



# ORGAN KAYBINDA ve YANIKTA KONSÜLTASYON LİYEZON PSİKİYATRİSİ

## GİRİŞ

Cerrahî girişimler hastalarda umut ve kurtulma beklentisinin yanında ölüm korkusuna, vücut bütünlüğünün kaybı endişesine ve yaşamdaki denetimin kaybı endişesine yol açabileceği için stres yaratıcı olaylardır. Fonksiyon kaybı yanında dış görünüşte, dolayısı ile de beden imgesinde değişiklik yaratan organ kayıpları ve bununla ilgili operasyonlar, yâni amputasyonlar ve yanıklar kriz dönemini gündeme getirirler. Bu sebeple yanık ve ekstremité amputasyonu hastaları konsültasyon liyezon birimlerince yakın takibe alınması gereken vak'lardır.

Yanık ve amputasyon vak'larından operasyon öncesi üç sebeple konsültasyon istenir:

- 1- Hastanın operasyon öncesi endişe ve panik durumunun kontrolü için,
- 2- Hastanın operasyona onay vermedeki yeterlilik durumunun tesbiti için,
- 3- Önceden psikotrop ilaç kullanan hastaların operasyon öncesi medikasyonlarının düzenlenmesi amacı ile.

Operasyon öncesi anksiyetenin nedenleri arasında hastanın önceki travma hikâyesinin, kendisinin veya yakınlarının benzer deneyimlerinin etkisi sayılabilir. Endişe düzeyi daha önceden var olan anksiyete bozukluğu zemininde ve organ kaybı riski durumlarında tedavi gerektiren boyutlara daha kolaylıkla yükselir.

Konsültasyon liyezon psikiyatri cerrahî ve anestezi ekibi ile koordinasyon içinde çalışarak, hattâ hasta ile ekibi bir araya getirerek hastanın bilgilendirilmesini ve desteklenmesini sağlar, gerekirse endişe düze-

## Çiğdem Aydemir

### ÖZET

Gerek amputasyon uygulanacak olan veya zâten uygulanmış hastaların, gerekse yanıklı hastaların bakımında psikiyatrik yaklaşım ve ihtimam özel bir önem taşır. Cerrahî girişimler hastalarda umut ve kurtulma beklentisinin yanında ölüm korkusuna, vücut bütünlüğünün kaybı endişesine ve yaşamdaki denetimin kaybı endişesine yol açabileceği için stres yaratıcı olaylardır. Fonksiyon kaybı yanında dış görünüşte, dolayısı ile de beden imgesinde değişiklik yaratan organ kayıpları ve bununla ilgili operasyonlar, yâni amputasyonlar ve yanıklar kriz dönemini gündeme getirirler. Bu sebeple yanık ve ekstremité amputasyonu hastaları konsültasyon liyezon birimlerince yakın takibe alınması gereken vak'lardır. Konsültasyon liyezon psikiyatri cerrahî ve anestezi ekibi ile koordinasyon içinde çalışarak, hattâ hasta ile ekibi bir araya getirerek hastanın bilgilendirilmesini ve desteklenmesini sağlar, gerekirse endişe düzeyini azaltabilmek için farmakolojik tedavi önerir. Bu makalede, bu tip vak'alarda karşılaşılan çeşitli psikiyatrik sorunların özellikleri ve bunlarla başa çıkma yöntemleri gözden geçirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** amputasyon, yanık, kriz, konsültasyon liyezon psikiyatri

## CONSULTATION-LIEISON PSYCHIATRY IN ORGAN LOSS AND BURN INJURIES

### ABSTRACT

Patients who will undergo a surgical operation for amputation or those who already had an operation should be carefully managed and treated by a team including consultation-liaison psychiatrists (CLP). This principle is valid for all the patients with burn injury. Surgical interventions are stressor events in patients' life because of the hope of getting better and a cure on one side worry about the loss of body integrity and control in one's life on the other side. Both loss of function and the accompanying changes in the body image following loss an organ, and related operations, i.e. amputations and burns lead to episodes of crisis. This is the reason why all the burn injury and amputation patients should be followed by consultation CLP units. The CLP psychiatrist works collaboratively and in coordination with the surgical and anesthesia team, even gathering the patient with the teams for information and support, and can prescribe pharmacological therapy to decrease the anxiety level. In this article, related issues and complexities of the subject are discussed and reviewed.

**Keywords:** amputation, burn, crisis, consultation-liaison psychiatry

yini azaltabilmek için farmakolojik tedavi önerir.

Operasyon öncesinde konsültasyon istenmesindeki ikinci neden yeterlilik değerlendirilmesidir. Bu konu ile ilgili kavramlar aşağıda tanımlanmıştır:

**Özgürlük:** İnsanın her türlü dış etkenden bağımsız olarak, kendi irâdesi ve düşüncesine göre karar vermesi durumudur.

**Özerklik:** Kişinin serbestçe karar verme hakkıdır ve verdiği bu kararı eyleme dönüştürme özelliğidir.

**Aydınlatılmış rızâ:** Hastanın kendisine uygulanacak tanı ve tedavi yöntemlerinin kapsamını, yararlarını ve olası istenmeyen sonuçlarını, söz konusu yöntem seçeneği oluşturabilecek öteki yöntemleri ve bunların yapısal, sonuçsal özelliklerini bilerek bu uygulamayı kabul etmesidir (Oğuz 1997). Bâzi ruhsal hasta-

lıklar, koma veya mental rötardasyon durumları özerkliğin gerçekleştirilmesini imkânsız kılar.

**Yeterlilik:** Bireyin eylemde bulunmak ve karar vermek için gereken özelliklere sâhip olup olmadığını tanımlar.

Yeterlilik değerlendirilmesi istendiğinde şu dört soruya cevap aramak gereklidir:

- 1- Hasta tercih belirtiyor mu?
- 2- Hastaya durumun gerçekleri ne kadar bildirilmiş?
- 3- Durumu hakkında bir değerlendirmesi var mı?
- 4- Hasta kendisine bildirilen bu bilgileri bir kara varma yolunda kullanabilecek mi?

Eğer hastanın kendisi değil de bir yakını karar verme durumunda ise, bu dört noktayı onun da değerlendirmesi gerekir.

Yeterli olmayış kararına en çok neden olan durumlar demans, deliryum ve psikozdur (Appelbaum ve Roth 1981).

İletişim kurulamayan hastalar pratik olarak yeterli kabûl edilmezler. Duygudurum bozuklukları yeterlilik değerlendirilmesinde verilecek kararda önemli durumlardır. Depresyon durumu yeterli olmayış veya yetersiz değerlendirme nedeni olabileceği gibi, duruma göre bir majör depresyon hastasının rasyonel karar verebilme yetisini koruyabileceği akıld tutulmalıdır. Aynı şekilde, belirli alanlarda gerçeği değerlendirmesi bozulmuş bir şizofreni hastası da peşin olarak yeterliliğe hâiz olmadığı yönünde kabûl edilmemelidir.

Yeterli olmayış durumunun bâzı nedenleri tedavi edilebilir; meselâ ağrı nedeni ile tedaviyi kabûl etmeyen hastaya uygun analjezi sonrasında tekrar değerlendirme yapmak gerekebilir; aynı şekilde deliryumdaki veya depresyondaki hasta da, uygun tedaviden sonra sağlıklı karar verebilecek duruma gelirler (Schouten 1997).

Cerrahî hastalarda duygudurum, anksiyete bozukluğu, psikoz, alkol veya diğer madde bağımlılığı durumlarında preoperatif dönemde hastanın tedavisinin tekrar düzenlenmesi ve operasyon açısından kontrendikasyon yaratıp yaratmadığının saptanması gerekebilir. Konsültan hekim genel psikofarmakoloji ilkeleri dâhilinde bu düzenlemeleri yapacaktır.

### **EKSTREMİTE AMPUTASYONLARININ PSİKİYATRİK KOMPLİKASYONLARI VE TEDAVİSİ**

Ruh sağlığı üzerindeki etkileri yanında amputasyon hastayı kişiler arası ilişkiler, evlilik, meslek ve ekonomik alanda etkileyen sosyal bir durum olarak kabûl edilebilir. Bir ekstremitenin kaybının ardından kaybedilen fonksiyonun önemi, operasyon sonrasında geçen süre, hastanın yaşı, cinsiyeti ve kişilik özellikleri çerçevesinde bir serî reaksiyon oluşur. Bâzı hastalar yeni duruma uyum sürecine girerken, diğer-

leri ise birtakım semptomlar ortaya çıkarırlar (Frank ve ark. 1984).

İster kronik ağrıya karşı tek çözüm olsun, isterse yaşam kurtarıcı bir girişim olarak plânlansın, amputasyonun hasta tarafından travmatik bir olay olarak algılanması kaçınılmazdır (Parkes 1975). Caine, 1973 yılında yaptığı çalışmada, bu vak'alarda yaklaşık %40 oranında tedavi gerektiren psikiyatrik semptom saptamıştır. Günümüzde gençler çoğunlukla kaza sonucu ekstremiteyi kaybederken, yaşlılar kronik vasküler hastalıklarla kaybetmektedir.

Amputasyon sonrası dönemi erken ve geç dönem olarak ikiye ayırabiliriz:

**Erken dönemin** en belirgin özelliği **fantom ağrıları** (hayâlet ağrıları). Yapılan çalışmalar erken postoperatif dönemde yaklaşık %80 oranında ağrı veya diğer duysal fenomenlerin varlığını göstermektedir. Fantom ekstremite fenomeni Mitchel (1872) tarafından tanımlanmış bir olgudur. Ekstremitenin hâlâ var olduğuna ve hareket ettiğine dâir bir his veya ağrı ile karakterizedir. Çoğunlukla ameliyat kesisinin ağrısından ayrı bir yapıda ve kaybolan ekstremitenin olması gereken yerde hissedilir (Solomon ve Schimidt 1978). Genelde künt bir ağrı olarak tanımlanan fantom ağrısına bir noktadaki keskin ağrı da eklenebilir, bu durumun yanında yanma, batma gibi duyular da olabilir, hastaların çoğu kesi yerinde ağrıyı tetikleyen bir noktadan söz ederler. Fantom fenomeni çoğunlukla ekstremite amputasyonunu takiben ortaya çıksa da meme, yüzün bölümleri, penis, bâzı iç organların kaybında hattâ konjenital olarak eksik olan ekstremiteelerde de ortaya çıkabileceği saptanmıştır (Croix ve ark. 1992, Hoffmann 1965). Vak'aların %90'a yakın bir bölümünde fantom fenomeni ortaya çıkar. %75 vak'ada anestetik etkisi geçer geçmez oluşurken kalan bölümünde ise günler ve haftalar arasında görülür (Ramachandran 1998). Ağrı semptomu en az %50 oranında ve daha çok üst ekstremite amputasyonlarında görülür. Bu fenomen çoğunlukla üst ekstremitede 24-48 saat içinde, alt ekstremitede ise ilk 24 saatte ortaya çıkar. Ağrıyı tetikleyen birtakım faktörler olabilir; özellikle amputasyonun sonuçlarının düşünülmesi veya kesi yerine dokunmak gibi. Hastaların çoğu açıkça sorulmadığında, tuhaf ve saçma buluncağı endişesi ile fantom ekstremite fenomeninden söz etmek istemezler. Fantom duyular zaman içinde azalarak, yaklaşık 5-6 haftada şiddetini yitirir, hattâ kaybolur. %10 vak'ada fantom fenomeni görülmez. Bu daha çok diyabet, lepra gibi normâl duyunun kaybolduğu vak'alarda saptanan bir durumdur (Wilson ve ark. 1982, Livingstone 1945).

Fantom ekstremite fenomeninin neden olduğuna dâir organik ve psikolojik teoriler üretilmiştir. Yapılan çalışmalar fantom ekstremite fenomeninden tek bir faktörün sorumlu tutulamayacağı ve en az beş etkenin bir arada oluşturdukları ortak bir sonuç olması

gerektiği sonucuna ulaşmıştır. Bunlar şöyle sıralanabilir:

- 1- Kesi yerinde oluşan nörinomlar hipotezi: Birçok standart kitapta açıklandığı gibi ağrının zedelenmiş akson terminallerinin skar dokusu ve nörinomlar nedeni ile uyarılması sonucu oluşur. Ancak, lokal anestetik enjeksiyonları veya nörinomun eksize edilmesinin her zaman etkili olmaması bu hipotezin açıklamada yeterli olamadığını göstermektedir (Ramachandran 1998).
- 2- Yeniden haritalanma hipotezi: Kaybedilen organın beyindeki ekspresyon alanlarının komşuluğundaki alanların kompensatuar olarak genişlemesi sonucu buralarda oluşan uyarıların fantom bölgeden geliyor gibi algılanması (Ramachandran 1998).
- 3- Genetik olarak kodlanmış beden imgesi hipotezi: Bu hipotezde, genetik bilgi olarak taşınan beden imgesi doğum sonrası yaşam boyunca edinilen duyuşal deneyimlerle bütünleşir. Parmak veya el gibi, kortekste daha geniş reprezentasyonu olan beden parçalarının daha uzun süren fantom hisleri olması, bunun yanında saat, yüzük gibi kortikal reprezentasyonlar ile bütünleşen bâzi objelerin de fantom duyularda yer alması bu hipotez ile açıklanabilir. Aynı nedenle amputasyon öncesinde ağrı olan hastalarda daha büyük olasılık ile fantom ağrı ortaya çıkar (Kroner ve ark. 1989, Mezlack 1990, Tersen ve ark. 1985).
- 4- Spinal Kord Hipotezi: Spinal kord arka boynuzundaki hücreler üzerinde periferden gelen inhibitör etkinin ortadan kalkması ile ortaya çıkan anormâl nöronal aktivitenin kortikal düzeye ağrı olarak ulaşmasıdır (Mezlack 1971).
- 5- Kaybedilen ekstremitenin canlı ve ağrılı anılarının olması hipotezi: Beden imgesi hipotezine benzer bir şekilde fantom fenomeninin oluşmasına neden olur (Ramachandran ve Hirstein 1998).

Fantom ağrıların oluşmasında psikolojik hipotezler de oluşturulmuştur. Bunlar içinde en çok kabûl göreni kaybedilen beden bölgesinin inkârıdır. Mutilasyon kabûl edilmesi güç bir olaydır, böylece ağrı algı olarak hastaya uzvunun yerinde kaldığını ispatlar. Bu şekilde gerçek kayıp karşısında beden bütünlüğü korunur. Daha geniş bir bağlamda fantom ağrısı inkârın ağırlıkta olduğu bir mâtem sürecinin bir parçasıdır (Postone 1987).

Parkes (1973), 1 yıldan fazla ağrı şikâyeti olan amputasyon vak'alarını incelediği bir çalışmada, şu özellikleri saptamıştır:

- 1- İlk 3 haftada ağrının başlaması,
- 2- Amputasyondan önce 1 yıldan fazla hastalık hi-

kâyesinin olması ve aynı hastalığın diğer uzuvları veya yaşamı tehdit etmesi,

- 3- Ağrı dışındaki bir sebeple 1 yıldan fazla işsizlik,
- 4- Rijid ve kompulsif kişilik özellikleri.

Parkes'in bu çalışmasının önemi, hastaların fantom ağrısı oluşturmalarında psikolojik faktörlerin yordayıcı özelliği olduğunu göstermesidir.

Fantom duyularda veya ağrıda kaybedilen ekstremitenin kişi için önemini belirleyici olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle, sağ kolda sol kola göre daha fazla görülürken, alt ekstremitelerde daha geniş fantom hacimlerinin olması nedeni ile daha erken ortaya çıkar (Shukla ve ark. 1982). Fantom ekstremiteninin yanı sıra elem, anksiyete, ağlama nöbetleri, uykusuzluk ve iştah kaybı ilk iki hafta içinde en sık görülen emosyonel reaksiyonlar olarak belirlenmiştir.

Amputasyon vak'alarını inceleyen ilk geniş ölçekli çalışmalar 2. Dünya Savaşı ve Vietnam Savaşı gâzilerinde yapılmıştır; bu çalışmalar âni bir şekilde ekstremitelerini kaybedenlerde ilk cevap olarak depresif semptomlar ortaya çıktığını ve sonraları ise zamanla çözümleme dönemine girildiğini göstermiştir. Aynı çalışmalar, yaşlıların erken dönemde depresyon yaşamaları da, uzun vâdede depresif semptomlar gösterdiklerini ve uyumlarının zaman aldığını saptamıştır (Frank ve ark. 1984).

Yaşlıların izleme çalışmalarında uzun vâdede daha da fazla semptom ortaya çıkardıkları saptanmıştır. Caplan ve Hackett'in bir çalışmada (1963), 56 yaş üzerindeki 18 ay izlenen 12 amputasyon hastasından 4'ünün 1 yıl içine öldüğü, 4 hastanın yatağa bağımlı hâle geldiği ve klinik olarak depresyon tanısı aldığı, 2 hastanın ise protezlerini kullanmamakta olduğu saptanmıştır. Konu ile ilgili diğer araştırmalar ise 1 yıl içinde ölüm olasılığının arttığını saptamışlardır. Bütün bu bulguların ışığında, yaşlı hastaların gençlere nazaran amputasyon sonrasında psikiyatrik problemler açısından daha yüksek risk grubu olduğu söylenebilir. Bunda ekstremitenin kaybı dışında ekonomik problemler ve yaşlanmanın kendisinin getirdiği diğer problemler de rol oynar.

Literatürde kayıp ile ilgili uyum problemlerinin anksiyete, benlik saygısında düşüklük, beden imajı ile ilgili kaygılar, bütünlük duygusunun kaybı, sosyal izolasyon, ve depresyonla ilişkili olduğu bulunmuştur. Yaş gözetilmeksizin depresyon oranı ise %53 olarak saptanmıştır. Sosyal rahatsızlık ile depresyon arasındaki ilişki de anlamlı bulunmuştur (Cashani ve ark. 1983, Parkes 1975).

Daha uzun vâdede uyum problemleri için risk grupları genç yetişkinler, bekârlar ve madde-alkol bağımlılarıdır (Parkes ve Napies 1970). Sağlıklı uyum için ise yordayıcılar algılanan sağlık durumu, sosyal destek, vasküler olaylar dışındaki amputasyon sebep-

leri ve erkek cinsiyetidir (Parkes ve Napies 1970, Parkes 1973).

Özetle, ister yaşlı ister genç birisinde olsun, kronik bir hastalık nedeni ile veya kaza ile ekstremitte kaybı sonrasında konsültasyon liyezon hekimleri psikiyatrik yardım ihtiyacı içinde olan bireyler ile karşılaşacaklardır. Erken dönemde kayıp ile karşılaşma ânında şok, inkâr, korku, anksiyete, elem, gibi duygular oluşur; bu özellikle travmatik amputasyonlarda daha belirgindir. Birçok klinisyen elem ve yasın beklendiği emosyonel tepkiler olduğunu, patolojik kabûl edilemeyeceğini, daha ötesi, semptomlar ağırlaşsa ve hasta süisidal olsa bile, anlaşılabilir ve uygun tepkiler olduğunu ve tedavi gerekmediğini belirtmektedirler (Rosen ve ark. 1987). Öte yandan, depresyon semptomları hastanın yaşam kalitesinde bozulmaya ve tedavisinde aksamaya neden olabilmektedir.

Depresif semptomların oluşumunda aşağıdaki faktörlerin biri veya birkaçı bir arada etkide bulunur:

- 1- Primer majör depresyon,
- 2- Distimik Bozukluk,
- 3- Distimik veya depresif kişilik özelliklerinin stresli olay sonucunda alevlenmesi,
- 4- Depresif duygudurumu içeren uyum bozukluğu,
- 5- Hasta olmanın getirdiği genel hâlsizlik durumu.

Konsültan hekim hastanın kendisinin verdiği bilgiler, yakınlarının ve izleyen doktorun gözlemleri ışığında depresif semptomların süreklilik kazandığı, ağırlaştığı veya hastanın yaşamı ve tedavisini engeller hâle geldiği kanısına varırsa, depresyon tedavisine başlayabilir. Amputasyon sonrasında aşağıdaki tedavi teknikleri kullanılabilir:

- 1- Farmakolojik tedavi,
- 2- Bireysel terapi,
- 3- Grup psikoterapileri.

Farmakolojik tedavide hastanın yaşı ve medikal durumu dikkate alınarak genel psikofarmakoloji ilkelere çerçevesinde tedavi yapılır. Kontrol edilemeyen anksiyete durumlarında anksiyolitikler eklenebilir.

Amputasyon sonrasında ağrı kontrolü için başlanan narkotik analjeziklerin, bağımlılık riski nedeni ile bir program dahilinde azaltılarak kesilmesinde fayda vardır. Bu dönemde ağrı kontrolü için non-narkotik analjezikler antidepresanlar veya antikonvülsanlar verilebilir. Fantom ağrıları için de beta-blokerler (vazodilatasyona yol açıcıları için), karbamazepin, klorpromazin önerilebilir (Harwood ve ark. 1992).

Kısa destekleyici psikoterapiler, özellikle akut organ kayıplarında erken hospitalizasyon döneminde faydalı olacaktır. Bu teknikte tedavi ölüm kaygısı, beden imajı, yaşam şekli değişikliği gibi suçluluk ya da cezalandırılma gibi belli bir temaya odaklanılarak taburculuğa kadar geçen sürede tamamlanır. Anksiyete

ile başa çıkmak için gevşeme egzersizleri önerilebilir.

Taburculuk sonrası ve rehabilitasyon döneminde uyum için grup tedavisi faydalı bir yöntemdir. Grupta ortamında kişiler arası ilişki sorunları ve beden imajı problemlerini gündemlemek bireysel terapi yöntemlerinde olduğundan daha kolay ve etkilidir. Kaybı olan bireyler karşılıklı yardımlaşarak fiziksel durumlarını kabullerini, sosyal becerilerini ve başa çıkma stratejilerini geliştirebilirler.

## YANIK HASTASINA YAKLAŞIM

Nedeni olan ateş kadar eski bir travma türü de yanıklardır. Yanık hastası ile karşılaşmadan başlayıp taburculuğa kadar geçen süre içinde uygulanan taşıma, resüsitasyon, enfeksiyon kontrolü, eksizyon, grafitlama, anestezi, ağrı kontrolü, rekonstrüksiyon yöntemlerinin gelişmesi ile geçmişte yaşamla bağdaşmadığı söylenen birçok yanık vak'ası kurtarılabilir. Bununla birlikte, ortaya çıkan sorun ise bu tıbbî mucizeleri emosyonel anlamda neler beklediğidir. Organ kaybı ve travma açısından bakıldığında yangın ile başlayan travma, şiddetli ağrı, uzun hospitalizasyonlar, âile, iş ve sosyal çevreden ayrılık ve deformasyon, yanık skarları ile devam etmektedir.

Hastanın yanık sonrasında ilk karşılaştığı travma ağrıdır. Ağrı, solunum depresyonu kaygısı, veya ekibin ağrının şiddetini yeterli değerlendirememesi sebebiyle yeterli olarak tedavi edilmeyebilir. Yanık ağrısı tedavisinde en sık kullanılan ilaçlar opiatlardır. Bunun yanında adjuvan olarak benzodiazepinler, anti-depresanlar veya antipsikotikler kullanılabilir. Antipsikotikler, özellikle haloperidol ağrıyı gidermenin yanında deliryum, ajitasyon ve insomnia tedavisi amacıyla verilebilir. Benzodiazepinlerin dezinhibisyon veya ajitasyona yol açtığı durumlarda 0.5-2 mg dozlarında haloperidol ile tedavi başlanabilir. Haloperidol intravenöz verildiği durumlarda ekstrapiramidal yan etkiler daha düşük olasılıkla ortaya çıkar. Önlemlere rağmen ortaya çıkan ekstrapiramidal yan etkiler ise antiparkinsoniyen ilaçlar ile tedavi edilirler. Fenotiazinler hipotansiyon yaratma riski açısından tercih edilmezler (Stoddard 1997).

Akut dönemde ağrının yanında en çok yanığa bağlı deliryum ve Akut Stres Bozukluğu görülür. Deliryum, yaklaşık %10-30 hastada görülür ve erken dönemde en sık ortaya çıkan problemdir. Stabil olmayan medikal durumun işareti olarak kabûl edilir. Delirium tedavisi sırasında kullanılan opiat ve diğer medikasyonun etkileri ile oluşabileceği gibi hipoksi, duman inhalasyonu ve merkezi sinir sistemi travması sonucunda da oluşabilir. Erken dönemde ortaya çıkan deliryum aynı zamanda uzun vadede Post Travmatik Btres Bozukluğu'nun işareti olarak da kabûl edilir. Belirtiler hızla değerlendirildikten sonra deliryum tedavisi ilkelere bağlı kalarak tedavi edilir (Stoddard 1997).

Yanık travması korkutucu ve olağandışı bir dene-

yim olması nedeni ile post travmatik semptomlara neden olması kaçınılmazdır (Roca ve ark. 1991). Akut Stres Bozukluğu DSM-IV'e göre dissosiyasyon, travmanın tekrar tekrar hatırlanması, anksiyete, aşırı uyarılmışlık semptomlarını içerir. Travmadan sonraki 4 hafta içinde oluşur ve hastanın tıbbî durumuna bağlanamaz (Amerikan Psikiyatri Birliği 1998). Opiat ve benzodiazepinlerin tedavide ağırlıklı kullanımı ile erken dönemde baskılanan Akut Stres Bozukluğu semptomları, medikasyonun azaltılması ile ileri dönemde ortaya çıkabilirler.

Akut Stres Bozukluğu döneminde, ağrı ve anksiyeteyi değerlendirip, gerekirse farmakolojik müdahalede bulunmak, gerçekle karşılaşması sırasında destekleyici ve yönelim sağlayıcı tutum içinde bulunmak esastır. Subakut dönemde hastanın yaşamı güvence altına alınmış ve fiziksel olarak iyileşme dönemine girilmiştir. Hasta fonksiyon kayıpları ve görünümündeki değişimlerle tam olarak karşı karşıya kalmıştır. Bu dönemde psikiyatrin çalışma alanları beden imgesindeki değişiklikler, yas, yaklaşan diğer rekonstrüktif operasyonlar, taburculuk sonrasında âile ve sosyal çevre ile karşılaşma kaygılarıdır. Bu temalarla çalışırken, hastanın yanık travması ile ilgili duygularını, kendisini bekleyen problem alanlarını ve çözüm yöntemlerini saptamak muhtemel depresyonu önlemede faydalı olacaktır. Ortaya çıkan depresyon tablosu ise hastanın yaşı ve medikal durumuna uygun anti-depresan eklenmesi ile tedavi edilir. Akut Stres Bozukluğu'na âit semptomları 4 haftadan uzun süreli olduğu zaman bu Post travmatik Stres Bozukluğu (PTSD) olarak kabul edilir. Semptomların daha az sayıda olduğu durumlar ise Uyum Bozukluğu olarak adlandırılır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1998).

Yapılan çalışmalar, premorbid kişilik özellikleri (pasif agresif, antisosyal, borderline), sosyal destek sistemlerinin nitelik ve niceliği, temeldeki stres miktarı ve akut dönemdeki delirium hikâyesinin PTSD için yüksek risk faktörü teşkil ettiğini, sanıldığı aksine yanık şiddeti ve miktarının PTSD için daha az belirleyici olduğunu saptamışlardır (Oğuz 1997, Samuel ve ark. 1997).

Tedavinin ilk haftasındaki tekrarlayıcı düşünceler ve kaçınma PTSD için risk faktörü teşkil etmezken, bunların 2. ayda görülmesi, 6. aydaki olası PTSD için ve 6. aydaki kaçınma davranışının ise 12. aydaki PTSD için uyarıcı olması gerektiği çalışmalar ile gösterilmiştir (Roca ve ark. 1991).

PTSD semptomları hepsi bir arada görülmek yerine yanık sonrası dönemde farklı zamanlarda farklı miktarlarda ortaya çıkabilirler. Ağırlıklı olarak erken dönemde travma yaşantısının tekrar yaşanması görülürken, taburculuk sonrasında kaçınma ve emosyonel küntleşme daha sık ortaya çıkan semptomlardır (Samuel ve ark. 1997). Konu ile ilgili diğer bir çalışmada kaçınma ve emosyonel küntleşme semptomları hos-

pitalize dönemde %18 olarak saptanmışken, taburculuk sonrası 4 ay içinde %25'e çıktığı bulunmuştur. Uyarılmışlıktaki artma semptomları ise taburculuktan sonraki 4 ay içinde %30.2'den %45.2'ye çıkmıştır (Roca ve ark. 1991). Hastaların bazı semptomları yaşamak için hastânenin korunaklı ortamından çıkarak dış dünya ve onun uyaranları ile karşılaşmaları gereklidir.

PTSD görülen vak'aların uzun vâdedeki izlemlerinde, beklenenin aksine, hastalarda fonksiyonel kaybın az olduğu saptanmış ancak, depresyonun sık rastlanan bir problem olduğu görülmüştür (Samuel ve ark. 1997).

Tüm bu bulgulardan elde edilecek sonuç, yanık hastalarında işgücü kaybı olmasa bile, depresyon ve PTSD semptomları açısından soruşturma gerekliliğidir. Taburculuk sonrasında ortaya çıkan PTSD semptomlarında davranışçı, kognitif ve farmakolojik tedaviler uygulanmalıdır. Daha ileri dönemde meydana gelen uyum sorunlarında, yanık travmasının kendisi kadar, kurbanın kişilik özelliklerinin de payı vardır. Yine uzun süren hospitalizasyonların da meslekî, âilevî ve diğer sosyal yaşantılarında problemlere yol açtığı saptanmıştır. Bu grupta madde ve alkol kötüye kullanımını veya bağımlılığı da sık görülür (Mac Arthur ve Moore 1975).

Yanığın benlik saygısı üzerine etkileri direkt olmaktan çok dolaylı yollardan olmaktadır. Bunlar arasında en önemlileri eş veya iş kaybı gibi olayların sonucunda gelişenlerdir. Özellikle yanık travması diğer yaşam olayları ile bir arada meydana geldiği zamanlarda oluştuğunda, benlik saygısında azalma görülür.

Benlik saygısının oluşmasında sosyal desteğin büyük katkısı vardır. Âile ve arkadaşlar iyileşme döneminde verdikleri destek ile benlik saygısının yüksek olmasına katkıda bulunurlar. Yanık travmasından yıllar sonra ortaya çıkan benlik saygısı kaybında ise yardıma ihtiyacın kalmadığının hissedilip desteğin çekilmesinin payı vardır. Sosyal destek, iş sâhibi olmak, rekreasyonel aktivitelere katılmak ve yaşam doyumu benlik saygısını olumlu yönde etkiler (Bowdown ve ark. 1980). Ortaya çıkacak kişiler arası ilişkiler, meslek, okul ve benlik saygısı problemlerinde bireysel ve grup terapileri faydalıdır.

## KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV). Amerikan Psikiyatri birliği, Washington DC, 1994'ten Köroğlu E, çeviren. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1998.
- Appelbaum PS, Roth LH. Clinical issues in the assessment of competency. Am J Psychiatry 1981; 138:1462-1467.
- Bowdown LM, Feller I, Thoten D, Davidson T, Michael HJ. Self esteem of severely burned patients. Arch Phys Med Rehabil 1980; 61:449-452.
- Caine D. Psychological considerations affecting rehabilitation after amputation. Med J Aust Oct 1973; 27:

- 2(17):818-821.
- Caplan LM, Hackett TP. Emotional effects of lower limb amputation in the aged. *N Engl J Med* 1963; 269:1166-1171.
- Cashani TH, Frank RG, Cashani SR, Wonderlich SD. Depression among amputees. *J Clin Psychiatry* 1983; 44:256-258.
- Cavanaugh SA. The prevalence of emotional and cognitive dysfunction in general medical population. *Gen Hosp Psychiatry* 1983; 5:15-24.
- Croix R, Melzack R, Smith D, Mitchell N. Multiple phantom limbs in child. *Cortex* 1992; 28:530-537.
- Frank RG, Kashani JH, Kashani SK, Wonderlich SA, Umlauf R, Ashkanazi GS. Psychological response to amputation as a function of age and time since amputation. *Brit J Psychiatry* 1984; 144: 493-497.
- Goldstein G, Van Kammen W, Shelly C, Miller DJ, Van Kammen DP. Survivors of Pacific Theater during World War II. *Am J Psychiatry* 1987; 144:1210-1213.
- Harwood D, Hanumanth S, Stoudemire A. Pathophysiology and management of phantom limb pain. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14:109-118.
- Hoffmann J. Facial phantom phenomena. *J Nerv Ment Dis* 1965; 122:143-151.
- Kroner K, Krabs B, Skow J, Jorgensen HS. Long-term phantom breast syndrome after mastectomy: incidence, clinical characteristics and relationships to premastectomy breast pain. *Pain* 1989; 36:327-334.
- Livingstone KE. Phantom limb syndrome: a discussion of the role of the major peripheral nerve neuromas. *J Neurosurgery* 1945; 2:251-255.
- Mac Arthur JD, Moore F. Epidemiology of burns, the burn prone patient. *JAMA* 1975; 321:259-263.
- Mezlack R. Phantom limb pain. *Anesthesia* 1971; 35:409-419.
- Mezlack R. Phantom limbs and concept of neuromatrix. *Trends Neurosci* 1990; 13:88-92.
- Mitchell SW. *Injuries of Nerves and Their Consequences*. Philadelphia JB Lipincott, 1872.
- Schouten R. Legal aspects of consultation. In Cassem NH, editor. *Handbook of General Hospital Psychiatry* 4th Edition. Mosby Year Book, GB, 1997.
- Shukla GD, Sahu SC, Gupta TK. Phantom limb: a phenomenological study. *Br J Psychiatry* 1982; 141:54-58.
- Oğuz NY. Psikiyatriye onam ve aydınlatılmış onam: Etik, hukuk ve bilim açısından A. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, yayımlanmamış doktora tezi. Ankara, 1997.
- Ovensen P, Kroner K, Ornsholt J, Beck K. Phantom related phenomena after rectal amputation prevalence and clinical characteristics. *Pain* 1991; 44:289-291.
- Parkes CA. Psychosocial transitions between reactions to loss of a limb and loss of a spouse. *Br J Psychiatry* 1975; 127:204-210.
- Parkes CM, Napies NM. Psychiatric sequel of amputation. *Br J Hosp Med* 1970; 4(6):10-14.
- Parkes CM. Factors determining the persistence of the phantom pain in the amputee. *J Psychosomatic Res* 1973; 17:97-107.
- Postone N. Phantom limb pain. *Int J Psychiatry in Medicine* 1987; 17:1.
- Ramachandran VS, Hirstein W. Phantom limbs. *Brain* 1998; 121:1603-1630.
- Roca RP, Spence RJ, Munster AM. Posttraumatic adaptation and distress among adult burn survivors. *Am J Psychiatry* Sep 1991; 149:9.
- Rosen DH, Gregory RJ, Pollack D, Shiffmann A. Depression in patients referred for psychiatric consultation, a need for new diagnosis. *Gen Hosp Psychiatry* 1987; 9:391-397.
- Sacks. Phantom Faces. *MMJ* 1992; 304-364.
- Samuel P, Difeda JA, Musngi G, Frances AJ, Jacobsberg L. Predictors of post traumatic stress disorder after burn injury. *Am J Psychiatry* 1997; 149:931-935.
- Shukla GD, Sahu SC, Gupta. Phantom limb: a phenomenological study. *Br J Psychiatry* 1982; 141:54-58.
- Solomon GF, Schmidt M. A burning issue. Phantom limb pain and psychological preparation of the patient for amputation. *Arch Surg* 1978 Feb; 113(2):185-186.
- Stoddard FJ. *Burn Patients In: Cassem NH, editor. Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry, Fourth Edition. Mosby-Year Book Inc., 1997. p. 571-591.*
- Tersen TS, Krabs B, Nelson J, Rasmussen P. Immediate and long term phantom limb pain in amputees: incidence clinical characteristics and relationships to preamputation limb pain. *Pain* 1985; 21:267-278.
- Wilson PR, Person JR, Wang SDW. Herpes zoster reactivation of phantom limbs pain. *Mayo Clin Proceedings* 1982; V 53:336-338.