

# Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısını Alan İki Hastada Komplike Yas

## COMPLICATED GRIEF IN TWO PATIENTS WHO WERE DIAGNOSED WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

Orhan Murat KOÇAK\*, Abdülkadir ÇEVİK\*\*

\* Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Araştırma Görevlisi,

\*\* Prof.Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Öğretim Üyesi, ANKARA

### Özet

**Amaç:** Yas tutma herhangi bir yitim ya da değişikliğe verilen psikolojik yanıt, iç dünyamız ile gerçeklik arasında bir uyum sağlayabilmek için yaptığımız uzlaşmalardır. Yasın klinik görünümü değişkendir. Bu vaka sunumlarında obsesif-kompulsif bozukluk tanısı koyduğumuz iki vakada değerlendirmede kayıplarının olduğunu ve yaslarını tamamlamadıklarını gördük.

**Vaka Raporu:** Semptomları kayıpları ile başlamıştı ve yaşamlarında ciddi işlev kaybına neden oluyordu. Biz hastaların komplike olmuş yaslarını psikodinamik yaklaşımla tedavi ettiğimizde semptomlarında belirgin bir azalma görüldü.

**Sonuç:** Tartışmasında sadece kriter sistemlerinin bazında tanı koyarsak hastanın ızdırabının altında yatan nedeni kaçırabileceğimizi savunuyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Komplike yas,  
Obsesif-kompulsif bozukluk

T Klin Psikiyatri 2002, 3:6-11

### Summary

**Purpose:** Grief is a psychologic response to change or loss, in order to make an agreement for the harmony between reality and inner world. Clinical manifestations of grief vary. In this case report two patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder are reported. In the psychodynamic evaluation, we saw that both of them had experienced loss and had not completed their process grief.

**Case Report:** Their symptoms appeared after the loss and caused severe disability in their lives. When complicated grief was treated with a psychodynamic approach the symptoms remarkably decreased.

**Conclusion:** In the discussion we argue that if our diagnoses are based only on standart criteria systems, we may miss the underlying cause of patient's suffering.

**Key Words:** Complicated grief,  
Obsessive-compulsive disorder

T Klin J Psychiatry 2002, 3:6-11

Psikiyatri klinik uygulama alanları içinde özel bir yere sahiptir. Bunun temelinde insanın duygular, düşünce ve davranış eksenindeki sorunlarıyla uğraşması bulunmaktadır. Bu alanlarda normalle patolojik arasındaki sınırı çizmek var olan sorunu bir sınıf içine sokmak psikiyatrinin devamlı gündeminde kalmış bir sorundur. Bu sorunu aşmak için kriter bazlı tanı sistemleri (ICD-10 ve DSM-4) (3,5) oluşturulmuştur. Ancak bunlar da uygulamada yetersizlikler içermektedir, ayrıca bu sistemler arasında bile

**Geliş Tarihi:** 08.06.2001

**Yazışma Adresi:** Dr.Orhan Murat KOÇAK  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri AD, ANKARA

uyuşmazlıklar bulunmaktadır. Bu sorunu çözmek için oluşturulan ölçekler de sağlam klinik değerlendirme olmaksızın rakam yığınlarından öte anlam ifade etmemektedirler. Bu kaçınılmaz bir durum olarak karşımıza hep çıkacakmış gibi gözükmektedir. Çünkü patoloji ile normal arasındaki fark daima nicel bir farktır ve ölçülebilir kesilme sınırlarını belirlemek mümkün değildir. Hastaların rahatsızlıklarını bir tanı grubu içine koymak da benzer zorluğu içermektedir. Bu nedenle vakaları ancak kendi içlerinde değerlendirdiğimizde var olan durumu anlamamız mümkün olacaktır.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD psikosomatik servisine başvuran iki hastanın durumu, hastaların tanılarına göre değil içinde bu-

lundukları duruma yaşantısal bir bütün olarak bakılmasını bir kez daha gözler önüne sermektedir. Tanı sistemlerinde (3) her ikisi de obsesif kompulsif bozukluğunu (OKB) kriter olarak karşıladığından tanılarına atıflı tedavi yöntemleri uygulandığında bu hastaların her ikisinde de tabloyu ortaya çıkaran durum ve yaşadıkları tamamlanmamış yas atlanabilecekti ve belki de bu tedaviye direnç olarak yansıyacaktı. Burada önce vakalar aktarılacak ve ardından tartışması yapılacaktır.

### Vaka 1

32 yaşında bayan hasta. Mesleği hemşirelik ancak şu anda kendisinin de isteğiyle daha pasif bir görevde çalışıyor.

Hasta kendi yakınmalarını şöyle tanımlıyor: “Tek başıma ellerimi yıkayamıyorum, banyoyu tek başıma yapamıyorum, annem söylerse bir saatte banyodan çıkıyorum ama tek başıma saatlerce kalıyorum. Etrafımdaki insanlara mikrop bulaştıracağım diye korkuyorum...”

Rahatsızlığının öyküsüne gelince: Sekiz yıl önce bir üniversite hastanesinde çalışırken nöbetinde bir hastasına yanlışlıkla yüksek doz heparin uygulamış. Ancak bunu ertesi gün nöbet bitiminde devir sırasında fark etmişler. Arkadaşları hastamıza evine gitmesini ve durumu kendilerinin düzelteceklerini söylemişler. O gün eve gittikten sonra sık sık hastaneyi arayan hastamız fazla heparin alan hasta hakkında bilgi almış. Hastanın genel durumu hakkında merak edilecek birşey olmadığı söyleniyormuş. Ertesi gün nöbetine gittiğinde ise hastanın gece öldüğünü öğrenmiş. Soruşturduğunda hastanın kanamadan değil emboli atmasından dolayı öldüğünü öğrenmiş. Doktorlarla konuşmak istemiş ancak arkadaşları konunun üzerinde fazla durmasının anlamsız olduğunu ve ölümün kendisinin yaptığı hatayla ilişkisi olmadığını ifade etmişler. Hastamız bununla tatmin olmamış ancak bölümdeki doktorlarla da bunu bir türlü konuşamamış. Bu arada heparinin prospektüsünde yan etki olarak pıhtılaşmayı kolaylaştırabileceğini okuyunca bu seferde “benim yüzümden emboli attı!” diye kaygılanmaya başlamış ancak yine konuyu netleştirmek için doktorlarla konuşamamış. Bu süreç içinde dağılan dikkati nedeniyle bir hastaya

yanlış ilaç vermiş ve o hasta da ölmüş. Aslında verdiği ilacın dozu çok düşük olduğu için kendisinin bir suçu olmadığı söylendiyse de bu hastamızı tatmin etmemiş. Suçluluk hissi giderek artmış ve hastamızda prospektüsleri dikkatle okuma, tekrar tekrar kullanım dozunu, şişenin üzerinde yazan ilaç ismini okuma başlamış. İşlerini yürütmekte zorlanıyor, artan kontrol davranışı nedeniyle çok yavaş yapabiliyormuş.

Hastamızın sıkıntıları bir süre sonra katlanarak artmış; kontrol etme davranışına sık ve uzun süreli el yıkamaları eklenmiş. Ellerini yıkadıktan sonra yıkadığına emin olamayıp tekrar yıkıyormuş. Hastalara mikrop bulaştıracağından ve onlara zarar vereceğinden korkuyormuş.

3 yıl önce birgün evde yalnızken temizlik yapmaya kalkmış ancak artan anksiyetesi nedeniyle amaçladığı iş çılgınca bir yıkama eylemine dönüşmüş. Lekeli veya pis diyerek evdeki herşeyi yıkamış ancak yaptığı yıkama tatmin etmediği için tekrar tekrar yıkamayı sürdürmüştü. Yatağa kuş pisliği bulaştığını düşünüp yatağı imha etmeye kalkmış. Bu sırada eve gelen baba durumu görünce hastamızı psikiyatri kliniğine götürmüştü.

Bundan sonra yaklaşım iki yıllık bir tedavi süreci boyunca pek çok ilaç kullanmış. Hastamız bu tedavilerden Leponex tedavisinden fayda görmüş ancak 3 kez epileptik nöbet geçirince kesilmiş. Anafranil kullandığında da kısmen faydalanmış ancak halsizlik, ellerde titreme, kekemelik, dikkatsizlik, ağız kuruluğu, kabızlık ve yaklaşık 20 kiloluk bir kilo artımı nedeniyle tedaviyi kesmiş.

Soygeçmişinde anneye baba yaklaşık 12 yıl önce boşanmışlar. Hastamız annede kalmış. Evliliklerinin son 10 yılı hep kavgayla geçmiş. Anne sinirli ve çabuk öfkelenen bir insanken baba sakin ve kendi halinde birisi. Her ikisi de ikinci kez evlenmiş ve anne ikinci eşinden de ayrılmış.

Özgeçmişinde prematür doğum, çocukluk dönemi ateşli hastalıkları (kızamık, su çiçeği...) sağlık meslek lisesinde okuma (yatılı değil) ve 14 yıllık bir meslek yaşantısı öyküsü var.

Premorbid kişiliği; neşeli arkadaşlık ilişkileri iyi olan sevilen bir insan.

Psikiyatrik muayenesi: Görüşmenin yapıldığı sırada genel görünümünde bakımlı, özbakımı yeterli görüşmeye istekli ancak sürekli bir yerlere dokunup birşeyleri kıracaktı gibi ellerini karnının üzerinde birleştirmiş olarak oturuyordu. Yönelim tam, bellek normaldi. Hem istemsiz hem istemli dikkat azalmıştı ve affektinde belirgin bir anksiyete vardı. Düşünce içeriğinde obsesif düşünceler mevcuttu, psikomotor aktivitesi için söylenecek olansa kompulsiyonların varlığıydı.

### Klinik Gözlem ve Tedavi

Hasta servisimize yatırıldıktan sonra 150 mg/gün sertralin ve 1 mg/gün risperidon başlandı. Tedavi programı (1,2) çerçevesinde haftada 2 defa grup tedavisi ile 2 defa bireysel görüşmelere ve diğer grup aktivitelerine katılan hastanın servis içindeki gözleminde anksiyetesinin sürekliliği ve el yıkamalar nedeniyle programa katılımında aksamlar olduğu fark edildi.

Grup terapileri sürecinde ilk birkaç seans sürekli susan hastanın gruba katılımı 6. grup seansından sonra başladı. Bireysel görüşmelerinde de sorulara cevap verirken aklı karışıkmiş izlenimi veriyordu. 4. görüşmede hastaya fazla heparin verilme olayını ve kaybedilen hastayı tekrar anlatması istendiğinde hasta uzun bir suskunluk yaşadı. Kesik kesik birkaç kelime söyledikten sonra -Çok ilginçtir, kafamda netleştiremiyorum!- dedi. Daha sonra olayla ilgili duygu ve düşünceleri o dönem yaşadıkları görüşmelerde ana temayı oluşturdu. O dönem sürekli hastayı rüyasında gördüğünde dile getirdi. Bu süreçte özellikle suçluluk duygusu üzerine konuşmak hastayı rahatsız etti ve bunu -Acaba gerçekten suçlu muyum? diye düşündüğüm zaman rahatsızlık hissettim...- şeklinde açıkladı. Eğer böyleyse mutlaka cezalandırılması gerektiğini söyleyen hastanın kliniğinin muhtemel bir cezayı önleme çabası mı, yoksa hata yapan "ben" ile bilinç altı bir çatışmanın ürünü mü olduğunu süreç belirleyecek. Ancak hastanın görüşme sırasında -Eğer temizlikle uğraşmazsam o hastayı düşünmeye başlıyorum!- ifadesi hastanın yaşayamadığı yastan kaçışında semptomlarının nasıl bir amaca hizmet ettiğini açıkça gösteriyor. Çünkü hastanın kaybettiği hastayla ilgili düşünmeye başlaması suçluluk duygusunu da tekrar bilince çağırıyor. Hasta bundan rahatsız

olduğunu bireysel görüşmelerde olduğu gibi son grup toplantısında da ifade etmiştir.

### Vaka 2

35 yaşında bayan hasta. Bekar, üniversite son sınıftan terk. Çalışmıyor, annesinden kalan emekli maaşıyla geçimini sağlıyor. Daha önce hiç psikiyatriye yatmamış.

Hastanın servisimize başvuru yakınması korkuları. Yatışından iki hafta önce akşam ayağı uyuşmuş ve o anda felç olacağından korkmuş, arkadaşını aramış. Doktorla görüşmelerine rağmen hastamız akşamları tedirginlik yaşamaya başlamış. Derken korkuları gün içinde de sürmüş. Sürekli öleceğinden korkuyormuş. Bize geldiği anda kendisine korkuyu yaşatan düşünce "Yemek yerken ya da birşey içerken boğazıma kaçır da ölürsem!" düşüncesiymiş. Ancak bunun dışında psikiyatrik rahatsızlığının geçmeyeceği, evde kedi beslediği için "ya kuduz olursam!" düşüncesi gibi başka korkuları da vardı.

Özgeçmiş ve soygeçmişinde; anne ile baba hastamız 3 yaşındayken boşanmışlar ve hastamız babayı hiç tanımamış. Boşanmadan sonra 9 yaşına kadar teyze ile anneannenin yanında kalmış. Daha sonra doktor olan anne göz rahatsızlığı nedeniyle malülen emekli olunca Ankara'ya gelmiş ve birlikte kalmaya başlamışlar. Hastamızın annesiyle ilgili anlattıkları, çok titiz, yerleri günde 2-3 kez silen ama perdeleri bir kere bile değiştirmeyen, yemek yapmak için kızını bir kere bile mutfığa sokmayan, hastalığından, rahatsızlığından ya da sorunlarından kimseye bahsetmeyen, bahsettirmeyen, kimseye gitmeyen ve kimseyi kolay kolay kabul etmeyen bir insanmış. Anneyle oturmaya başladıktan sonra teyze sık sık onları rahatsız eder, anneyle kavga eder olmuş. Hakaretler ediyor, yolda, kapı önünde insanların ortasında anneyle tartışıyor. Diş hekimliğini kazanan hastamız 7 yıl okumuş ancak son sınıfta okulu terk etmiş. 5 yıl önce anne vefat etmiş ve annenin maaşıyla geçiniyormuş. Okulu bıraktıktan sonra part-time çeviri işine girmiş, bu dönemde bir Amerikalı sevgilisi olmuş ve onunla Amerika'ya gitmiş, bir yıl kadar kalmış. Hasta son 5 yıldır, kedileriyle birlikte yaşıyor. Hemen kimseyle iletişimi yokmuş. Sadece beş yıldır sürdürdüğü bir karşı cins ilişkisi olduğunu söyledi.

Premorbid kişiliği; yaşamı boyunca hep korkacak birşeyleri olmuş. Okulda hastalık kapmaktan korktuğu için uzun ve sık yıkamaları olmuş, ölmekten, yalnız kalmaktan, terk edilmekten çekinmiş. Ayrıca hep güçlü olması gerektiğini çünkü annesinin hep bunu söylediğini belirtiyor. Sürekli kötüyü ve olumsuzu düşünürmüş.

Psikiyatrik muayenesinde; ilk görüşmede tedirgin, çocuksu görünümlü birisi izlenimini bırakıyordu, özbakımı azalmıştı. Göz teması kuruyordu ancak duygu içermeyen tuhaf bakışları vardı, bu da psikotik bir süreç mi sorusunu akla getiriyordu. Yönelimi tamdı, algı bozukluğu yoktu. Bellek muayenesi normaldi. Dikkatin istemsiz ve istemli komponentleri azalmıştı. Düşünce içeriğinde fobik ve obsesif düşünceler vardı. Affekt anksiyözdü ayrıca görüşme boyunca hastalığından bahsederken ağlamaları oldu.

### Klinik Gözlem ve Tedavi

Servisimize yatırıldıktan sonraki bir haftalık izleminde hastanın servisteki diğer hastaların semptomlarıyla sürekli kendisini kıyasladığı, gözlediği belirti ve duyduğu yakınmaları ya çıkarttığı ya da çıkarsa diye korktuğu görüldü. Bu durum kendi sınırlarının ne kadar bulanık olduğuna dair bir fikir vermekteydi. Hastanın yaşına rağmen bir ergen gibi olan görünümü, güvensiz ve kırılabilir yapısı, testlerinde tutarlı bir şekilde ortaya çıkan oturmamış kişilik yapısı ve ergen profili ayrıca anksiyetesinin yüksekliği yine yatış sürecinde elde edilen verilerdi.

Hastaya Dogmatil 400 mg/gün ve Ludiomil 75 mg/gün medikasyon başlandı. Tedavi programı vaka 1'e uygulanan tedavi standartlarını içeriyordu. Hastamızın anksiyetesi gün içinde dalgalanımlar gösteriyordu. Gruplarda kendini en iyi aktaran hastalardan biriydi. Bireysel görüşmelerde de içgörülü bir görünüm sergiliyor ancak semptomlarını bir türlü bırakmıyordu. 7. bireysel görüşmesinde kedilerine karşı duyduğu soğukluğu yakınma olarak dile getirdi. Kendisine bunun anlaşılmadığı belirtildiğinde "benim kedilerime sevgim azalmamalı. Annem ölürken bile "Maviş"i üşütme, dışarıda bırakma! diye tembih etmişti!" derken ağlamaya başladı. Annesinin 3 ay kadar süren bir yatalak hastalık döneminden sonra

öldüğünü ve o dönemde annesiyle pek ilgilenmediğini daha önce de söylemişti ancak burada annesinin numara yaptığını, rahatsızlığının psikolojik olduğunu düşünerek onu kalkmaya, iş yapmaya zorladığını dile getirdi. Ayrıca ölüm anında annesinin yanında olamamış. Bütün bunları anlatırken sık sık gözlerine yaşlar doldu. Bir sonraki görüşmede annesi ölürken başında teyzesinin kaldığını ancak annesi öldüğü gün onun da psikiyatrik bir rahatsızlık geçirip ortalıkta yalan yanlış konuşmaya başladığını, soyunmaya kalktığını ve annesinin ölümünün ertesi günü teyzesini hastaneye yatırmaya uğraştığını ve dolayısıyla annesinin ölümüne doğru düzgün üzülmediğini söyledi. Kendisini bu konuda zorlayan bir başka etmenin de annesinden kalan güçlü olmak üzülmemek yönündeki duygu ve düşünceler olduğunu ifade etti. Daha sonra yakınmalarının başladığı dönemden on gün öncesine kadar kendi bedenini dinleme gibi bir huyunun hiç olmadığını ekledi. Bütün herşeyin vücudunda çıkan döküntülerle başladığını "doktora gideyim, önemli midir acaba" derken işe korkunun eklendiğini söyledi. İlginç olan ise vücudundaki bu döküntülerin olduğu günün, 17 yıldır oturduğu, annesiyle herşeyi yaşadığı ve annesini kaybettiği, bu evi hiç sevmediği kapıcının aldığını öğrendiği gün olmasıydı. Hastamız tamamlayamadığı yasının üstüne ikinci kaybını da yaşamaktaydı. Evin kaybı geride kalan ve tamamlanmamış olan anne kaybıyla ilgili yasin reaktivasyonuna yol açmıştı. Ölüm, hastalık ve özellikle korkunun yaşamında kendisini hiç bu kadar bunaltmadığını dile getirdi.

### Tartışma

Vamık Volkan yas tutmayı "herhangi bir yitim ya da değişikliğe verilen psikolojik yanıt, iç dünyamız ile gerçeklik arasında bir uyum sağlayabilmek için yaptığımız uzlaşmalar" olarak tanımlamaktadır (9). Tanımından da anlaşılacağı gibi yas için kayıp gereklidir. Ancak kaybedilen şey her zaman ölen bir yakın olmak zorunda değildir. Kitap, yüzük, bir düşünce, bedenin bir parçası (4,5,9) ya da bir hedef olabilir yitirilen. Önemli olan kaybedilen nesneye yapılan yatırımdır (3,4). Örneğin birinci vakada kayıp sevilen ve ilgilenilen bir hasta olabileceği gibi, iyi ve başarılı bir hemşire olmak ideali de olabilir. Yas yaşantısında kaybın birey için

önemi kadar bireyin kayıp dönemindeki durumu yas yaşama kapasitesi de önemlidir (4,9). İkinci vakada hastamız kaybıyla ilgili yası yaşamaya fırsat bulamadan teyzesinin hastalığıyla boğuşmaya başlıyor. Bireyin yas yaşama becerisini belirleyen önemli bir etken de kişinin o güne kadar olan kayıplarının yasını tutma becerisidir. Bunu dört temel etken belirler (9); bunlardan birincisi kişinin duygusal yapısıdır. Çocukluk döneminde gereksinimleri karşılanmamış ya da yas yaşama becerisinin tam olarak gelişmediği bu dönemde kayıplara maruz kalmış kişiler yas yaşamakta güçlük çekebilir ki her iki vakada anne baba geçimsizliği ve boşanma öyküsü mevcuttu. İkinci etken ilişkinin doğasıyla ilgilidir. Aşırı bağımlı ya da tamamlanmamış meselelerin olduğu ilişkilerde yas yaşamak zordur. İkinci vakada annenin hastalığını psikolojik sanıp anneyi zorlayan hastamız sonradan annenin hastalığının o dönemlerde başladığını öğrenmiş ve önemli boyutta bir suçluluk duymuştur. Üçüncüsü kaybın aniden olmasıdır ki bu kayba hazırlanmayı ortadan kaldırmaktadır. Her iki vakanın da kayıpları beklenmedik bir biçimde gelişmiş. Sonuncu etken kederin dışa vurulmasına karşı geliştirilen toplumsal ve ailesel kısıtlamalardır. Birinci vakada anne sert ve cezalandırıcı olduğu için onun yanında kederini yaşamakta güçlük çekmiş, hasta iş yerinde de olayın kendisiyle hiçbir ilgisinin olmadığına dair baskıyla olayı hiçkimseye paylaşamamış, kederini yaşayamamıştır. İkinci vakanın da üzüntü ve kederin güçlü olabilmek adına yaşanmaması gerektiğine dair inancı bunu önlemiştir. Sonuçta bütün bu etmenler her ikisinin de kayıplarına sağlıklı yanıt vermelerini engellemiştir.

Peki yasin yaşanabilmesi neden bu kadar önemli? Yine Volkan'ın tanımından hareket edelim: Yeniye kabul edebilmek için eskiyi bırakmak gereklidir. Ancak eskiyi bırakmak kolay değildir. Kaybettiğimiz şey her ne olursa olsun, bunun ardından onsuzluğu -kayı- tolere edebilmemizi sağlayacak bir dizi süreç başlar. Yaşanan kaybın duygusal ve bilişsel şokuna yanıtlar oluşturulur. Başa çıkma stratejileri geliştirilir. Kayıpla bağlantının sürdürülmesine yollar aranır. Ardından işlev düzeyinde ve yaşanan ilişkiler bağlamında değişiklikler oluşur. Kişi yeni bağlantılara ve yeni ilişkilere girebilir. Eski olan kaybedilmiş olandan ayrılıp yeni

bir kimlikle yola devam edilmektedir artık (8,9). İşte bu noktada geçmişe tutsaklık sona ermiştir. Yeni işlere ilişkilere yatırım yapmak için şiddetli bir istek duyulur. Çünkü harcanacak bir enerji vardır.

Bu vakalar sunulurken amaç kişilerin yaşadıkları kayıpların ne gibi sonuçlar doğurabildiğini göstermektir. Tanı sınıflamaları içinde OKB olarak değerlendirebilecek iki farklı vakanın ikisinde de altta yatan tamamlanmamış kayıp durumu görülmektedir. Bu da komplike yasin farklı görünümle kliniğe nasıl yansıyabileceğini göstermektedir. Bir başka nokta da, her vakanın önce kendi içinde değerlendirilmesinin gerekliliğini vurgulamaktır. Çünkü sorun ancak hasta ile hekim arasında kurulan empatik ilişki içinde bir tanı grubunu oluşturan kriterler kümesi olmaktan çıkıp yardıma ihtiyaçı olan birisinden aktarılan gerçeğe dönüşür. Bu göz önüne alınmazsa, var olan sorunu sadece tanı sistemlerine oturtarak durumu değerlendirmek tedavi edici hekim hasta ilişkisi kurulamayacağından hastaya yardım etmekte mümkün olmaz. Örneğin bu vakalarda formal bir yeniden yaslandırma te-rapisi uygulanmamıştır. Ancak kurulan terapötik ilişki içinde zaman içinde hastanın kendi yaşadıklarıyla ilgili farkındalık düzeyi artmıştır. Ve hastalar bir gelişim kaydetmiştir. Ancak elbette bu ifade "yası işlenince düzeler" ya da "başka bir tedaviyle düzelmezdi" demek anlamına gelmemelidir. Bu gelişimde tek başına terapi süreci değil katta uygulanan tedavi programı ve ilaç tedavisi birlikte etkili olmuştur. Ancak terapötik süreç hastalarda yaşamın içinde var olan biyolojik zeminde hastalığı alevlendirebilecek olumsuzluklar ve kayıplara karşı bireyin daha sağlıklı duygusal ve bilişsel tepkiler verebilme becerisinin artmasına yardımcı olacaktır. Edinilen içgörü burada anahtar rol oynamaktadır. Burada vurgulanmak istenen "vakaları kriter bazlı tanı sistemleri çerçevesinde 'birşeye benzetmek' psikiyatristin öncelikli çabası haline gelmemelidir" düşüncesidir. Tanı konulup tedavi saptanırken bireyin öznel psikopatolojik gelişimsel yapısı gözden kaçırılmamalıdır. Beş eksenli deskriptif yaklaşım (5) ile bireyin öznel yaşantısının kendi içinde ele alınması gerekmektedir. Çünkü tanısız kaygı gerçekte meslektaşlar arası iletişimin bir uzantısıdır. Oysa bizim öncelikli işimiz hastaya yardımdır.

**KAYNAKLAR**

1. Çevik A. Psikosomatik Hastalıklar ve Bir Tedavi Yaklaşımı. Psikiyatrik Tedaviler ve Davranışçı Teknikler Sempozyumu Kitabı, 1989: 52-61.
2. Çevik A. Psikosomatik Bozukluklar ve AÜTF Psikosomatik Serviste Uygulamalar. 1. Psikosomatik Sempozyumu Bilimsel Yayınları, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1992.
3. Çevik A, Volkan VD. Depresyonun Psikodinamik Etiyolojisi. Depresyon Monografaları Serisi, 1993; 3:109-22.
4. Çevik A, Öncü B. Normal ve Patolojik Yas Kliniğinin Çok Boyutta İncelenmesi ve Tedavi İlkeleri. Psikiyatri Bülteni, 1995.
5. DSM IV. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, 4.baskı, Hekimler Yayın Birliği, 1994; 1998.
6. Elberlik K. Organ Loss; Grieving and Itching. American Journal of Psychotherapy. 1980; 34:4:523-33.
7. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre, 1992.
8. Kaplan I, Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6th ed. Baltimore, Maryland, USA: Williams & Wilkins, 1995: 29:1723-29.
9. Volkan VD, Zinth E. Kayıptan Sonra Yaşam. Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Eğitim Notları, İzmir, 1999: 1.