girişimlerine de kısaca yer verilecektir.

Ülkemizde her yıl nüfusun %0.7'si ölmektedir.¹ Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her ölenin ardından ortalama beş kişinin yas tuttuğu belirlenmiştir. Buna göre çok sayıda insanın yasta olduğu sonucu çıkarılabilir. Yasın etkisini en çok yaşayan grubun yaşlılar olduğu düşünülebilir. Yaşlılarda kayıpların etkisi diğer kayıplarla (sağlık, hareket yeteneği, bilişsel yetiler, gelir, sosyal ve mesleki roller, azalan bireysel bağımsızlık) iç içe geçmektedir. Tüm bu kayıplara uyum yeteneği yas durumunda da etkisini gösterir ve küçük bir grubun dışındakiler bu durumu atlatabilir. Küçük gruptakiler ise, biraz iyileşirler ya da yıllarca fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevsellikte sorun yaşamayı sürdürürler.

Yaşlılar birçok yakınlarını kaybetmeler de, literatür ağırlıklı eş kaybı üzerinde durmaktadır. Dullar 1994 yılında ülkemizde nüfusun %4.4'ünü oluşturuyordu.² Bu oran ABD'de %7'dir. Dul kalmak şiddetli yaşam stresörlerinden sayılır. Dul olarak yaşamayan yaşlı Çinlilerde ruhsal ve bedensel sağlıkta kötüleşme ile bağlantılı olduğu,³ karışık yaşta Finlilerde intihar riskini ve intihar dışı ölüm riskini artırdığı gösterilmiştir.⁴ Kadın dullar erkeklerden daha uzun süre dul kalırlar, bu da yaşam yüklerini artırır. Bağımsız yaşamının, değişen aile ilişkilerinin ve uzun yaşamının getirdiği emosyonel ve sağlıkla ilgili gereksinimleri karşılamanın getirdiği güçlüklerle yalnız başına uğraşmak zorunda kalırlar.

NORMAL YAS**Yasın evreleri**

Birçok araştırmacı yas ile baş etme sürecinde kişilerin değişik evrelerden geçtiklerini öne sürmüşlerdir. Başlangıç evresinde şok, inanmama ve inkar, sonrasında akut somatik, emosyonel rahatsızlık ve sosyal çekilme, sonunda da yeniden toparlanma dönemi ve iyileşme yaşanmaktadır. Araştırmalar bu evrelerde yaşanan emosyonların niteliği, sırası ve yoğunluğunun bireyler arasında büyük farklılıklar gösterdiğini belirlemişlerdir. Evreleri ele alırken klinisyen esnek olmalı, onları sıralı bir kuraldan çok kendine rehber olarak görmelidir. Yas sınırları belirsiz, evrelerin iç içe geçtiği bir süreçtir.⁵

Yasın süresi

Değişik araştırmacılar depresyon belirtilerinin ortadan kaybolması için bir ya da iki yıl gibi süreler önermişlerdir. Kadın dullar ile yapılan bir çalışmada kayıptan 13 ay sonra pek azının geçmiş mutlulukla anmakta veya geleceğe umutla bakmakta olduğu saptanmıştır. Çoğu dul kendini hala üzgün, depresyonlu, sıklıkla kocasını düşünür ve büyük zamanını yas tutmakla geçirir şekilde tanımlamıştır.⁶

"Kurtulamazsınız, sadece alışsınız." yaygın olarak kabul edilen bir önermedir. Yasın bazı özellikleri ile baş etme çabası, normale döndüğü kabul edilen bireyler için bile bitmeyebilir. Yasın iç içe geçmiş özelliklerine göz atarsak 6 boyutta inceleyebiliriz:

1. Boyut - Emosyonel ve Bilişsel Deneyimler:

Ölüm haberi alındığında bir tür şok ve inkar yaşanır. Bu sırada kopuş ve uyuşma (numbness) değişik şekilde yaşanır. Bir süre sonra acıtıcı duygular ve yasın getirdiği yoğun üzüntü bireyin içini kaplar. Bunu otonomik sistemin aşırı hareketlenmesi izler: Karın ağrısı, nefes darlığı, göğüs ağrısı, baş dönmesi, kolay ve kontrol edilemeyen ağlamalar. İlk günlerde ve haftalarda aniden bu belirtiler gelir, gider. Özellikle ölen kişiyi anımsatan şeyler bu belirtileri tetikler. Bazı kişiler için yaşamda her şey ölen kişiyi anımsatır ve bu kişilerde bu belirtiler daha sık ve uzun soluklu olur. Genellikle zaman bu belirtilerin ilacı olur. Emosyonel acı ile birliktelik gösteren duygular, kayıp duygusu, özleme, arzulama ve arama davranışı olmaktadır. Kaybedilen sadece o kişi olmamaktadır; yakınlık, birliktelik, güvenlik, yaşam biçimi, yaşam içindeki roller ve gelecek vizyonu da kaybedilir. Özellikle bireyin zihni bir şeyle meşgul değilken (yalnızken, uykuya dalarken), ölen kişi ile ilgili canlı ve ayrıntılı imgeler göz önüne gelir. Ölüm anı ve beklenmedikse, bu imgeler daha çok olabilir.⁷

Sevdiği birini kaybedenlerin çoğu hırçınlık, nefret, pişmanlık, kıskançlık biçiminde duyulan öfke duygularına sahip olabilirler. Öfke ölene, aileye, arkadaşlara, tanrıya, hekimlere ve kendisine yönelik olabilir. Suçluluk duygusu da sıktır. Öleni iyi beslememek, yeterli destek olamamak, sağlıksız yaşam biçimini önleyememek, ya da hekimleri tanı koymak için yeteri kadar zorlamamak gibi davranışlarla ölüme katkıda bulunduğu duygusu sıktır. Ölüme neden olduysa, yaşlı kişide geride kalan olma suçluluk duygusu

da yoğun olabilir. Yaslı kişi genellikle uzun bir birliktelikten sonra yaşanan kayıplarda tamamlanmayan bir iş duygusundan ya da tam karşılanamayan arzulardan dolayı huzursuzluk duyar.

Yoğunlaşma güçlüğü, dikkat dağınıklığı, kafa karışıklığı, unutkanlık özellikle ilk haftalarda belirgin olabilir. Affektif ve bilişsel belirtilerin üst üste binmesi ile kişi yoğun bir şekilde kendisini güçsüz ve çaresiz hissedebilir. Zamanla yalnız kalındığı gerçeği ve yalnızlık duygusu özellikle ailenin ve arkadaşların yoğun desteğinin azaldığı sonraki bir kaç ayda belirginleşmeye başlar. Yaşlılar için yasin getirdiği en rahatsız edici ve süregiden duygu yalnızlıktır; gerçekte yalnız kalınmasa bile hissedilebilir.⁸

Duygusal deneyimler her zaman olumsuz olmaz; özellikle uzun bir hastalıktan sonraki ölümlerle artmış suçluluk duygularıyla birlikte gevşeme de gelebilir. Kişinin mutlu olma kapasitesi o denli kaybolmuştur ki, görece bir artış olabilir.

2. Boyut - Başa Çıkma: Gerçekle yüzleşme acıyı ortaya çıkarır, acı ise koruyucu düzenekleri işler. İdeal olarak, yaslı kişi kaldıracabileceği acıyı serbest bırakıp bunu çekerken, değişik başa çıkma düzenekleriyle acının geri kalan kısmını bastırır: Uyuşma ve inanmama, emosyonel kontrol ve bastırma, entellektüelize etme, akılcılaştırma ve espri, bağlılık, kaçınma ya da karşılaşma, aktivite, başkası ile birlikte olma, radyo dinleme veya televizyon izleme gibi edilgen uğraşlar, kendini yemeye içmeye verme. Bireyler başka streslerle başa çıkarken ne yapıyorlarsa genelde yas sırasında da benzer yöntemleri kullanırlar, ancak yaslı ve düşkün kişilerin sınırlı destek, kaynak ve kapasiteleri nedeniyle benzer başa çıkma yollarını kullanmaları çoğunlukla zor olmaktadır.

3. Boyut - Ölen ile süren ilişki: Bowlby'e göre ana ikilem şudur: Gerçeklik, yaşamı sevdiği kişi olmadan kabullenmeyi isterken, içsel psikolojik güçler bağlılığı sürdürmeyi ve kaybolanı geri getirmeyi emreder. Freud, yas dönemini libidonun ölen kişiden ayrılması olarak tanımlamıştır. Modern kuramcılar ise, Freud'un kuramını yeniden biçimlendirirken, yas dönemini bağlanmadan vazgeçme değil, bağlanmayı yeniden düzenleme dönemi olarak nitelemişlerdir.⁹

Bir yandan yaşayan, nefes alan ilişki ölümle kaybedilirken; öte yandan ölen kişi sonsuza dek yaşayacaktır. Pek çok kişi, ölen kişinin öteki dünyada ruhsal varlığını sürdürdüğünü ya da mezarında maddesel varlığını bir şekilde sürdürdüğünü düşünür. İlk hafta ve aylarda yaslı kişi ölen kişinin çevresinde olduğunu, görünebil-

diğini, sesini duyabildiğini, onu koruyabildiğini hissettiğini söyleyebilir. Yaslı kişi sıklıkla ölen kişi ile konuşur gibi yapar. Tüm bu olağandışı deneyimler gerçeklik değerlendirmesinin yerinde olduğu durumlarda olur. Ölenle bağlantıyı korumanın diğer yolları şunlardır: Eşyalarını ya da mücevherini korumak, havyanına bakmak, kendini ölenle özdeşleştirmek (onun amaçlarına sarılmak, hastalığını, huylarını taklit etmek), öleni çocuklarında yaşatmak. Canlı bir şekilde rüyalarında da görebilirler. Düzenli mezarlık ziyaretleri anıları canlı tutar. Anılar ölenle ilişkiyi sürdürmeye yarar, ancak bir yandan eşi sanki yeniden yaşama getirmişsiniz duygusunu verirken, kaybın acısını da uyarır.

4. Boyut - İşlevsellik: Kaybın sağlık, mesleki ve sosyal alanlardaki işlevsellikte önemli etkisi olacaktır. Sağlık bozulabilir. Alkol çok içilebilir, psikiyatrik rahatsızlıklar ortaya çıkabilir, kişi ilaçlarını düzgün almayıp doktor kontrollerini aksatabilir. İş verimi düşebilir, sosyal çekilme olabilir. Veraset ilamı almak, maaş bağlatmak büyük bir yük gibi hissedilebilir. Erkekler kendilerine bakma yükümlülüğüyle ilk kez karşı karşıya kalabilirler: Yemek yapmak, ev işleri, alışveriş gibi. Kadınlar ise arabanın bakımı, evin tamir işleri ile baş başa kalabilirler.

5. Boyut - İlişkiler: Kayıp birçok ilişkinin dinamiğini değiştirir. İlişki gereksinmesinde, yakınlık düzeyinde veya ilişkideki roller ya da ilişkilerin anlamlarında değişiklik olur. Aile ilişkilerinde büyük değişiklikler olabilir. Örneğin, çocuklar ve sağ kalan eş arasında emosyonel destek, ekonomik konular, ailenin geleceği konularında anlaşmazlıklar çıkabilir. Tersine, beklenmeyen yakınlaşmalar olabilir, eski sorunlar çözülebilir.

Yaslı kişiye gereken empati ve sempatiyi götürebilen, duygu durumundaki ve gereksinmelerindeki dalgalanmayı kabullenebilen arkadaşlar son derece yardımcı olabilirler. Özellikle yaslı kişiler için acının paylaşılmasını sağlayan arkadaşlar daha geçerlidir. Büyük olasılıkla arkadaşlar da yas olayını yaşamışlardır ve bu arkadaşlar bir destek gurubu oluşturabilirler.

Duygusal bir ilişki için çaba gösterdiklerinde karşılarına bazı engeller çıkar: Ölen eşe olan bağlılık, yeniden kaybetme korkusu, çocuklardan gelebilecek eleştiriler. Ayrıca uzun yıllar karşı cinsten biriyle duygusal ilişki kurmayan yaşlı, bu tür ilişkilerde yeni ortaya çıkan toplumsal kurallara uymakta güçlük çekebilir.

6. Boyut - Kimlik: Genellikle kaybın etkisi ile kişilerin kendilerine ve yaşama bakışları değişebilir. Başlangıçta çaresiz ve yüklenmiş hisseden

yaslı kişi, bu durumu atlarsa kendine güveni artar, dünyadaki sorunlarla başa çıkmada yeni yollar bulmuş hisseder. Bu durumdan kendisiyle ilgili kazanımlar elde eder: Güçlü olma, özerklik, bağımsızlık, olgunluk duygularında gelişme.¹⁰

Kayıp yaşayan kişiler daha verici, sabırlı ve kabul edici olurlar. Yası aşamayanlar ise bu kişisel gelişimi yaşayamazlar. Bu kişilerin sağlıklı bir kendilik duygusu yakalamaları ve sabit bir dünya görüşü sağlamaları için terapi ve destek gruplarına katılmaları gerekebilir.

YAS SÜRECİNİN KOMPLİKASYONLARI

Baskılanmış yas

Küçük bir grupta olabilir. Sanki ölüm olmamış gibi davranabilirler. Beş yaşından küçük çocuklar ve yaşlılarda daha siktir. Yaşlıların toplumla bağlarının uzun yaşaması gereği güçlendiği gerekçesiyle bu durumun olabileceği düşünülürken, bazı yazarlar yasin somatik belirtilere yönlendirildiğini düşünmektedir. Genellikle yaşlı kişinin ailesi veya arkadaşları onun her şeyi içine attığını, her an patlayabileceğinden korktuklarını söyleyerek gelebilir. Genellikle patlama olmaz, ama herkes değişik biçimlerde yasını yaşayacaktır. Zayıf yaşanan, baskılanmış yas reaksiyonunun nedenleri şunlar olabilir:¹¹

1. Aşırı bağımlı olmak,
2. Ölümden önce derin bir bağıllık kurulmaması (örn., kaybeden kişinin yoğun narsisistik kişilik bozukluğu olması)
3. Majör bir psikiyatrik bozukluğun bulunması.

Hipertrofik yas

Yaşanabilecek en büyük emosyonel acılardan biri olduğundan, ne kadar süre yaşamanın abartılmış yaşama olacağını söylemek kolay değildir. Genellikle 3-4 ay sonra yoğunlukta belirgin bir azalma olabilir. Birçok yazar erken dönemde yaşanan aşırı yoğunlukta yasin, daha sonrasında yoğun strese, hatta majör depresyona neden olabileceğini öne sürmüştür.¹² Bu tip yas yaşlılarda daha az sıklıkta görülür. Aşırılık düşünülüyorsa, majör depresyon, anksiyete bozukluğu ya da travma sonrası stres bozukluğu tanısı araştırılıp uygun tedavi başlatılmalıdır.

Kronik yas

Kronik yas komplikasyonların en sık olanıdır. Özellikle genç ve orta yaşta kadınlarda olmaktadır. Tekrar tekrar özlem ve üzüntü ile yoğrulan hasta, ölen kişiyi düşünmekten ve kafasında idealize etmekten kendini alamaz. Ne

kadar sürerse kronik denebileceği konusunda görüş birliği yoktur. Patolojik yas, süresi ve işlevselliğe etkisinden çok, ölenle ilgili aşırı uğraşın yoğunluğu ile bağlantılıdır. Periyodik olarak önemli günlerde yaşanan aşırı uğraş önemli sayılmaz. Ama sürekli ve rahatsız edici aşırı uğraşın disforik duygu durumun eşlik ettiği durumların bir yılı aşkın sürmesi ciddi bir klinik ilgi gerektirmektedir. Risk etkenleri şunlardır:

1. Çocuk kaybı,
2. Aşırı bağımlı bir ilişki,
3. Doğal olmayan ölümler.

Tedavisi genellikle güçtür.

Tıbbi ve psikiyatrik komplikasyonlar

Tıbbi morbidite ve mortalite: Sağlık sistemini kullanma, somatik belirtilerden ve kötü sağlıktan yakınma yaşlı dullarda daha siktir. Kardiyovasküler hastalıklar yaşla en çok bağlantı kurulan hastalıklardır. Özellikle yaşlı kadın dulların önceki hastalıklarında kötüleşme ve yeni hastalıkların ortaya çıkması riskine sahip buldukları, bunun da ölmekte olan eşe bakım verme stresi ve bu süreçte kendi sağlıklarını ihmalen kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Morbidite ile ilgili çalışmalar küçük ölçekli olsa da, büyük ölçekli mortalite çalışmaları kayıp yaşamanın riski artırdığını göstermektedir.¹³

Dul erkeklerde riskin ilk 6 ayda, kadınlarda 1-2 yılda arttığı gösterilmiştir.¹⁴ Aynı çalışmada kendi yaş gruplarına göre en yüksek riski taşıyanların erişkin kadınlar olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışma ise, çok yaşlıların en yüksek riski taşıdığını göstermiştir.¹⁵

Psikiyatrik morbidite

Depresyon: Dulların çoğu aralıklı depresif belirtiler hissederler. Bu belirtiler kimi zaman majör depresyon ölçütlerini karşılar. Klinik gözlemler aslında komplike yas ile yas sonrası gelişen majör depresyonun ayrı sorunlar olarak ele alınmasını düşündürmektedir. DSM-III-R bu durumun ilk birkaç ayda ortaya çıkmasının majör depresyon değil, komplike yas olduğunu bildirmekteydi. Erken dönemde %50'lerde olan bu nöbetler, 4. ayda %25 olarak bulunmuştur.¹⁶ Bu erken depresif belirtiler ileride majör depresyon gelişmesinde risk etkeni olabilir.¹⁷

Yaşlılarda ilk bir yılda depresyon sıklığı ve şiddetinin genç yaşlılara göre daha az olduğu bildirilmiştir.¹⁷ Kendini yargılama, suçluluk ve değersizlik duyguları yaşlı yaşla ilişkili depresiflerde, diğer yaşlı depresiflere göre daha az görülmektedir. Depresif tablonun ilk bir yılda

kendiliğinden azaldığını bildiren yayınlara karşılık, bazı araştırmacılar ikinci yılda bu belirtilerin şiddetinde bir azalma olmadığını bildirmişlerdir. Kayıp öncesi depresyonun varlığı ile kötü ruhsal ve fiziksel sağlık,¹⁸ travmatik kayıplar (intihar gibi),¹⁹ ilk günlerdeki aşırı reaksiyon, ekonomik sorunlar ve stres düzeyi, erkek dulların fazladan kayıplar yaşaması²⁰ risk etkenleri olarak görülürken, sosyal desteğin koruyucu etkisini götseren çalışmalar da vardır.¹⁸ Ailede majör depresyon öyküsü ve kayıp sonrası artmış alkol tüketimi de risk etkeni olarak görülmektedir.¹⁷

Komplike yas, majör depresyon ölçütlerini karşılamadığı durumlarda, farklı bir rahatsızlık olarak tanımlanıp aşağıdaki ölçütler önerilmiştir.²¹

A. En az 14 ay önce kayıp yaşama (ölüm yıl dönümünden uzak durmak için)

B. Son bir ayda günlük işlevselliği bozacak şekilde üç belirtinin olması:

Araya giren belirtiler:

1. Kaybedilen ilişki ile ilgili uzaklaştırılmayan anılar ve araya giren fanteziler,
2. Kaybedilen ilişki ile ilgili güçlü ağlamalar ve emosyonel tepkiler,
3. Sıkıntı yaratan şiddetli özleme ve ölenin yanında olması arzusu,
4. Kaçınma ve uyum güçlüğü bulguları:
4. Son derece yalnız ya da boş hissetmek,
5. Öleni anımsatan yerler, insanlar ve etkinliklerden aşırı derecede uzak kalmak,
6. Olağandışı düzeyde uyku sorunları,
7. İş, sosyal etkinlik, kendine bakma ve eğlenme açısından yoğun ilgi kaybı.

Öümle birlikte yaşam rutininin bozulması, ölenle yakın ilişki içinde olmak,²² çocukken kontrol edici anne-babanın varlığı, erken anne-baba kaybı, çocukken ihmal veya istismara uğramak²³ komplike yasin risk etkenleri arasındadır.

Anksiyete belirtileri ve sendromları: Kayıp depresyondan çok ayrılma anksiyetesi için iyi bir modelken, depresyon daha çok ilgi çekmektedir. Somatik ve yoğun öznel anksiyete belirtileri (depersonalizasyon, gerginlik, yerinde duramama gibi) normal erken dönem yas belirtileri olabilir. Dalga dalga gelen aşırı özlem nöbetleri ayrılma anksiyetesi ile bağdaştırılmıştır. Deksa-metazon baskılanamamasının kayıp yaşayan kadınlarda depresyondan çok anksiyete ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir.²⁴

Yaşlı dullarda ilk 7 ayda anksiyete belirtilerinin ortaya çıkma riski yüksektir.²⁵ Antianksiyete ilaçlar, hipnotikler ve tezgah üstü sinir ilaçlarının aşırı kullanımı olmaktadır. Anksiyete belirtilerinin uzun süre sürmesinin risk etkenleri kadın

cinsiyet, kaybın hemen ardından ortaya çıkan depresyon ve anksiyete belirtileri, genç yaş, düşük gelir, çevresel desteğin azlığıdır.

İlk bir yılda anksiyete sendromlarından panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu riski artmaktadır. İlk altı ay için agorafobi riski, ikinci altı ay için sosyal fobi riski artmaktadır.

Madde bağımlılığı: Dullar alkol, tütün ve diğer maddeleri daha çok tüketme riskine sahiptir.²⁶ Yaşlı dullar aynı yaştaki evlilere göre daha çok alkol tüketir, önceden var olan alkol sorunu bu riski artırır. Alkol için risk etkenleri ölüm öncesi tüketim miktarı, erkek olma, sosyal ve emosyonel destek eksikliği, majör depresyon öyküsü, ölümden sonra depresif nöbet geçirmek olabilir.

TEDAVİ

İlk etapta ölüm bekleniyorsa, önceden girişimlerin yapılması, risk etkenlerinin belirlenip buna göre yardım edilmesi en uygunudur. Önceden girişimde dikkat edilmesi gereken, kayıp yaşayacak kişinin ölecek kişiden uzaklaşmasına neden olmamaktır. Ölecek olan kişi ile var olan çözümlenecek sorunları gündeme getirmek, anlaşmazlıkları gidermek, kendine bakımına, sağlığına özen göstermesini teşvik etmek girişimin ana unsurlarıdır. Yeni rutinlerin, uğraşların desteklenmesi, empatik arkadaş ve gruplarla birlikte olunması, iyi uyku ve hijyenin sağlanması, inanan için dinsel etkinliklerin teşvik edilmesi, günlük tutturulması ana tedavi ilkeleridir.

Tedavi kararı vermeden önce yas yasin normal mi, komplike mi (depresyon ya da herhangi bir psikiyatrik problem gelişmiş midir?) olduğuna karar vermek gerekecektir.

Komplike yasin tedavisi

Önce depresyon ya da diğer ruhsal hastalıklar saptanırsa, ilaçla ya da ilaçsız tedavisi gerçekleştirilip yas ile daha sonra uğraşmak gerekecektir.²⁷ Kesin yarar gösterilmemesine karşın, her tür psikoterapi kullanılmaktadır. Kişilerarası ve grup psikoterapisi en sık kullanılanıdır.

Normal yas reaksiyonunun tedavisi

İlk bir yıl içindeki uyku ve duygu durumuyla ilgili sorunların çözümüne yönelik olarak bazı psikiyatristler yasin yaşanması gerektiğini söyleyerek ilaç kullanımına karşı çıkarken, diğerleri ise bu konuda hiçbir kesin bilimsel veri olmadığını, depresif belirtilerin uzun süre sürebileceğini ve başvuruların ilaçla tedavi edilerek acılarının hafifletilebileceğini savunmaktadırlar.²⁷

Grup terapide yönlendirmeli imgeleme tekniği

ile ölenle ilişkiyi kolaylaştırma, ölenin fotoğrafları yardımı ile emosyonel dışı vurumu kolaylaştırma tekniklerini kullanılır. Hedefler kaybi kabullenmek, yası yaşamak, ölenin bulunmadığı ortama uyum sağlamak, normal yaşama dönme için öleden duygusal olarak kopmayı sağlamaktır. Özellikle yaşlı erkeklere sosyal ilişki kurma yeteneklerini geliştirici, yeni duygusal ilişki kurmayı teşvik terapisi yararlıdır.²⁸

SONUÇ

Yaşlılar yaşam süresi nedeniyle yas yaşama

açısından en yüksek riske sahip gruptur. Yaşlılar için bu riski yüksek olmasa da, yası yaşama biçimleri farklılık gösterebilmektedir. Örneğin baskılanmış yas, diğer tip yaslara göre daha sık görülmektedir. Sağlık sistemini kullanma, somatik belirtilerden ve kötü sağlıktan yakınma yaşlı dullarda daha sıktır. Ayrıca mortalite yaşlı yas tutanlarda daha sıktır. Tıbbi sorunların ve yeti yitimine bağlı yaşam biçimi değişiklikleri tedavinin gidişinde etkili olur. Yaşlı hastaların kendilerine özgü özelliklerinin göz önüne alınıp, tedavinin her hastaya göre ayrı düzenlenmesi gerekir.

KAYNAKLAR

1. Devlet İstatistik Enstitüsü. Nüfus ve Kalkınma Göstergeleri <http://nkg.die.gov.tr/form.asp?id=4>
2. Devlet İstatistik Enstitüsü. www.die.gov.tr/english/ISTATIS/ISGUCU/t2-T.html
3. Li L, Liang J, Toler A, Gu S. Widowhood and depressive symptoms among older Chinese: do gender and source of support make a difference? *Soc Sci Med* 2005; 60:637-647.
4. Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H. Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed person. *Am J Public Health* 1987; 77:283-287.
5. Rozenzweig A, Prigerson H, Miller MD, Reynolds CF 3rd. Bereavement and late-life depression: grief and its complications in the elderly. *Ann Rev Med* 1997; 48:421-428.
6. Parkes CM. Psychosocial transitions: a field for study. *Soc Sci Med* 1971; 5:101-115.
7. Rynearson EK. Pathologic grief. *The Quenn's croquet ground. Psychiatric Annals* 1990; 20:295-303.
8. Lund DA, Caserta MS, Diamond MF. Gender differences through two years of bereavement. *Gerontologist* 1986; 26:314-320.
9. Worden JW. *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Professional*. New York, Springer, 1991.
10. Pollock GH. The mourning-liberation process of health and disease. *Psychiatr Clin North Am* 1987; 10:345-354.
11. Raphael B, Middleton W, Martinek N. Counseling and therapy of the bereaved. MS Stroebe, W Stroebe, RO Hansson (eds), *Handbook of Bereavement. Theory, Research and Intervention*. Cambridge, Cambridge University Press, 1993, p.427-453.
12. Zisook S, Schuchter SR. Depression through the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiatry* 1991; 148:1346-1352.
13. Thompson LW, Breckenridge JN, Gallagher D, Peterson J. Effects of bereavement on self perception of physical health in elderly widows and widowers. *J Gerontol* 1984; 39:309-314.
14. Helsing KJ, Szklo M. Mortality after bereavement. *Am J Epidemiol* 1981; 114:41-52.
15. Bowling A, Charlton J. Risk factors for mortality after bereavement: a logistic regression analysis. *J R Col Gen Pract* 1987; 37:551-554.
16. McHorney CA, Mor V. Predictors of bereavement depression and its health service consequences. *Med Care* 1988; 26:882-893.
17. Zisook S, Schuchter SR, Sledge P. Aging and bereavement. *J Geriatr Psychiatr Neurol* 1993; 6:137-143.
18. Nuss WS, Zubenko GS. Correlates of persistent depressive symptoms in widows. *Am J Psychiatry* 1992; 149:346-351.
19. Gilewski MJ, Farberow NL, Gallagher DE, Thompson LW. Interaction of depression and bereavement on mental health in the elderly. *Psychol Aging* 1991; 6:67-75.
20. Siegel JM, Kuykendall DH. Loss, widowhood, and psychological distress among the elderly. *J Consult Clin Psychol* 1990; 58:519-524.
21. Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, Bonanno GA, Milbrath C, Stinson CH. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154:904-910.
22. Piper WE, Odrogniczuk JS, Azim HF, Weideman R. Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric outpatients. *Psychiatr Serv* 2001; 52:1069-1074.
23. Barry LC, Kasl SV, Prigerson HG. Psychiatric disorders among bereaved persons: the role of perceived circumstances of death and preparedness for death. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10:447-457.
24. Shuchter SR, Zisook S, Kirkorowitz C, Risch C. The dexamethasone test in acute grief. *Am J Psychiatry* 1986; 143:879-881.
25. Jacobs S, Hansen F, Kasl S, Ostfeld A, Berkman L, Kim K. Anxiety disorders during acute bereavement: risk and risk factors. *J Clin Psychiatry* 1990; 51:269-274.
26. Blankfield A. Grief and alcohol. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1983; 9:435-446.
27. Reynolds C, Hoch CC, Buysse DJ, Houck PR, Schlemitzauer M, Pasternak RE et al. Electroencephalographic sleep in spousal bereavement and bereavement related depression in late life. *Biol Psychiatry* 1992; 31:69-82.
28. Husaini BA, Cummings S, Kilbourne B, Roback H, Sherkat D, Levine R et al. Group therapy for depressed elderly women. *Int J Group Psychother* 2004; 54:295-319.