

## Yeni Bir Tanı Kategorisi Önerisi: Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu

Dr. Alper HASANOĞLU<sup>1</sup>

### Özet / Abstract

Olumsuz yaşam deneyimlerine karşı gösterilen ruhsal tepkiler çok uzun süreden beri araştırmacıların en çok ilgilendiği konular arasındadır. Son yıllarda özellikle Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) bir çok çalışmaya konu olmuştur. Bu bozukluk, hemen herkes için travmatik kabul edilen bir yaşam deneyimine, alışılmışın dışında bir yaşamsal tehdide ya da felakete karşı gösterilen bir tepki olarak tanımlanmaktadır. Yaşamı doğrudan tehdit etmeyen olaylara karşı gösterilen ruhsal tepkiler ise uyum bozukluğu tanısı altında sınıflandırılmaktadır, ama günlük yaşamda yeteri kadar yer almadığı görülmektedir. Bu tür yaşamsal tehdit içermeyen olaylarla yüzleşme sonucunda uyum bozukluğunun yanı sıra, TSSB'nun da gelişebileceği söylenmektedir.

Göçmenler sıklıkla, bedensel belirtilerin ön planda olduğu, sosyal geri çekilme ve enerji kaybının eşlik ettiği bir tablo gösterirler. Yaşamsal bir tehdit içermeyen ve hergün görülmeyen olumsuz yaşam deneyimleri bu tablonun ağırlaşmasına ve göçmenin işgücünün azalmasına neden olacak kadar ruh sağlığını bozabilir. Hayata küsme ve haksızlığa uğramış olma duygusu, yaşanmış olumsuz yaşam deneyiminin elde olmadan sık sık anımsanması (iş yerinde haksızlığa uğrama, işten çıkarılma, bir devlet dairesinde aşağılanma vs.), olay yerine gitmekten kaçınma gibi belirtilerle kendini gösteren bu tablo travma sonrası hayata küsme bozukluğu (HKB) olarak adlandırılabilir.

İlk olarak Berlin Duvarı'nın yıkılmasından sonra Doğu Almanya'dan gelen göçmenlerde tanımlanmış olan, uyum bozuklukları ve TSSB tanı ölçütleriyle tam olarak örtüşmeyen bu tablo bir olguda değerlendirilmiş ve ayırıcı tanısı tartışılmıştır.

"Hayata küsme" terimi Almanca Verbitterung ve onun İngilizce karşılığı olan embitterment sözcüklerinin yerine önerilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Travma sonrası stres bozukluğu, uyum bozukluğu, stres tepkisi, olumsuz yaşam olayları

### SUMMARY: Suggestion of a New Diagnostic Category: Posttraumatic Embitterment Disorder

Psychological reactions to negative life events have been among the most interesting subjects to researchers for a long time. In recent years post traumatic stress disorder (PTSD), in particular, has been the focus of numerous studies. This disorder is defined as a reaction to an event that is accepted as traumatic by almost everyone, to an extraordinary life-threatening event, or to a disaster. Psychological reaction to events, which are not directly life threatening, is classified as adjustment disorder and is rarely diagnosed in clinical practice. As a result of experiencing such non-life threatening events, PTSD is claimed to be an adjustment disorder as well.

Immigrants frequently report a depressive state in which physical symptoms are in the foreground accompanied by social withdrawal and diminished energy. Negative life events, which are not life threatening and are not experienced everyday, can impair mental health so that the above state may worsen and an immigrant may have a reduction in his performance at work. This state, which is accompanied by such symptoms as embitterment, feelings of injustice, repeated intrusive memories of critical events (injustice at work place, loss of a job, discrimination in a public office, etc.), phobic symptoms, and avoidance behavior towards the place or persons related to the event, might best be described by the term, posttraumatic embitterment disorder (PTED).

This disorder, which was initially described in immigrants from East Germany following the fall of the Berlin Wall, and which does not exactly match the diagnostic criteria of adjustment disorder or PTSD, is presented in a case vignette and its differential diagnosis is discussed.

**Key Words:** Posttraumatic stress disorder, adjustment disorder, stress reaction, negative life events

<sup>1</sup>Uzm., Basel Ü Tıp Fak., Psikiyatri AD., Basel.  
Dr. Alper Hasanoglu, e-posta: alper\_hasanoglu@yahoo.com

## GİRİŞ

Olumsuz yaşam deneyimlerine karşı gösterilen ruhsal tepkiler çok uzun süreden beri araştırmacıların en çok ilgilendiği konular arasındadır (Van der Kolk ve ark. 1996, Fischer ve Riedesser 1999, Maercker 2005). ICD-10 (Dünya Sağlık Örgütü 1992) travmaya tepki olarak ortaya çıkan ruhsal bozuklukları F43 başlığı altında üçe ayırarak incelemektedir: Akut stres bozukluğu (F43.0), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) (F43.1) ve uyum bozuklukları (F43.2). Bunun dışında F6 başlığı altında stres sonrası görülen kalıcı kişilik değişikliği (F62.1) kategorisi bulunmaktadır. DSM-IV (Amerikan Psikiyatri Derneği 1994) ise, TSSB (309.81) ve akut stres bozukluğunu (308.3) anksiyete bozuklukları kategorisi altında, uyum bozukluklarını (309) ise tamamen ayrı bir kategori olarak değerlendirmektedir. Son yıllarda özellikle TSSB bir çok araştırmaya konu olmuştur (Fischer ve Riedesser 1999, Başoğlu ve ark. 2001, Başoğlu ve ark. 2004, Karakaya ve ark. 2004, Maercker 2005, Aker 2006). Bu bozukluk, hemen herkes için travmatik kabul edilen bir yaşam deneyimine, alışılmışın dışında bir yaşamsal tehdide ya da felakete karşı gösterilen bir tepki olarak tanımlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü 1992). Bu bozukluğun ana belirtileri olarak geriye dönüş yaşantıları, aşırı uyarılma ve kaçınma davranışı gösterilmektedir. Son yıllarda tanı ölçütleri kesin olarak tanımlanmış bulunan bu bozukluğun tanısal sınırlarının genişletilmeye çalışıldığı gözlenmektedir. Yaşamsal tehdit içermeyen olaylarla yüzleşme sonucu uyum bozukluğunun yanısıra TSSB'nun da gelişebileceği söylenmektedir (McFarlane 1992, Amiel-Lebrige ve ark. 1995, Spurrell ve McFarlane 1995, Fava ve ark. 2001). Tetikleyici olarak da işyerinde psikolojik taciz, işsizlik, bir aile yakınının kaybı, ağır bir hastalık geçirme ya da sevilen bir kişiden ayrılık gibi etkenlerin rol oynadığı vurgulanmaktadır. TSSB tanısı almış kişilerin %80'inin daha sonra başka bir ruhsal bozukluk daha geliştirdiği görülmektedir (Hofmann 2006). TSSB olgularında %26-52 oranında eştani olarak depresyon saptanmıştır (Kaya 2000).

Çeşitli çalışmalarda yaşamı doğrudan tehdit etmeyen olaylara karşı gösterilen ruhsal tepkilerle ilgili yüksek bir yaygınlıktan söz edilmesine karşın (Spurrell ve McFarlane 1995, Van der Kolk ve ark. 1996, O'Brian LS 1998, Simon G 2000, Fava ve ark. 2001, Amiel-Lebrige ve ark. 1995) uyum bozukluğu tanısının günlük uygulamada hakettiği kadar çok konulmadığı görülmektedir. Bu tanı kategorisinin epidemiyolojik çalışmalarda da gözardı edildiği görülmektedir (Regier DA 1988). Bunun nedenlerinden biri olarak aradan altı ay gibi kısa bir süre geçtiğinde belirtilerin genellikle gerilemeye başlaması, belirtiler karar-

lılık gösterdiğinde ise çoğunlukla major depresyon gibi başka bir bozukluğun tanılanması gerektiği gösterilmektedir. Uyum bozuklukları bu anlamda "artık kategori" olarak görülmektedir (Bronish ve Hecht 1989, Fabrega ve ark. 1997, Snyder ve ark. 1990, Despland ve ark. 1995). Eğer belirtiler başka bir bozukluğun ölçütlerini karşılamak için yeterliyse tetikleyici etkenin var olmasına bakılmaksızın tanı bu yöne kaymaktadır. TSSB'nda ise tanı ancak, psikopatoloji (geriye dönüş yaşantıları, aşırı uyarılma ve kaçınma davranışı) ve tetikleyici etken (yaşamı tehdit edici ve alışılmışın dışında yaşamsal bir olay) bir arada değerlendirilerek konulabilmektedir.

Göçmenlerde uyum, duygudurum, anksiyete bozuklukları, TSSB ve somatoform bozukluklar başta olmak üzere tüm psikiyatrik bozuklukların daha yüksek oranda bulunduğunu ortaya koyan birçok araştırma bulunmaktadır (Ekşi 2002, Aker ve ark. 2002). Bütün bunların yanında gözlenen tablolardan biri de ICD-10 ya da DSM IV'e göre herhangi bir bozukluğun tanı ölçütlerini tam olarak karşılamayan, depresif duygudurumun eşlik ettiği bir belirtiler yumağıdır (Yılmaz ve ark. 2000). Bu bireylerde bedensel belirtilerin ön planda olduğu bir tablo söz konusu olup, buna sosyal geri çekilme ve enerji kaybı eşlik eder (Weiss 2005). Uzun bir süreçte ortaya çıkan bu tablo, birey tarafından bir hastalık olarak değil, göçmenlik yaşantısının doğal bir parçası olarak algılanır. Bireyin iş performansı büyük oranda etkilenmez. İş yerinde yaşanan çok ağır olmayan bir kaza, devlet dairelerinde ve iş yerlerinde maruz kalınan psikolojik taciz (mobbing), bedensel bir hastalığın teşhisi, aile bireylerinden birinin hastalanması, aile içi çatışma ya da çocuklardan birinin okul veya uyuşturucu sorunu tablonun beklenenden çok daha fazla kötüleşmesine, bireyin işgücünün azalmasına, haksızlığa uğradığı duygusunun gelişmesine ve hayata küsmesine neden olabilir. Tetikleyici etkenin travmaya neden olacak şiddette olmaması tedaviyi üstlenen sağlık kuruluşlarında sık sık simulasyon olarak yorumlanır ve bireyin kendini yalnız ve anlaşılmamış hissetmesine, insanlara olan güveninin azalmasına, bir düşmanlık duygusu geliştirmesine neden olur.

Bu yazıda TSSB ve uyum bozuklukları arasında değerlendirilebilecek bir bozukluk olarak, travma sonrası hayata küsme bozukluğu (HKB) adı verilen bir tablo tanımlanacak ve bir olgu örneğinde tartışılacaktır.

### Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu (HKB)

HKB ilk olarak 1999 yılında, Demokratik Almanya Cumhuriyeti'nin dağılmasını izleyen süreçte, bu bölgeden gelen hastaların yoğun olarak başvurdukları bir psiki-

**TABLO 1.** Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu Tanı Kriterleri (Linden ve ark. 2004).

**A. Ana kriterler**

1. Sonrasında ruhsal bozukluğun geliştiği olumsuz yaşam deneyimi vardır.
2. Hasta durumunun kötüleşmesinden bilinçli olarak olayı sorumlu tutar.
3. Hasta yaşadığı olayı “haksızlık” olarak değerlendirir.
4. Yaşanan olay konuşulduğunda “küsünlük ve hiddet” hisseder.
5. Hasta olayı tekrar tekrar anımsar; olayı unutmaması birey için önemlidir.
6. Duygudurumu düzenleyebilme yeteneği bozulmamıştır. Hasta dikkatini başka şeylerle yönelttiğinde normal bir duygudurum gösterir.
7. Yaşanan olumsuz deneyimden önce herhangi bir ruhsal bozukluk söz konusu değildir; şu andaki durum daha önceki bir bozukluğun nüksetmesi olarak yorumlanamaz.

**B. Ek bulgular**

1. Hasta kendini bir kurban gibi algılar ve çaresiz, durumla başedemeyecek gibi hisseder.
2. Hasta olayla başa çıkamadığı için durmadan kendini suçlar.
3. Hasta, hiç bir şeyi umursamadığını, iyileşip iyileşmemenin de kendisini artık ilgilendirmedğini söyler.
4. Özkıyım düşünceleri olabilir.
5. Duygudurumu disforik, agresif ve depresiftir ve majör depresyonu anımsatır.
6. Hasta bir dizi özgül olmayan uyku bozukluğu, iştah kaybı ya da ağrı gibi bedensel bulgu gösterebilir.
7. Hasta olayın geçtiği yer ve olayın kendisiyle ilgili fobik belirtiler gösterir.
8. Enerji kaybı vardır, hasta kendini güçsüz, bitkin hisseder.

yatri kliniğinde yapılan pilot bir çalışmada tanımlanmıştır (Linden ve ark. 2004). Her zaman ortaya çıkabilecek ve yaşamı tehdit etmeyen, her gün de maruz kalınmayan yaşam deneyimlerine karşı gelişen bu ruhsal tepki, HKB olarak adlandırılmıştır. Duvarın yıkılmasından sonra Almanya'nın doğusundan batısına bir göç yaşanmıştır. Bu göçmenler “Batı Almanlar” tarafından iyi karşılanmamışlar, “doğulu göçmen” muamelesi görmüşlerdir. Duvarın yıkılmasından hemen sonra bu göçmenlerde ruhsal bozukluklar bakımından belirgin bir artma görülmemiştir (Acherberger ve ark. 1999). Ancak ilerleyen yıllarda artan oranlarda, önemli mesleki ya da bireysel değişimleri izleyen durumlarda ortaya çıkan kimi ruhsal bozukluklar gözlenmeye başlamıştır. Bu göçmenlerin hemen hemen %30'u kendisini “kaybeden” (loser) olarak görmektedir (Schwarzer ve Jerusalem 1994). Ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında tetikleyici etken yukarıda da belirtildiği gibi çoğunlukla, işten çıkarılma gibi kesin olumsuz sonuçlara yol açabilecek, hayal kırıklığı yaratma olasılığı yüksek olan, bireyin temel yaşamsal ve bilişsel değer yargılarını örseleyebilecek, alışılmışın dışında, ama hayatı tehdit etmeyen önemli bir yaşantıdır. Bunun sonucunda bireyler hayata küsme olarak tanımlanabilecek bir tablo geliştirmektedir. Hastalar, TSSB'na benzer biçimde olayı sık sık anımsama ve tetikleyici etkene karşı kaçınma davranışı gibi belirtiler geliştirmektedir. Olayın anımsanması durumunda duygusal dalgalanmalar görülmekte, kişi depresif duygudurum, enerji kaybı, hiddet ve şiddete eğilim gösterme gibi belirtiler geliştirebilmek-

tedir. Diğer zamanlarda duygudurumda bir bozulma görülmemekte, birey normal yaşantısına büyük oranda devam edebilmektedir (Linden 2003) (Tablo 1).

Bu hastalık tablosuyla ilgili yapılan pilot çalışmada şu sonuçlara varılmıştır (Linden ve ark. 2004): Hastaların çoğu her türlü yardımı geri çevirirler. Çoğunlukla aile hekimlerinden hasta raporu alırlar, ama herhangi bir tedaviyi de kabul etmezler. Psikiyatri kliniklerine çoğunlukla yakınmaları başladıktan çok sonra, sigorta şirketlerinin zorlaması sonucu başvururlar. Linden ve ark bu çalışmada HKB tanısı alan 20 kadın 2 erkek hastadan oluşan bir hasta grubunu incelemiştir. Grup, farklı kliniklerden farklı tanımlarla gönderilmiş hastalardan oluşmaktadır. Hastaların hepsi, öznel olarak acı verici ve yaralayıcı özelliği olan en az bir önemli yaşantıdan söz etmektedirler. Hastaların hepsi hastalıklarının nedeni olarak bu olayları göstermektedir. Bu olaylar sıklık sırasına göre işten çıkarılma, iş yerinde sorun yaşama, bir yakının ölümü/kayıbı ve aile içi çatışmadır. Hastaların büyük çoğunluğu, haksızlığa uğradıkları ve bu durumun geriye dönüşümü olmadığı duygusu içindedirler. Yaşantıladıkları, öncelikle hayata küskünlük, hiddet ve çaresizlik duygularıdır. Yine hastaların büyük bir bölümü, yaşadıkları olayın geçtiği mekana gitmekten kaçındıklarını belirtmektedirler. Hastaların bir kısmında eştanı olarak majör depresyon, distimi, yaygın anksiyete bozukluğu, agorafobi ve panik bozukluğu tespit edilmiştir.

HKB göçmenlerde ayrılık, iş yerinde baskı ya da işten

çıkarılma gibi değişik yaşam olayları sonucunda görülmektedir. Bu tür olaylar yaşamın her anında görülebilirken, önemli dönüşüm zamanlarında ortaya çıktıklarında bireyin yaşama dair temel değer yargılarını sarsabilmektedir. Aşağıda bu durum bir olgu örneğinde tartışılacaktır.

### Olgu

İsviçre Basel’de yaşayan, 46 yaşındaki hasta erkek, evli, iki çocuk babası, işsiz. Bundan iki yıl önceki bir işyeri kazasına kadar psikiyatrik yardıma gereksinimi olmamış. 10 yıldır çalıştığı plastik bidon fabrikasında, 3 m yükseklikten düşüp acilen hastaneye gitmiş ve omzunda çatlak tespit edilip 2 ay çalışamaz raporu almış. Kaza sırasında ustabaşı kaza yerinde bulunmadığı için izin almadan gitmek zorunda kalmış ve görgü tanıklarına karşın kazanın iş yeriyle ilgili olmadığı, yalan söylediği iddia edilerek işine son verilmiş. Bu yaklaşım, hastada başlangıçta büyük üzüntü ve kırılganlık yaratmış. Yaşadıklarına inanmadığını, büyük bir hayal kırıklığı yaşadığını, o güne kadar işini bir gün bile aksatmadığını, sanki kendi işi gibi sahiplendiğini, işyerindeki çalışma arkadaşlarıyla da hep düzeyli ve iyi bir ilişkisi olduğunu belirtiyordu. Yıllardır tanıdığı insanların, özellikle kazaya tanıklık edenlerin suskun kalmasının insanlara olan güvenini çok sarstığını, kendini büyük bir haksızlığa uğramış gibi hissettiğini, iş yerindeki insanlardan nefret ettiğini, kendini toplumdan soyutladığını, kimseyi görmeye tahammülü olmadığını söylüyordu. Utanarak, sık sık intikam hayalleri kurduğunu, ustabaşının, kazaya tanıklık eden iş arkadaşlarının başına da benzer şeylerin gelmesini hayal ettiğini, hayalinde onları defalarca “patakladığını” anlatıyordu. Ailesiyle, en yakın akrabalarıyla birlikte olmaktan hala keyif aldığını, neşelenebildiğini de söylüyordu. Yatağa girdiğinde, yaşadığı olay aklına takılırsa uyuyamıyor ve daha da sinirli oluyormuş. Aynı şeyleri tekrar tekrar anlatmak zorunda kalmak istemediğini, her seferinde duyduğu öfkeden dolayı kontrolünü kaybedecek gibi olduğunu belirtiyordu. İşini kaybettikten sonra ev doktorunun (Türkiye’de Aile Hekimliği işlevine sahip bir kurum) kendisini psikiyatri polikliniğine gönderdiğini, ama kendisinin ruhsal bozukluğu olduğunu kabullenemediğini, tedaviyi uzun süre reddettiğini belirtiyordu. Bir süredir tedaviye gelmesinin de sigorta şirketinin baskısı nedeniyle olduğunu ifade ediyordu. Başına gelenleri çok sık anımsadığını, kendisini engelleyemediğini, her defasında intikam ve hınçla dolduğunu, zaman zaman ustabaşını öldürmeyi bile hayal ettiğini söylüyordu. Sokakta işyerinde birlikte çalıştığı birine rastlarsa yolunu değiştiriyor, işyerinin bulunduğu semte gitmekten mümkün olduğunca kaçınıyor. Esrar kötüye kullanımı olan küçük oğlunun

(16) ve genç erişkinlik yaşlarının başındaki büyük oğlunun (22) kendisine bir şey danışmadığını, bu yüzden kendisine baba olarak değer verilmediği duygusuna kapıldığını, kendisini işe yaramaz hissetmeye başladığını ifade ediyordu. Aile bağlarındaki bu zayıflamanın işini kaybettikten sonra arttığını, artık hayata tamamen küstüğünü vurguluyordu. Bütün herşeyi gurbette olmaya bağlıyor, eğer yıllar önce memleketini terketmemiş olsa bunların başlarına gelmeyeceğini, işyerinde bu kadar haksızlığa, ayrımcılığa maruz kalmayacağını, çocuklarının kendi kültürüyle yetişeceğini, aile bireyleri arasında bu denli kopukluk olmayacağını belirtiyordu.

Özgeçmişi: Hasta 1959 yılında Maraş’ın bir köyünde yedi kardeşin üçüncüsü olarak dünyaya gelmiş. Doğumu bildiği kadarıyla normal yollardan ebe yardımıyla evde gerçekleşmiş. Hiç okula gitmemiş ve on yaşından bu yana diğer kardeşleri gibi tarlada çalışmaya başlamış. Kendisinden büyük bir ağabeyi olmasına rağmen, kardeşlerinin sorumluluğu hep onun üzerindeymiş. Her zaman yardıma hazır, güvenilir, haktanır, yalandan nefret eden bir insan olduğunu ifade ediyor. Askerliğini yaptıktan sonra, 1985 yılında kuzenlerinin yaşadığı Basel’e işçi olarak gelmiş. Kısa süre içinde çalışmaya başlamış ve 2 yıl önce işten çıkarılana kadar aralıksız çalışmış. 22 ve 16 yaşlarında iki oğlu var.

Soygeçmişi: Ailede herhangi bir fiziksel ya da ruhsal bozukluk bulunmuyor.

Ruhsal Durum Muayenesi: Hasta 175 cm boyunda, yaklaşık 75 kg ağırlığında, esmer tenli, erkek tipi saç dökülmesi olan bir erkekti. Giyimi özenli ve temizdi. Kendine bakımı normaldi. Alçak sesle ve duraksayarak konuşuyordu ve utangaç tavırlıydı ama göz teması kuruyordu. Yöneliminin tam, psikomotor etkinliğinin doğal olduğu saptandı. Hayata küstüğünü, kendisini ayakta tutanın çocuklarına ve eşine olan sorumluluk duygusu olduğunu ifade ediyordu. Başına gelen olay aklına takılırsa uykuya dalmada sorun yaşıyor, dikkatini yoğunlaştırmakta zorluk çektiğini belirtiyordu. Uğradığı haksızlığı anımsadıkça hiddet ve çaresizlik duyguları yaşadığını ifade ediyordu. Yaşadığı haksızlığı tekrar tekrar anımsadığını ve her defasında hınç duygularıyla dolduğunu söylüyordu. İş yerinin olduğu semte gitmekten ve eski iş arkadaşlarıyla görüşmekten kaçınıyordu. Duygudurumu hafif çökkün ve disforikti, ama duygudurumunu düzenleyebilme yeteneği korunmuştu. Bir sorun ortaya çıkmadığı sürece neşelenebildiğini, ailesiyle birlikte olmaktan keyif aldığını belirtiyordu. Düşünce içeriğinde ve algılamada bir bozukluk yoktu. İştahı normaldi. Özkıym düşünce yoktu. Alkol ve madde kullanımı anamnezi yoktu.



Ayırıcı Tanı: Hastada ilk bakışta depresif duygudurum ve enerji azalması nedeniyle majör depresyon tanısı akla gelmekteydi. Ama orta ve ağır dereceli depresyondan farklı olarak duygudurumunu düzenleyebilme yeteneğinde bozulma yoktu; ilgisini başka bir şeye yöneltebildiğinde ya da intikam fantezileri kurduğunda duygudurumunda bir düzelme görülmekteydi. Alışverişe gitmek, dolaşmak, ailesiyle tatile gitmek, gazete okumak, televizyon izlemek gibi günlük yaşama ait aktiviteleri yerine getirebiliyordu. TSSB’nda olduğu gibi HKB’de eştanı olarak majör depresyon sıklıkla görülmekte olup, hastada varolan psikopatolojik belirtiler (depresif duygudurum, enerji kaybı, yaşadıkları aklına takıldıkça uykuya dalmada güçlük ve dikkatini yoğunlaştırmada zorluk, moral bozukluğu) ancak hafif ya da orta dereceli bir depresyonun tanı ölçütlerini doldurmaya yeterliydi. İşten çıkarılma gibi öreleyici bir yaşam olayının varlığı nedeniyle deprese duygudurum ile giden uyum bozukluğu da akla gelmekteydi. Ancak hastanın HKB’ye özgü yakınmaları (yaşadıklarını bir haksızlık olarak değerlendirme, yaşadıkları aklına geldikçe hiddet ve çaresizlik duyguları yaşama, işyerinin bulunduğu semte gitmekten kaçınma vb), uyum bozukluklarında olduğu gibi zamanla bir düzelme eğiliminde olmayıp, tersine iki sene içinde kötüleşmişti. Varolan “depresif sendrom” nedeniyle serotonin geri alım inhibitörleri grubundan bir antidepresanla psikofarmakolojik tedaviye başlanmış, yaklaşık üç ay içinde depresif belirtilerde belirgin düzelme görülmüştü. Hastada gözlenen geriye dönüş yaşantıları, yaşanan olayı tekrar tekrar anımsama gibi belirtiler ise TSSB’nu düşündürmekteydi. Ayrıca hastada TSSB’de olduğu gibi bir kaçınma davranışı gelişmişti. TSSB ile ayırıcı tanıda önemli olan, yaşanan olayın yaşamı tehdit eden ve korku yaratan bir olay olmaması, bunun aksine hastada hayata küsme ve hiddet duyguları uyandırmasıdır. Hastalığın iki yıldan uzun sürmüş olması ve gittikçe kötüleşmesi aşırı olaylardan sonra gelişen kişilik değişimi tanısını da düşündürmektedir; ama buradaki sorun da etyolojik olarak bu bozukluğa karakteristik olan, olmazsa olmaz ön koşul işkence, felaket ya da yaşamı uzun süre tehdit eden bir yaşantı bulunmamasıydı. Bunun yanında bütün dünyaya karşı bir düşmanlık ya da güvensizlik duygusu beslemek, sürekli bir boşluk ve umutsuzluk duygusuna sahip olmak, süregenleşmiş bir sinirlilik duygusu gibi belirtiler de bulunmamaktaydı.

## TARTIŞMA

“Hayata küsme” terimi Almanca aslı olan “Verbitterung” ve onun İngilizce karşılığı “embitterment” sözcüklerinin karşılığı olarak önerilmiştir.

Verbitterung sözcüğünün sözlük karşılığı, “hayata küskünlük, mutsuzluk, insanlara düşmanlık kazanma”dır. Embitterment sözcüğünün sözlük karşılığı ise “üzülme, hayattan bezme”dir. Bu tabloyu gösteren hastaların yaşadıkları en iyi “hayata küsme” teriminin karşılığı düşünülmüştür.

Hayata küsme olarak adlandırabilecek olan durumun, birlikte görülebilir olsa da, depresif duygudurum, umutsuzluk ya da hiddetle karşılaştırıldığında farklı kategoride değerlendirilmesi gereken bir duygu olduğu öne sürülmektedir (Alexander 1966, Baures 1996). Hayata küsme, toplumsal olarak haksızlığa uğrama durumlarında ortaya çıkan bir duygu (Pirhacova 1997) ya da uzun süren işsizliğe gösterilen duygudurumsal bir tepki olarak (Zemperl ve Frese 1997) tanımlanmaktadır. Hayata küsmenin hastalık değeri, örneğin depresyonda ya da anksiyete bozukluklarında gözlenen belirtilerde olduğu gibi bireyin hayatını ne ölçüde kısıtladığı ile ölçülmektedir. Bireyin gündelik ödevlerini yerine getirmesini engelliyorsa ve başka belirtilerle birlikte görülüyorsa bir hastalık değeri var demektir.

HKB’de seyir çoğunlukla kötüdür. Uyum bozukluklarının aksine 6 ay içinde bir düzelme görülmez, daha çok süregenleşme ve kötüleşmeye meyillidir. Hastalık tanısı yaşanan olay üzerinden değil, psikopatolojinin türü, ağırlığı ve gidiş göz önünde bulundurularak konur (Linden ve ark. 2004). Tetikleyici etkenin tanı koydurucu önemi vardır. Bozukluğun gelişimi tetikleyici etken göz önüne alınmadan anlaşılamaz ve tedavi planlanamaz. Tetikleyici etken, yaşamı tehdit edici bir olay olmamasına karşın her zaman yaşanan sıradan bir olay da değildir. Bu nedenle, yaşanan bu olayın gerçek bir “travma” olup olmadığı da sorulması gereken bir sorudur. Hasta açısından bakıldığında bunun böyle olduğuna dair herhangi bir şüphe yoktur. Hasta olayı günü ve saati ile anımsar, kendini hayal kırıklığına uğramış, yaralanmış yani travmatize olmuş olarak algılar. Tetikleyici etken ve bireyin algısı arasında, depresyonda olduğu gibi özgül olmayan bir bağ değil, TSSB’da olduğu gibi doğrudan bağ vardır. Psikopatolojik olarak da olayın elde olmadan sık sık anımsanması ve kaçınma davranışı gibi, TSSB’na benzer belirtiler görülür. Fakat TSSB’nda ölüm korkusu ve dehşet duygusu etyolojik olarak özgülken, HKB’nda yaşanan olay hastada daha çok, hiddet ve küskünlük yaratır. HKB kısmen uyum bozuklukları ile örtüşüyor olsa da, zaman kriteri göz önüne alındığında uyum bozukluklarından daha çok TSSB kriterlerine uymaktadır. Tüm bu nedenlerden dolayı HKB, TSSB ve uyum bozuklukları arasında bir tablo olarak değerlendirilebilir.

Berlin Duvarı'nın yıkılmasından sonra batıya göç eden "Doğu Alman"larda tanımlanan bu tablo Anadolu'dan Avrupa'ya göç eden Türkler'de de gözlenmektedir. Linden ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada duvarın yıkılmasından sonra Batı'ya göç etmiş ve HKB tanısı almış Doğu Alman'larda göçmenliğin ilk yıllarında ruhsal bozukluk görülme sıklığında bir artma tespit edilmemiştir. Aynı bulgu Avrupa'ya göç etmiş Türk göçmenler için de geçerlidir (Weiss 2005). Sluzki (2001) göç sürecinin beş aşamadan oluştuğunu belirtmektedir. Hazırlık, göç, aşırı uyum, uyum bozukluğu ve bir sonraki kuşağı da içeren normal uyum fazı. "Geriye dönüş illüzyonu"nun bozulduğu, yani geriye dönmenin bir çok nedenle artık olanaksız olduğunun farkedildiği uyum bozukluğu döneminde maruz kalınan işten çıkarılma, işyerinde psikolojik taciz (mobbing), bir yakının kaybı gibi olumsuz yaşam deneyimleri ruhsal bozuklukların çok daha kolay ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Koch 1995). Yıllarca baskı ve kötü muameleyle maruz kalan, kötü iş koşullarında ve görece düşük ücretlerle çalışan, geriye dönüş hayalleri bir türlü gerçekleşmeyen, Avrupa'da "yabancı", Türkiye'de "alman" muamelesi gören ve kendilerini, batı kültürünün de etkisiyle bireyci bir yaşam tarzı benimseyen çocukları tarafından dahi anlaşılmamış hissedilen özellikle birinci kuşak göçmenlerde kendine güvensizlik, çaresizlik ve anksiyetenin eşlik ettiği bir regresyon gözlenir (Grinberg ve Grinberg 1999). Bu nedenle bireylerin dört elle sarıldıkları, yaşamlarını üzerine kurdukları değer yargıları, onları her türlü yaralanmaya daha açık hale getirir. Bilişsel açıdan bakıldığında, işten çıkarılma, işyerinde haksızlığa uğrama, boşanma, bir yakının kaybı gibi sıra dışı olaylar, bireyin temel şemalarının zedelenmesine yol açabilir. Sık sık olumsuz yaşam olaylarına maruz kalma durumu, "yaşamın planlanması, ya da anlamlandırılması ile ilgili beceri

eksikliği"ne yol açabilmektedir (Schippan ve ark. 2004). HKB hastalarında bu tür "karmaşık, çözümü kolay olmayan sorunlarla başa çıkma yetisi"nin yokluğu göze çarpmaktadır. Yıllar boyu geri dönüş illüzyonu içinde yalnızca işe odaklı bir yaşam süren ve bunun neticesinde de bireysel, toplumsal ve ailesel bir çok kaynağını yitiren göçmen birey çok ağır olmayan olumsuz bir yaşam deneyimiyle karşılaştığında bununla başa çıkamamakta ve duygudurum ve/ya da anksiyete bozukluklarının yanında TSSB ve uyum bozukluğuna benzer bir tablo olan HKB da geliştirebilmektedir.

Özellikle 1960-1980 arasında Avrupa'ya yoğun bir göçün yaşandığı ülkemizde, ideolojik ve ekonomik nedenlerle gerçekleşen iç göç olgusu da toplumsal ruh sağlığı açısından önemli sorunlardan biridir. Zorunlu göç yaşayanlarda TSSB, duygudurum ve anksiyete bozukluğuyla somatoform bozukluklar ortaya çıkabilmektedir (Sır ve ark. 1998, Ekşi 2002, Aker 2002). Yukarıda tanımlanan HKB tanısının iç göç nedeniyle ortaya çıkan ruhsal sorunların anlaşılmasında ve tedavisinde de yararlı olabileceği düşünülmektedir. Ökseleyici yaşam olaylarına bağlı olarak göçmenlerde ortaya çıkan ruhsal belirtiler kümesinin gösterdiği çeşitlilik DSM-IV ve ICD-10 tanı sistemlerinin sınırlarını zorlamaktadır. Bu nedenle neredeyse üç kişiden birinin göçmen olduğu bir dünyada DSM-IV ve ICD-10 gibi tanı sistemlerinin bu durumu daha fazla göz önünde bulundurması açısından bu yöndeki olgu sunumlarının ya da topluma dayalı araştırmaların artması ve tartışmaların zenginleşmesi gereklidir. Bütün bunların yanında, yukarıda tanımlanan tablonun göç olgusundan bağımsız olarak da ortaya çıkıp çıkmadığı, ayrı bir tanı kategorisi olarak mı değerlendirilmesi gerektiği, yoksa TSSB ya da uyum bozukluklarının tanı ölçütlerinin genişletilmesi mi gerektiği soruları yeni çalışmalarla açıklanmayı beklemektedir.

#### KAYNAKLAR

- Acherberger M, Linden M, Benkert O ve ark. (1999) Psychological distress and psychiatric disorders in primary health care patients in East and West Germany 1 year after the fall of the Berlin wall. *Soc Psychiat and Psychiat Epidemiol*, 34: 195-201.
- Aker T, Ayata B, Özeren M ve ark. (2002) Zorunlu iç göç: Ruhsal ve toplumsal sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(2):97-103.
- Aker T (2006) 1999 Marmara Depremleri: Epidemiyolojik Bulgular ve Toplum Ruh Sağlığı Uygulamaları Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(3):204-212.
- Alexander J (1966) The psychology of bitterness. *Int J Psychoanal*, 41: 514-520.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev. ed.: E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

- Amiel-Lebrige F, Kovess V, Labarte S, Chevalier A (1995) Symptom distress and frequency of life events. *Soc Psychiat and Psychiat Epidemiol*, 33: 263-268.

- Başoğlu M, Şalcıoğlu E, Livanou M ve ark. (2001) A study of the validity of a screening instrument for traumatic stress in earthquake survivors in Turkey. *J Trauma Stress*, 14:491-509.

- Başoğlu M, Kılıç C, Şalcıoğlu E ve ark. (2004) Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder and Comorbid Depression in Earthquake Survivors in Turkey: An Epidemiological Study. *J Trauma Stress*, 17:133-141.

- Baures MM (1996) Letting go bitterness and hate. *J Humanistic Psychol*, 36: 75-90.

- Dünya Sağlık Örgütü (1992) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. (Çev. ed.: MO Öztürk, B. Uluğ, Çev.: F. Çuhadaroğlu, İ. Kaplan, G. Özgen, MO Öztürk, M. Rezaki, B. Uluğ). Türkiye Sınır ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.

- Bronisch T, Hecht H (1989) Validity of adjustment disorder, comparison with major depression. *J Affect Dis*, 17:229-236.
- Despland JN, Monod L, Ferrero F ve ark. (1995) Clinical relevance of adjusment disorder in DSM-III and DSM-IV. *Compr Psychiat*, 36:454-460.
- Eksi A (2002) Sığınmacı ve Göçmenlerde Psikopatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(3):215-221.
- Fabrega H, Mezzich JE, Mezzich AC ve ark. (1997) Adjusment disorder as a marginal or transitional illness category in DSM-III. *Arc Gen Psychiat*, 44:567-572.
- Fava GA, Mangelli L, Ruin C ve ark. (2001) Assessment of psychological distress in the setting of medical disease. *Psychother Psychosom*, 70: 171-175.
- Fischer G, Riedesser P (1999) *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München. Reinhardt.
- Grinberg L, Grinberg R (1999) Psychoanalytic perspectives on migration. *Psycoanalyses and culture. A Kleinian perspective*. Bell D (Ed). Tavistock Clinic Series, s. 154-170.
- Hofmann A (2006) Psychotraumatologie—der Stand des Wissens und die Versorgungslage. *Psychotherapie im Dialog*, 4:351-357.
- Karakaya I, Belma A, Coşkun A, Şişmanlar ŞG (2004) Marmara Depreminden Üç Buçuk Yıl Sonra Ergenlerde TSSB, Depresyon ve Anksiyete Belirtileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4):257-263.
- Kaya B (2000) Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Komorbidite. *Psikiyatri Dünyası*, 4:37-43.
- Koch E (1995) Hintergründe “gescheiterter” Migration. *Psychologie und Pathologie der Migration*. E Koch, M Özek, WM Pfeiffer (Ed.) Freiburg im Breisgau. Lambertus, s.101-110.
- Linden M (2003) Posttraumatic Embitterment Disorder. *Psychother Psychosom*, 72: 195-202.
- Linden M, Schippan B, Baumann K, Spielberg R (2004) Posttraumatische Verbitterungsstörung (PTED). *Nervenarzt*, 75: 51-57.
- Maercker A (Ed) (2005) Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen, ikinci baskı. Berlin. Springer, s. 3-51.
- O'Brian LS (Ed) (1998) *Traumatic events and mental health*. Cambridge Univ Press, Cambridge.
- Pirhacova I (1997) Perceived social injustice and negative affective states. *Studia Psycholog*, 39: 133-136.
- Regier DA, Boyd JA, Burke JD ve ark. (1988) One-month prevalence of mental disorders in the United States. *Arch Gen Psychiat*, 45:977-986.
- Schippan B, Baumann K, Linden M ve ark. (2004) Weisheitstherapie –kognitive Therapie der posttraumatischen Verbitterungsstörung. *Verhaltenstherapie*, 14: 284-293.
- Schwarzer R, Jerusalem M (Ed) (1994) *Gesellschaftlicher Umbruch als kritisches Lebensereignis. Psychosoziale Krisenbewältigung von Übersiedlern und Ostdeutschen*. Weinheim. Juventa Verlag.
- Simon GE (2000) Long-term prognosis of depression in primary care. *Bull World Health Organ*, 78:439-445.
- Sır A, Bayram Y, Özkan M ve ark. (1998) Zorunlu iç göç yaşamış bir grupta Travma Sonrası Stres Bozukluğu üzerine ön çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9:173-180.
- Sluzki CE (2001) Psychologische Phasen der Migration und Ihre Auswirkungen. T. Hegemann, R. Salman (Ed.) *Transkulturelle Psychiatrie* Berlin. Psychiatrie Verlag.
- Snyder S, Strain JJ, Wolf D ve ark. (1990) Differentiating major depression from adjusment disorder with depressed mood in the medical setting. *Gen Hosp Psychiat*, 12:159-165.
- Spurell MT, Mc Farlanen AC (1995) Life-events and psychiatric symptoms in a general psychiatry clinic. Ther role of intrusion and avoidance. *Br J Med Psychol*, 68: 333-340.
- Van der Kolk BA, Mc Farlane AC, Weisaeth L (Ed) (1996) *Traumatic Stress*. New York, Guilford.
- Weiss R (2005) *Macht Migration krank?* Seismo Verlag.
- Yılmaz AT, Hasanoglu A, Weiss M ve ark. (2000) Depression und Kultur. E Koch, R Schepker, S Taneli (Ed) *Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft*. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau, s. 148-157.
- Zemperl J, Frese M (1997) Arbeitslose: Selbstverwaltung überwindet die Lethargie. *Psychol Heute*, 24: 36-41.