

Savaş Stres Reaksiyonlarının Tarihsel Gelişim Süreci

[Historical Development of War Stress Reaction Syndromes]

ÖZET

Bu güne kadar savaşların psikolojik ve psikiyatrik etkileri dikkat çekici olmuştur. Savaş stresi ile ilişkili psikiyatrik tablolar tarihsel gelişim süreci içinde öne çıkan belirtilerin farklılığı nedeniyle nostalji, savaş şoku (shell shock), asker kalbi, Da Costa Sendromu, agent orange etkisi, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), gibi farklı isimlerle anılmışlardır. Buna karşın belirti ve bulgular bağlamında (çarpıntı, mide şikâyetleri, romatizmal ağrılar, nörolojik ve psikiyatrik belirtiler vs.) benzerlikler göstermektedirler. Tarihsel süreçte yöntemlerin değişmesi savaş stres reaksiyonlarının göze çarpan klinik özelliklerini etkilemiştir. Körfez savaşlarında ortaya çıkan belirtiler önceki savaş stres reaksiyonları ile benzeşmeyen ve açıklanamayan özellikler göstermiştir. Bu nedenle sınıflandırma sistemleri içinde nereye dâhil edileceği açıklık kazanmamıştır. Savaş stres reaksiyonlarında tatmin edici bir organik patolojinin bulunamaması değişmeyen özellik olarak kalmıştır. Savaşlarda ortaya çıkan mortalite ve morbiditenin artmasında önemli bir etken olmakla birlikte etkilenen hastaların savaş sonrasında da iyileşmeye direnç göstermeleri gerek hükümetleri, gerek askeri otoriteleri gerekse tıp doktorlarını düşündürdüren önemli bir sorun olmaya devam etmektedir.

SUMMARY

The battles that have come to this day had spectacular psychologic and psychiatric effects. Battle stress reactions in historical development phase has been mentioned with such different names as nostalgia, shell shock, soldier's heart, Da Costra Syndrome, old sergeant syndrome, agent orange effect and post traumatic stress disorder (PTSD) due to the symptoms coming into prominence. On the other hand they do tend to show similarities (palpitation, stomach complaints, rhomatizmal aches, neurological and psychiatric symptoms, etc.) in the context of symptoms and findings. During the historical phase, the transition of methods have also influenced the prominent clinical characteristics of the war stress syndromes. The symptoms that arose during the gulf War have exhibited neither similarities nor explainable characteristics with previous war stress reactions of the past. Therefore, in the context of diagnostics systems, there is no clarity about where it should be incorporated. The inability to find any satisfactory organic pathology in war stress reactions have been the unchanging characteristic of the illness. In collaboration with the increasing mortality and morbidity that arise in wars it is not only an important factor but the resistance of patients, who had been effected, to amelioration is continuing to be an important concern which preoccupies governments, military authorities and doctors.

**Barbaros Özdemir,
Cemil Çelik,
Kamil Nahit Özmenler,
Aytekin Özşahin**

Gülhane Askeri Tıp Fakültesi,
Psikiyatri AD. Askeri Psikoloji ve
Harp Psikiyatrisi Bilim Dalı Ankara.

Anahtar Kelimeler: Savaş Stres
Reaksiyonları, Travma Sonrası
Stres Bozukluğu, Askeri Psikiyatri.

Key Words: Combat Stress
Reactions, Posttraumatic Stress
Disorder, Military Psychiatry.

**Sorumlu yazar/
Corresponding author:**
Barbaros Özdemir
GATA Psikiyatri AD. 06018 Etlik,
Ankara, Türkiye.
ozdemirbarbaros@yahoo.com

GİRİŞ

Son bir kaç yüzyıl içinde meydana gelen büyük savaşlar etkilenen bireyler üzerinde psikolojik ve psikiyatrik açıdan önemli etkiler yapmıştır. Savaşlar sırasında tıbbi olarak açıklanamayan bir takım belirti ve bulguların ortaya çıktığı dikkat çekmiştir. Belirli bir tanı grubu olarak sınıflandırılmakta güçlük çekilen bu bozukluklara savaş sendromları ya da savaş stres reaksiyonları denilmiştir. Belirtilerin savaş sonrasında ısrarlı olması ve tedaviye direnç göstermesi nedeniyle savaş sonrası bozukluklar başlığı altında değerlendirilmiştir. Savaş stres reaksiyonları günümüze gelene kadar pek çok farklı isimle anılmıştır. İsimlendirmeler önceleri belirti kümeleri ya da etyolojik açıklamalarla ilişkili olmuş; nostalji, Da Costa Sendromu, asker kalbi, iritabl kalp, savaş şoku (shell shock), agent orange etkisi, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve körfez savaş

sendromu olarak tanımlanmışlardır. (Tablo 1). İsimlerinin yanında müdahale ve tedavi yöntemlerinde de önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Önceleri eve gönderme, coğrafi özelliklere yönelik uygulamalar yapma, alkol kullanımına izin verme, katı disiplinin yumuşatılması, asker elbiselerinde değişikliğe gidilmesi gibi uygulamalar yapılırken daha sonra ilaç tedavileri ve psikoterapiler kullanılmaya başlanmıştır. Psikiyatrik zayıf oranlarının I. Dünya Savaşında % 10 (750.000 kişi); II. Dünya Savaşında %5 (530.00 kişi) olduğunun anlaşılması, konu üzerindeki dikkatleri arttırmıştır. Bu oran 1973 Arap-İsrail savaşının ilk günlerinde %60'lara çıkmışsa da, genelde %6-36 arasında olmuştur (1, 2, 3, 4). Savaşma gücünün ise %10-50 oranında azalabileceği görülmüştür (5). Tarihsel süreçteki veriler bu sendromların yol açtığı mortalite ve morbiditenin büyüklüğünü gözler önüne sermiş ve

önemli bir sorun alanı haline geldiğine dikkatleri çekmiştir.

Tarihsel Süreçte Savaş Sendromları

Onyedinci yüzyıl İsviçre ve İspanyol kaynaklarında yabancı topraklara gönderilen ve dönme olasılığı az olan bazı askerlerin derin bir ümitsizlik sergiledikleri yazılmış bu duruma nostalji adı verilmiştir (6). Neden olarak istek ve arzuların depolandığı bazı zihin bölgelerindeki bozulmalar gösterilmiştir. Tedavi yaklaşımlarında ise savaş ortamından ayrılma umudunun beslenmesi ve hastaları eğlendirecek kişilerin bulunması amaçlanmıştır. Bu yaklaşımla birçok olguda iyileşme sağlanmış; iyileşenlerden bir kısmının evlerine gönderilmesiyle diğer hastalar üzerinde iyileşme umudu artırılmaya çalışılmıştır (7). Scheuchzer, dağlık yerlerde yaşayan İsviçre askerlerinde nostaljiye yol açan etkenin besin maddelerinin solunan hava ile birlikte kana karışması olduğunu söylemiştir. Kişilerin düşük rakımlı bölgelere indiklerinde bazı cilt bölgelerinin etkilendiğini, kan dolaşımının yavaşlamasıyla kanın

beyne ve kalbe hücum ettiğini belirtmiştir. Tedavi yaklaşımı olarak etkilenen askerleri tekrar dağa çıkarmayı veya şarap ile vücudun gerginliğini azaltmayı önermiştir (8).

Onsekizinci yüzyılda nostalji olgularının İngiliz ve Fransız askerlerinde de gözlemlendiği bilinmektedir. 1800 yılından itibaren görevdeki birlikler için bir tehlike olarak görülmeye başlanmış ve bir melankoli biçimi olarak sınıflandırılmıştır (7). Ondokuzuncu yüzyılda İngiltere’de nostalji yerine melankoli tanısı tercih edilmiştir. 1880’lerin sonunda yapılan ve 6200 askeri kapsayan araştırmada hiç nostalji olgusuna rastlanmamıştır (9).

Amerika İç Savaşının erken dönemlerinde nostalji tanısıyla hastaneye yatırılan 5200 hastanın 58’i ölmüş; ölüm nedenleri açıklığa kavuşturulamamıştır. Bu durum depresyon benzeri bir takım belirti ve bulgularla seyreden bedensel yakınmaların görüldüğü karakter yapısının bir yansıması olarak düşünülmüştür. Savaşın son iki yılında olgu bildirimlerinin sınırlı kalması nedeniyle tanının doğruluğu konusunda şüpheye düşülmüştür.

Tablo 1. Savaş stres reaksiyonlarının belirtileri

Belirti	Savaş ve Psikiyatrik Bozukluklar					
	Amerika İç Savaşı	1.Dünya Savaşı	2. Dünya Savaşı	Vietnam Savaşı	Vietnam ve Sonraki Savaşlar	Körfez Savaşı
	Da Costa Sendromu	Efor Sendromu ve Savaş Şoku	Savaş Stres Reaksiyonu	Agent Orange Etkisi	Travma Sonrası Stres Bozukluğu	Açıklanmamış Bozukluklar
Bitkinlik	+	+	+	+	+	+
Nefes darlığı	+	+	+		+	+
Çarpıntı	+	+	+		+	
Baş ağrısı	+	+			+	+
Göğüs ağrısı	+	+	+	+	+	+
Kas ve eklem ağrısı				+	+	+
İshal	+		+	+	+	+
Aşırı terleme	+	+	+			
Baş dönmesi	+	+	+	+	+	
Bayılma	+	+				
Uyku bozukluğu	+	+	+	+	+	+
Unutkanlık		+	+	+	+	+
Konsantrasyon güçlüğü		+	+	+	+	+

145.000 kişi kabızlık, 66.000 kişi başağrısı ve 55.000 kişi de nevroz gibi şikâyetlerle hastaneye yatırılmış ancak organik bozukluk bulunmadığından hastalık tanıları yerine yakınmalar üzerinde durulmuştur (10). Calhoun, nostaljideki temel nedenin savaşla ilgili gerçekçi olmayan beklentiler ve düşük motivasyonlu askerlerin orduya alınması olduğunu öne sürmüştür. Tedavi yaklaşımı olarak ordudaki katı izin sisteminin yumuşatılmasını ve kısıtlamaların azaltılmasını önermiştir (7).

Savaş Şoku ve Bedensel Belirtiler

Savaşlarda ortaya çıkan ve kalple ilgili yakınmalar olarak yansıyan bulgular ilk olarak İngiliz hekimlerin dikkatini çekmiş ve “çarpıntı” olarak adlandırılmıştır. 1864’de “dolaşım bozukluğu hastalıkları” nedeni ile İngiliz Ordusu’ndan ayrılan birçok asker ciddi endişeye yol açmıştır. İngiltere’de görev yapan ve kalple ilgili yakınmalar nedeniyle sevk edilen hastaların %15 oranında olduğu belirlenmiştir. Maclean, 1863 ve 1866 yılları arasında İngiltere dışında görev yapan ve hastaneye sevk edilen 5500 kişiyi incelemiş kalp hastalığını düşündüren şikâyetler nedeniyle gönderilenleri %8 olarak tespit etmiştir. Şikâyetleri sırt çantalarını destekleyen ağ sisteminin kalbe giden ana damarlara baskı yapması nedeniyle kalbin güçlükle kan pompalaması olarak açıklamıştır. Davy, malzeme kayışlarının göğüs bölgesinde aşırı genişlemeye neden olduğunu ve bunun hastalığı arttırarak kalpte genişlemeye yol açtığını belirtmiştir. Böylece 19. yüzyılın sonunda kalple ilgili yakınmaların açıklanması için hipertrofi, kalp kapaklarına ait lezyonlar veya aortun genişlemesi gibi mekanik nedenler suçlanmıştır (11).

Bu açıklamalardan yola çıkılarak göğüs bölgesini etkileyen malzemenin yeniden tasarlanması önerilmiştir. Ayrıca, Maclean belirtilerin sıklığı konusunda birlikler arasında görülen belirgin farklılıkları moralle ilgili olarak görmüştür. Ancak yeni tasarlanan taşıma malzemeleri yeni kalp rahatsızlıklarının ortaya çıkmasını önlememiştir (7,12,13).

Amerika İç Savaşından toplanan kanıtlar da yakınmaların nedenlerini açıklamaya yeterli olmamıştır. İlk kez 1871’de DaCosta, hastanelerde yatan askerler arasında tespit ettiği yeni bir hastalık tablosu tanımlamıştır. Yapısal bozukluk bulunmamasına karşın şiddetli göğüs ağrısı, çarpıntı ve kalple ilgili pek çok yakınmanın görüldüğü bu tabloya “irritabl kalp” ismini vermiştir. Bu terim 1800’lerin sonlarına kadar Da Costa sendromu olarak kullanılmıştır. Daha sonraları efor sendromu, kardiyak nöroz, vazoregülatuar asteni, hiperkinetik

kalp sendromu ve hiperdinamik-adrenerjik sirkulatuar durum gibi terimlerle ifade edilmiştir. İncelediği 200 olgunun %38’inin aşırı yürümeye ve sert zemin eğitime maruz kaldığını ve %30,5’inin daha önceden ishal yakınmasının olduğunu ifade etmiş ve henüz anlaşılmayan başka nedenlere dikkat çekmiştir. Teçhizata ait çantaların veya kemer ya da ağ sistemlerinin kalp şikâyetlerini ortaya çıkaran başlıca nedenler olmadığını savunmuş; aynı bulguların sivilde de tespit edildiğini belirtmiştir (14). Güney Afrika Savaşında (1899–1902) çok sayıda ordu personeli Da Costa Sendromu tanısıyla İngiliz ordusundan çıkartılmıştır (15).

Askerlerde ortaya çıkan kalple ilgili şikâyetlerin açıklığa kavuşturulması için yapılan yeni yaklaşımlar kademeli egzersizler gibi müdahaleler üzerinde yoğunlaşmaya yol açmıştır (16). Lewis, “statik ve anatomik kalp rahatsızlığı kavramının fizyolojik ve dinamik dönüşümünü” açıklayacak şekilde hastalığı “efor sendromu” olarak tanımlamış ve üç patolojik mekanizma üzerinde durmuştur. Bu mekanizmaların kandaki tuzun azalması, lökosit sayısının artması ve idrar bileşenlerindeki anormallikler olduğunu öne sürmüştür. İkinci Dünya Savaşına kadar geçen süreç içindeki araştırmalar açıklanan bu nedenlerle ilgili bir bağlantı bulamamıştır (17,18).

Savaşla ilgili belirti kümelerinden diğeri romatizmal yakınmalardır. Güney Afrika Savaşı boyunca yorgunlukla ilgili romatizma, kas ve eklem ağrıları önde gelen yakınmalar olmuştur. 1900 yılında Bowlby belirtiler arasında başın arka bölgesinde, boyunda, sırtta, kol ve bacaklarda ağrılar olduğunu söylemiştir (19). İlk zamanlarda bu ağrılara romatizmal ağrılar olarak yaklaşıldığı ve ciddiye alınmadığı anlaşılmıştır. Bugün kalp yetmezliğine neden olan akut eklem romatizması eklemle bağlı olmayan romatizmadan ayırt edilse de 19. yüzyılda bu ayrımı yapmakta yetersiz kalınmıştır. Bu nedenle kalple ilgili belirtilerin romatizmaya bağlı olup olmadığının kesin bir şekilde anlaşılması mümkün olmamıştır. Sonuç olarak, Güney Afrika Savaşı’nda 24460 İngiliz askeri romatizmaya bağlı ateşlenme ve romatizma yüzünden hastaneye sevk edilmiş ve bunlardan 4305’i evine gönderilmiştir. (7).

Royal Hastanesinde hasta dosyalarının sistematik bir şekilde incelemesi, romatizma tanısıyla emekli edilen birçok gazinin ordudan ayrıldıktan sonra hastalıkla ilişkili hiçbir belirti göstermediğini ortaya koymuştur. Washbourn, 296 kronik kas romatizmasını tedavi etmiş ancak romatizmaya bağlı ateşlenmeyle bir ilişki kuramamıştır. Kas ve eklem ağrılarının kişinin taze yemeğe, özellikle taze sebzelere ihtiyacından dolayı olduğunu söylemiştir. Başka bir açıklama bozkırlarda uzun süre soğuk ve

neme maruz kalmanın romatizmal ağrılara yol açtığı şeklinde olmuştur (7,20).

İkinci Dünya Savaşı'yla birlikte savaş stres reaksiyonlarının görünümünde ya da belirti kümelerinde bir takım değişiklikler olmaya başlamıştır. Kardiyak, nörolojik ve psikolojik yakınmaların yanında gastrointestinal yakınmaların dikkat çektiği görülmüştür. Bu bozukluklar genellikle uyum sağlamaya zaman bulamayan ya da gönderildiği birlikte hoş karşılanmayan tecrübesiz askerlerde rastlanmıştır. Buna alternatif olarak, deneyimli askerlerin de uzun süre savaşa maruz kaldıklarında ölüme veya ciddi yaralanmalara her an hazır olmadıkları görülmüş, bu tepkilere “yaşlı çavuş sendromu” denilmiştir (21).

Savaşın patlak vermesinden itibaren “ülseriz sindirim bozukluğu (dispepsi)” İngiliz Ordusu doktorları için temel tıbbi problemlerden biri olmuştur (22). 1942'ye kadar ordudan çıkarılan askerlerin yakınmaları arasında sindirim problemleri %17'ye ulaşmıştır. 1943'de Grinker ve Spiegel kalple ilgili belirtilerin tersine, gastrointestinal şikâyetlerin yaygınlığının ve çeşitliliğinin arttığını tespit etmişlerdir. Önceleri “dispepsi” olarak tanımlanan rahatsızlığın peptik ülser olduğu düşünülse de bunun savaş şoku gibi yeni bir terim olduğu tartışılmaya başlanmıştır. Araştırmalar da gastrointestinal yakınmalardaki ciddi artışa ayrı bir anlam yüklenmesi gerektiğini göstermiştir. 1941 tarihli Dunkirk ve Lofoten Çıkarmaları gazilerini içeren bir çalışmada, 246 askerin %64,2'sinin gastrointestinal ağrı nedeniyle hastaneye sevk edildiği saptanmıştır (23). Peptik ülserle beraber kronik dispepsi tanısı alan askerlerin oranı Fransa'da 201 olgunun %89'unu ve İngiltere'de 88 olgunun %45,5'ini oluşturması endişeyle karşılanmıştır (24). Bununla birlikte araştırmacılar beslenme şekillerinin ve stresin bu tür bir etkiyi oluşturabileceği savunmuştur. Diğer bir açıklama düzensiz yemek saatleri ve ağır ordu yemeklerinin dispepsiye yol açtığı şeklinde olmuştur (25,26).

Bu varsayım katılmayanlar dispepsi olgularının psikolojik kökenine vurgu yapmıştır. Howel 1941 yılında İngiliz Ordusun'daki 131 olgunun nevroitik dispepsi olduğunu ve bu sayının 1940 kayıtlarından %12,4 daha fazla olduğunu belirtmiş, varsayımını desteklemek için yapısal bir açıklama yapmıştır. Bu açıklamaya göre barış zamanında bile ev ortamındaki hayatlarını sorunsuz olarak güçlükle devam ettiren zayıf uyum kapasiteli insanların, orduya girdikten sonra bunu yapamadıkları ortaya atılmıştır (27).

Morris ve Titmuss onikiparmak bağırsağı (doudenal) ülserinin somatik yakınmaların hakim olduğu “hipotalamik” kişilik tipi ile ilişkili olan

psikosomatik bir bozukluk olduğunu belirtmiştir. İstatistiklere dayalı araştırmalar savaş yıllarının yaygın bir peptik ülser toplumuna şahit olduğunu ve bunun 1950'lerin ortalarında tavan yaptığını göstermiştir (28). Peptik ülser için İkinci Dünya Savaşı sırasında gastrektomi dışında bir tedavi yönteminin olmaması yüksek oranlarda mortalite ve morbiditeye yol açmıştır (7).

Savaş Şoku ve Nöropsikiyatrik Belirtiler

Birinci dünya savaşında savaş şoku daha yaygın ve popüler bir tanı olarak kullanılmaya başlanmıştır. Titreme, hareket kısıtlılığı ve yorgunluk gibi belirtilerin hakim olduğu bu tablonun önceleri basınç ya da çarpma etkisine bağlı nöropsikiyatrik bir spektrum olduğu düşünülmüştür. Bu küme içinde beyin sarsıntısı, konfüzyonel durumlar, histerik nörozlar, nevrasteni, yorgunluk ve temaruz gibi durumlar tanımlanmıştır. Ancak, benzer durumların patlamaya maruz kalmamış askerlerde de görülmesi karışıklığa yol açmıştır (29). İngiliz ordusunda 1916 Somme savaşıyla birlikte savaş şoku epidemik bir hal almıştır. Bu nedenle ciddi önlemler alma ve hızlı tedavi yöntemleri bulma gereksinimi doğmuştur. Bu amaçla dört adet tıbbi servis ünitesi kurulmasına karar verilmiştir (30). Savaş şokuna ilk yaklaşımlar etyolojiye yönelik olmuştur. Travmatik beyin zedelenmesi sonucu ortaya çıkan omurilik yaralanmaları ve görme sistemi bozuklukları ile ilgili bilgiler toplanmıştır. Daha sonraları belirtileri ortaya çıkaran birincil nedenin bireysel yapısal özellikler olduğu ve harici nedenlerin çok önemli olmadığı görüşü benimsenmiştir. Savaş şoku tanısı alan askerlerin %80'inde nörasteni görülürken, %10'unda mutizm, füğ, parapleji, yürüyememe, bitkinlik gibi belirtilerle giden konversiyon tabloları gözlenmiştir. Ancak, bunların sadece %5'inde beyin sarsıntısı tanımlanmıştır (31). Tablonun ortaya çıkmasını önlemek için ön saflarda savaşan askerlerin alkol kullanmasına izin verilmiştir. Bu uygulama sonrası rapor edilen olguların kısmen azaldığı tespit edilmiştir. Savaş devam ettikçe savaş şoku olguları azalmış ve tedavi edilen 3963 kişi tekrar birliklerine gönderilmiştir (32). Tedavi edilenlerin %10'unda savaş şokunun bir defa, %3'ünde ise iki defa daha tekrarladığı görülmüştür (33). İlk defa Passchendaele Savaşında savaş şoku tıbbi açıdan etkin bir şekilde kontrol edilmiştir. Bu tıbbi uygulamanın değişimine katkıda bulunan yaşamsal bileşenler, kişinin dayanma becerilerinin iyileşmesine (tepkinin normale dönmesi) izin vermek ve yakınmalardan elde edilebilecek herhangi bir ikincil kazancı en aza indirmek olmuştur (23). Birinci Dünya Savaşında

yaklaşık 80000 İngiliz askeri savaş şoku tanısı almıştır. Psikiyatrik belirtileri olanların çoğunluğu cephe gerisine çekilmiş bir kısmı ise cepheden kaçmıştır. Kurallara ve emirlere uymama davranışlarında artma olmuş kendilerini yaralayarak savaş ortamından uzaklaşmaya çalışanlar askeri mahkemelerde yargılanmışlardır. Savaş boyunca 304 kişi idam cezası ile cezalandırılmıştır. Savaş şoku tanısı alan askerlerin bir kısmı intihar nedeniyle hayatını kaybetmiştir (34,35,36).

Tıbbi antropolog Rivers belirtilerin savaş nevrozunun bastırılmasındaki yetersizlik nedeniyle ortaya çıktığını savunmuştur. Çoğunluğunu acemi askerlerin oluşturduğu birliklerde askerlerin yoğun egzersiz yapmalarından dolayı korku ve anksiyetle baş etmek için etkili bir savunma mekanizması geliştiremediklerini düşünmüştür (37). Eliot ise kendini kontrol mekanizmalarını geçersiz bırakan kalıcı veya yineleyici korkuların savaş şokuna yol açtığını ifade etmiştir (7).

Gelecekte savaş şokunu önlemek için 1920 yılında Southborough Committee isimli bir komite oluşturulmuştur. Savaş şoku bu komitenin çalışmaları sonucunda tekrar tanımlanmıştır. Belirtilerin zaman zaman göreceli olarak bazı önemsiz nedenler tarafından uyarıldığına vurgu yapılmış; nöropatik bir yatınlıktan söz edilmiştir. Uzamış stresörlerin ve korkutucu deneyimlerin akut olarak ortaya çıkardığı emosyonel şoklar olarak görülmüştür. Daha sonraları savaş şokunun kronik formuna vurgu yapılmaya başlanmıştır. Tıbbi olarak açıklanamayan tik, güçsüzlük, titreme, kasılma, yorgunluk, baş ağrısı, uyku bozuklukları, kabus görme, hafıza kayıpları, konsantrasyon güçlükleri ve ağrı gibi yakınmalarla devam eden, günlük işlerde ve aktivitelerde yetersizlikle sonuçlanan bir tablo olarak bahsedilmiştir (7). Komite, askere alınanların zihinsel durumlarının daha iyi incelenmesi durumunda savaş şoku sıklığının azalacağı sonucuna varmıştır. Askeri yetkililer, doktorların askerleri gelişi güzel bir tutumla zihinsel muayeneden geçirdiklerinden bahsetmiştir. Askere alınanların %20-30'u hiç doktor görmemiş, geri kalanlar da özensiz muayene edilmiştir. Daha özenli asker seçiminin savaş sırasında nevroza yatkın olanların sayısını azaltacağı rapor edilmiştir (25). Ancak, psikolojik rahatsızlıkların sadece askeri görevden bir kaçış olmasını engellemek ve gerçekten bunu hak edenleri (savaşta gerçekten travma geçirenleri) ayırt edebilmek mümkün olmamıştır. Raporun arkasının gelmemesi nedeniyle resmi ve orduya ait tıbbi terminoloji zamanla kaybolup gitmiştir. Savaş şokunun kültürel belirginliği bir yer edinmeye başlamışken, kitaplardan silinip gitmesi olağanüstü

bir paradoks yaratmıştır. Ancak 1970'lerde psikiyatri kitapları yeniden düzenlenmeye başlanmış bu alandaki boşluk tekrar doldurulmaya çalışılmıştır (7).

Kimyasal Maddeler ve Agent Orange Etkisi

Gaz histerisi Birinci Dünya Savaşında klorin veya fosgene maruz kalan ancak fiziksel olarak arınmalarına rağmen yakınmaları devam eden askerleri tanımlamak için kullanılmıştır. Bu tür hastalar, benzer belirtiler gösterdiğinden kalp nevrozu olarak sınıflandırılmıştır (7). İkinci Dünya Savaşı sırasında İtalya ve Güney Doğu Asya'da sızmadan korunmak için kullanılan mepakrinin, İngiliz ve Avustralya birliklerinde cinsel fonksiyon bozukluğuna yol açtığı yaygın bir kanı haline gelmiştir (38). Vietnam Savaşında ise askerler bitkilerin yapraklarını tahrip etmek için kullanılan "Agent Orange" isimli bir kimyasalın etkilerine maruz kalmışlardır. Vietnam gerillalarının gizlendiği ağaçların üzerine uçakla kimyasal adı 2,4,5-trikloro fenoksi asetik asit olan agent orange püskürtülmüştür. (39). Vietnam Savaşı sonrasında kronik somatik yakınmaları olan bazı gaziler bunların bitki öldürücülere maruz kalmaktan kaynaklandığını iddia etmişlerdir. Avustralya Vietnam Gaziler Birliği, agent orange etkisi nedeniyle ortaya çıkan hastalığı "zehirli (toxic) nevroz" olarak isimlendirmiştir. Agent orangeye maruz kalma sonucunda ortaya çıkan belirtiler bağışıklık sistemini de içine alan, aşırı duyarlılık durumlarını hatırlatmaktadır. Günümüzde bu tablolar civa zehirlenmesi, çok yönlü kimyasal duyarlılık, otoimmün hastalıklar gibi isimlerle ifade edilmektedir (40). Bu nedenle agent orange'den etkilenenlerde doğumsal anomaliler, kanserler, hormonal bozukluklar, konsantrasyon kayıpları ve bellek bozuklukları gibi çok çeşitli sistemleri kapsayan hastalıklar ortaya çıkmıştır (41).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Vietnam Savaşı sonrası bu alanda artan araştırmalar belirti ve bulguların tek spektrum içinde toplanabileceğini göstermiştir. Böylece ilk kez 1980 yılında savaş stres reaksiyonları "travma sonrası stres bozukluğu" (TSSB) başlığı altında DSM-III içerisinde yer almıştır. TSSB sadece savaşla ilgili durumları tanımlamamış; ayırım yapmadan psikolojik travma odaklı genel bir durumu tanımlamıştır. Daha sonra DSM III-R (1987), DSM-IV (1996), DSM IV-TR (2004)'te de yer almıştır. DSM-IV maruz kalınan psikolojik travmanın özelliklerini gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma, kendisi ya da bir başkasının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını

yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiş olmak şeklinde tanımlamıştır. ICD 10'da dünyaya güvensiz tutum, sosyal çekilme, boşluk duygusu, mutsuzluk hali ve sinirlilik ile seyreden tablo, stres bozukluğunun kalıcı izi olarak belirtilmiştir. Böylece TSSB psikolojik travma odaklı bakıldığında eşsiz bir tanı kategorisi olarak psikiyatrik bozuklukların sınıflandırılma sistemine dahil edilmiştir (42).

Askerler açısından TSSB riskini artıran faktörler, askerlik öncesi ve sonrasını da kapsayan özelliklere göre değişiklikler göstermektedir. Ailede psikiyatrik bozukluğun varlığı, dağılmış aile, çocukluk ve gençlik dönemlerinde ruhsal sorunların olması, çocuklukta tacizler, askerlik döneminde yeterli eğitim ve deneyim sağlanmadan silahlı çatışmaya girme, yaralanma, cepheye ağır koşullar altında uzun süre bulunma, askerlik sonrası dönemde zorlayıcı yaşam olaylarının varlığı, sosyal destek azlığı önemli risk nedenleri olarak tanımlanmıştır (42).

Epidemiyolojik ve klinik çalışmalar TSSB olgularına yaşam boyu %60–80 oranında en az bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiğini göstermektedir. En sık rastlanan eş zamanlı tanılar alkol ve madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı, majör depresyon, basit fobi ve sosyal fobidir. Vietnam gazilerinde eş zamanlı tanı oranı 3/4 kadardır. Özellikle alkol ve madde kullanım oranlarının %75–80 olduğu bildirilmiştir (42).

TSSB için bu gün önerilen temel tedavi yöntemleri farmakoterapi ve psikoterapidir. Genel bir eğilim olarak ilaç tedavisinin psikoterapi ile desteklenmesinin başarıyı artıracığı kabul edilmektedir (43).

Körfez Savaşı Sendromu

1980 yılında nihayet TSSB olarak sınıflandırma kitaplarına giren savaş stres reaksiyonları 1991 yılındaki Körfez Savaşı sonrasında yeni bir boyut kazanmıştır. 2003'te başlayan İkinci Körfez Savaşı'nın psikolojik etkileri görülmeye başlayınca "körfez savaşı sendromu" denilen yeni bir klinik görünümle karşılaşmıştır. Henüz resmi olarak kabul edilmiş olmayan körfez savaşı sendromu insan hakları açısından politik bir sorun haline gelmiştir. İlk veriler tablonun savaş sırasında sık sık dökülen uranyuma maruz kalma, böcek ilaçları ve aşıların yan etkileri gibi çevresel tehlikelerle ilişkili olduğunu düşündürmüştür. Etkilenen askerlerde yorgunluk, baş ağrısı, depresyon, anksiyete ve uyuma zorluğu gibi nöropsikiyatrik belirtiler ön plana çıkmıştır. Verilen işi tamamlayamama, nefes darlığı, kalp çarpıntısı, titreme, unutkanlık, eklem ağrıları, sırt ağrısı,

terleme, sinirlilik, konsantrasyon güçlüğü, kişilik değişiklikleri, kâbuslar ve kilo kayıpları diğer belirtiler olmuştur (44). Son araştırma verileri bu sendromun stresörlerden çok böcek öldürücü ve sinir gazlarına dolayısıyla asetilkolin esteraz inhibitörlerine maruz kalma sonucu ortaya çıktığını göstermektedir (45). Epidemiyolojik veriler ve hayvan çalışmaları da bu görüşü destekler niteliktedir. Sözü edilen kimyasallara maruz kalmanın beyin hacminde ve beyaz cevherde azalmaya yol açtığı bu nedenle de nöropsikiyatrik etkilerin ortaya çıktığı düşünülmektedir (46).

Bütün veriler körfez savaşı sendromunun nöropsikiyatrik bir bozukluk olduğunu desteklese de sendromun TSSB ile ilişkili olup olmadığı sorusu kesin bir yanıt bulmuş değildir. Sendromu TSSB ile ilişkilendirenler savaş stresinin yatkın bireylerde tablonun ortaya çıkmasında belirleyici rol oynadığını ileri sürmektedir. Aksi görüşü savunanlar ise TSSB tanısı için psikolojik travmaya maruz kalmanın şart olduğunu ileri sürmektedir (47).

Bu gün için körfez savaşı sendromunun hangi spektrumda değerlendirileceği, nasıl tıbbi ya da politik bir sonucu olacağı tahmin edilememektedir. Bu gün için bilinen ve tahmin edilenler ise sendromun kronik seyirli olduğu, tedavi masrafları için 60 milyon dolar harcanmasına rağmen hastalarda belirgin bir düzelme sağlanmadığıdır. Bilinmeyenlerin seyrini bu alanda yapılacak uzun dönem izlem çalışmaları belirleyecektir.

SONUÇ

Savaş stres reaksiyonlarının tarihsel sürecinin insan tarihi ile başladığı ortadadır. Çünkü insan tarihi içinde savaşın tanımlanmadığı bir süreç yoktur. Bu gün için bildiklerimiz tarihin bize bildirdikleri ile sınırlıdır. Ama kesin olan bildiklerimiz bu kadarla sınırlı kalmayacaktır. Son yüzyılda artan savaşlar ve savaşlarda kullanılan silahların geniş etki alanları kısa bir zaman dilimi içerisinde asker sivil ayrımı yapmadan çok fazla insanı aynı anda savaş stresi ile karşı karşıya bırakmıştır. Savaş durumlarında yoğunlaşan her türden stressörlerin organik ve psikiyatrik bozukluklara yol açması çok muhtemel olduğundan askeri tıp uygulamaları önem kazanmaktadır. Bu nedenle bu alanda daha fazla ve daha kapsamlı çalışmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

1. Bozdemir M. Stres ve hareket yeteneği: Hayatın itici gücü. *Silahlı Kuvvetler Dergisi*. 1990; 324: 122-24.
2. Carson RC, Butcher JN, Coleman JC. *Abnormal psychology and modern life*. 8th ed. Boston. Harper Collins Publishers, 1988. p. 164-173.
3. Geçtan E. Çağdaş insanda normal dışı tepkiler. Ankara, Ü. Eğitim Fak. Yay, 1978, s. 113-131.
4. Tiryaki O. Muharebede insan unsuru, stres ve muharebe stresi. *K.K.K. Dergisi*. 1993; 99: 79-89.
5. Hazen S, Llevellyn C. Battle fatigue identification and management for military medical students. *Mil. Med.* 1991; 156 (6): 263-7.
6. Rosen G. Nostalgia: a 'forgotten' psychological disorder. *Psychol Med.* 1975; 5: 346-351.
7. Jones E. Historical approaches to post-combat disorders. *Phil Trans R Soc B.* 2006; 361: 533-542.
8. McCann WH. Nostalgia: a review of the literature. *Psychol Bull.* 1941; 38: 165-182.
9. Jones E, Palmer I, Wessely S. War pensions (1900-1945): Changing models of psychological understanding. *Br J Psychiatry.* 2002; 180: 374-379.
10. John E. Principles of military psychiatry. *ADH Health.* 2000; 1: 81-84.
11. Wilson RM. The irritable heart of soldiers. *Br Med J.* 1916; 1: 119-120.
12. Maclean WC. Diseases of the heart in the British Army, the cause and the remedy. *Br Med J.* 1867; 1: 161-164.
13. Jones E, Wessely S. War Syndromes: The impact of culture on medically unexplained symptoms. *Med Hist.* 2005; 1; 49(1): 55-78.
14. Wooley CF. Jacob Mendez DaCosta: Medical teacher, clinician, and clinical investigator. *The American Journal of Cardiology.* 1982; 50(5): 1145-1148.
15. Nemiah JC. Anxiety neurosis. In: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ, (eds). *Comprehensive textbook of psychiatry*. 2nd ed. Baltimore. The Williams and Wilkins Co, 1975, p. 1198-1199.
16. Christophers AJ. The epidemic of heart disease amongst British soldiers during the First World War. *War Soc.* 1997; 15: 53-72.
17. Howell JD. Soldier's heart: the redefinition of heart disease and speciality formation in early twentieth century Great Britain. In *War, medicine and modernity* R. Cooter (ed). Thrupp, Stroud, UK: Sutton Publishing, 1998, p. 85-105.
18. Wooley CF. From irritable heart to mitral valve prolapse—World War I, the British experience and Thomas Lewis. *Am J Cardiol.* 1986; 58: 844-849.
19. Jones E, Wessely S. Psychiatric battle casualties: an intra- and interwar comparison. *The British Journal of Psychiatry.* 2001; 178: 242-247.
20. Jones E, Hodgins-Vermaas R, McCartney H, Everitt B, Beech C, Poynter D, Palmer I, et al. Post-combat syndromes from the Boer War to the Gulf: a cluster analysis of their nature and attribution. *Br Med J.* 2002; 324: 321-324.
21. Sobel R. Anxiety-depressive reactions after prolonged combat experience, the old sergeant syndrome. *Bull US Army Med Dep.* 1949; 9(Suppl): 137-46.
22. Hutchison JH. The incidence of dyspepsia in a military hospital. *Br Med J.* 1941; 2: 78-81.
23. Graham JG, Kerr JDO. Digestive disorders in the forces. *Br Med J.* 1941; 1: 475.
24. Payne RT, Newman C. Interim report on dyspepsia in the army. *Br Med J.* 1940; 2: 819-821.
25. Tidy HL. Discussion on dyspepsia in the armed forces. *Proc R Soc Med.* 1941; 34: 411-426.
26. Tidy HL. Peptic ulcer and dyspepsia in the army. *Br Med J.* 1943; 2: 473-477.
27. Jones E, Wessely S. Hearts, guts and minds: Somatisation in the military from 1900. *J Psychosomatic Res.* 2004; 56(4): 425-429.
28. Langman MJS. *The epidemiology of chronic digestive disease*. Edward Arnold (ed). London, 1979.
29. Jones E, Fear NT, Wessely S. Shell shock and mild traumatic brain injury: a historical review. *Am J Psychiatry.* 2007; 164 (11): 1641-1645.
30. Jones E, Thomas A, Ironside S. Shell shock: an outcome study First World War 'PIE' unit. *Psych Med.* 2007; 37: 215-223.
31. Macleod AD. Shell shock, Gordon Holmes and the Great War. *J R Soc Med.* 2004; 97(2): 86-89.
32. Maes M, Delmeire L, Mylle J, Altamura C. Risk and preventive factors of post-traumatic stress disorder (PTSD): alcohol consumption and intoxication prior to traumatic event diminishes the relative risk to develop PTSD in response to that trauma. *J Affect Disord.* 2001; 63: 113-21.
33. Report of the War Office Committee of Enquiry into 'Shellshock'. London, HMSO, 1922.
34. Chapman G. *A passionate prodigality*. Ashford, Buchan, Enright; New edition. 1985.
35. The patriot files. Dedicated to the preservation of military history. Sunday, December 14, 2008.
36. Grant D, Field Punishment No.1. New Zeland, September 2008.
37. Rivers WHR. The repression of war experience. *Lancet.* 1918; 1: 173-177.

TAF Preventive Medicine Bulletin, 2010: 9(1)

38. Harrison M. *Medicine and victory, British military medicine in the Second World War*. Oxford, UK. Oxford University Press. 2004
39. *Veterans and Agent Orange: Health Effects of Herbicides Used in Vietnam (Free Executive Summary)* Committee to Review the Health Effects in Vietnam Veterans of Exposure to Herbicides. Institute of Medicine. Washington. National academy press, 1994.
40. Shorter E. Multiple chemical sensitivity: pseudodisease in historical perspective. *Scand J Work Environ Health*. 1997; 23(Suppl:3): 35-42.
41. Stone R. Epidemiology. Agent Orange's bitter harvest. *Science*. 2007; 315(5809): 176-9.
42. Özmenler KN. *Psikiyatri Temel Kitabı*. In: Köroğlu E, Güleç C. (eds). *Post travmatik stres bozukluğu*. 2nci baskı. Ankara, s. 353-359.
43. Shalev AY. Post traumatic stress disorder: diagnosis, history and life course. *Post traumatic stress disorder, diagnosis, management and treatment*. (Nut D, Davidson JRT, Zohar J (eds). London. Martin Dunitz, 2000, p. 1-16.
44. Cohn S, Dyson C, Wessely S. Early accounts of Gulf War illness and the construction of narratives in UK service personnel. *Social Science & Medicine*. 2008; 67: 1641-1649.
45. Stuart JA, Ursano RJ, Fullerton CS, Wessely S. Belief in Exposure to Chemical and Biological Agents in Persian Gulf War Soldiers. *J Nerv Ment Dis*. 2008; 196: 122-127.
46. Kilshaw S. Gulf War Syndrome: A Reaction to Psychiatry's Invasion of the Military? *Cult Med Psychiatry*. 2008; 32: 219-237.
47. Barach P, Brautbar N, Richter ED, Friedman L. Response to "Latency: An important consideration in Gulf War Syndrome," *Neuro Toxicology*. 2007; 28(5): 1044-1045.