

## PSİKOZ SANILAN PATOLOJİK YAS: OLGU SUNUMU

Neşe Burcu Bal\*, Rifat Serav İlhan\*, Bilge Kaplan\*\*, Vesile Şentürk Cankorur\*\*\*, Abdülkadir Çevik\*\*\*

### ÖZET

Yas birçok kişinin sevilen bir kişi veya şeyin kaybından sonra yaşadığı yaygın bir durumdur. Normal bir süreç olmasına rağmen kişilerin küçük bir kısmı kaybı hayatlarıyla tam olarak bütünleştiremezler. Kayıp yaşantısından yıllar sonra bile günlük yaşamda ciddi karışıklıklar devam eder ve Komplike Yas olarak bilinen durum ortaya çıkar. Normal yas sürecinin ve bir hastalık olarak Komplike Yas'ın anlaşılması klinisyenler için çok önemlidir. Bu olguda, kocasının kaybından sonra intihar düşünceleri, psödohalüsinasyonlar, emosyonel içe çekilme ve psikomotor yavaşlaması olan 32 yaşında bir kadın hasta Komplike Yas tanısı ve tedavisi açısından tartışılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Yas, komplike yas, obsesif kompulsif kişilik özellikleri, tanı, tedavi

### ABSTRACT

#### **The Case of Complicated Grief: Formerly Diagnosed as Psychotic Disorder**

Grief is a common phenomenon experienced by many people following the loss of a loved one. Although it is a normal process, a small subset of individuals never fully integrate the loss into their life and continue to experience severe disruption in daily life many years after the loss event, a phenomenon known as Complicated Grief. Understanding of the normative grief process and complicated grief as a disorder is crucial for clinicians. In this case report, a 32 years old woman who had suicidal ideations, pseudohallucinations, emotional withdrawal and psychomotor retardation following the loss of husband has been discussed in terms of diagnosis and treatment of complicated grief.

**Keywords:** Grief, complicated grief, obsessive compulsive personality traits, diagnosis, treatment

### GİRİŞ

Yaşamın ayrılmaz bir parçası olan kayıp bireyleri farklı şekillerde etkileyebilir. Bu etkilenme şekli kaybın bireye yakınlığı başta olmak üzere pek çok farklı etkene göre değişebilir (Stroebe, 2007). Bütün insanlar bir

\* Arş. Gör., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

\*\* Psikolog., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

\*\*\* Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

kaybın ardından farklı derecelerde de olsa yas tutarlar. Farklı toplumların kültürlerini ve bireylerin sevdiklerinin kaybına verdikleri tepkileri inceleyen antropologlar, dünyanın neresinde, hangi toplum olursa olsun hemen hemen evrensel olanın, yitirilen sevgi nesnesini tekrar kazanma çabası ve sevilenle tekrar birleşebilecek ikinci bir yaşam inancı olduğunu söylemektedirler (Worden, 2003).

George Engel'e göre ciddi bir yaralanma fizyolojik olarak ne kadar travmatikse, sevilen birinin kaybı da psikolojik olarak o derece travmatiktir (Engel, 1961). Yasın sağlık ve iyilik durumundan ayrılmayı gösterdiğini, fizyolojik olarak bedenin homeostatik dengesini sağlamak için nasıl bir iyileşme süreci gerekiyorsa, benzer şekilde yas tutanın da denge durumuna dönmesi için belli bir süreye ihtiyacı olduğunu savunmaktadır. Kişinin herhangi bir kayıp yaşadığında denge durumuna yeniden dönmesi ve yas sürecini tamamlaması için geçmesi gereken belli yas aşamaları vardır.

Bu aşamalar;

1. Kayıp gerçeğini kabul etmek;

Yas tutmada tamamlanması gereken ilk aşama, kayıp gerçeği ile yüz yüze gelmektir. Kayıp gerçeği kabul edilmediği zaman bir tür inkarla yadsınır. Bu süreçte kişi kaybı kabullenene kadar, pazarlık, sıkıntı ve öfke aşamalarından geçer. Bu aşamalar sıklıkla iç içe geçmiştir.

2. Yasın acısı üzerinde çalışmak

Kişinin kaybın acısını fark etmesi, kabullenmesi ve üzerinde çalışması gerekir. Aksi halde yasin doğal süreci sekteye uğrar. Yas işinin tamamlanabilmesi için bu acının yaşanması gereklidir. Kişinin acısını bastırarak ya da engelleyen her şey yas sürecinin uzamasına neden olur (Parkes, 1972).

3. Kaybedilen kişinin veya şeyin bulunmadığı bir ortama uyum sağlamak

Yas tutan kişi, kaybının daha önce onun hayatında oynadığı rolün yokluğuna uyum sağlamalıdır. Bunun yanında kendi benlik duygusundaki değişikliğe de uyum sağlaması gerekir.

4. Kaybedilene duygusal olarak yeni bir yere yerleştirerek yaşama devam etmek

Yas süreci, yas tutan kişi günlük yaşamında kaybının imgesini abartılmış bir yoğunlukta canlandırma ihtiyacını duymadığı zaman sonlanmaktadır (Volkan, 1985). Yas yaşayan kişi duygusal dünyasında kaybına uygun bir yer bulmalıdır ve geri kalan yaşamını etkin biçimde sürdürebilmelidir.

Yas sürecinin ortalama 6 ay olduğu, bununla birlikte 2 yıla değin uzayabileceği de bildirilmektedir. Bu sürecin normal bir tablo olmaktan çıkıp patolojik bir tablo haline alması da mümkündür (Worden, 2003).

Yas tutan kişinin bu aşamaları tamamlamasına engel olacak durumlar söz konusu olduğunda, yas süreci komplike (patolojik) yas ile sonuçlanabilir. Komplike yas kişiyi aşırı derecede meşgul edecek şekilde yasin yoğunlaşması, maladaptif davranışlara neden olması ya da yas süreci evrelerinin artık ilerlemeden bir noktada kalıp sürekli bir yas tutma haline almasıdır. Uyuma yönelik ilerlemelerin yerini stereotipik tekrarlamalar ve iyileşmenin duraklaması almıştır (Volkan, 2008).

Bazı etkenlerin bir insanı komplike yasa yakınlıklaştırdığı bilinmektedir; kaybedilen ve kaybeden kişi arasındaki çözülmemiş meseleler, kişinin yas tutma kapasitesini zorlayan dış koşullar, geçmişte çözülmemiş kayıplar ve ayrılıklara dayanamayan bir duygusal yapı gibi (Volkan, 2008).

Bu yazıda, ilişkiye ait etmenler, öyküde var olan bazı kişisel etmenler, toplumsal ve durumsal etmenler nedeniyle komplike olmuş ve birçok psikiyatrik hastalık ile karışabilecek görünümde olan bir yas olgusu sunulmuştur.

### OLGU

32 yaşında, kadın hasta. Eşi 4 yıl önce vefat eden hasta iki çocuğu ile Yozgat'ın bir ilçesinde yaşıyor. Kız meslek lisesinden mezun olduktan sonra 3 yıl tezgahçılık yapmış. 10 yıldır çalışmıyor. Bayılma, kendini kaybedip saçlarını yolma, üstünü başını yırtma, sinirlilik, ses duyma, görüntü görme, intihar düşünceleri, kapı pencere kontrol etme, duvardaki lekeleri boyama yakınmaları ile Temmuz 2009'da kliniğimize başvurdu.

Hastanın yakınmaları ilk kez Temmuz 2009'da eşini kaybettikten 1,5 ay sonra sürekli ağlama, uyuyamama ve işsizlik şeklinde başlamış, daha sonra bu yakınmalara sinirlilik, evdeki camları kırma ve sonrasında rahatlatma, çok uyuma, intihar düşünceleri, duvardaki lekeleri boyama, kendini kaybedip saçlarını yolma, kıyafetlerini yırtma da eklenmiş. Bayılmalar günde 3-4 kez oluyormuş. Düşünürken aniden bayılıyor, baygınlık sırasında çevredeki sesleri duyuyormuş. Sonrasında da elbiselerini yırtıyor, saçlarını yoluyor ve ağlayarak uyanıyormuş. Uyandığında yatağın üstünde kendisine emirler veren birini görüyor ve dediklerini yapıyormuş. Çok yiyor, bazen doyduğunu bilmiyor ve sürekli kabızlık çekiyormuş.

Hastanın bu yakınmaları eşinin intiharının ardından başlamış. Hasta, o günü şöyle ifade etmiştir; 2009 yılında eşi bir gün sabah işe giderken spor kıyafetler giymiş olmasına rağmen kravat istemiş. Kravatı ne yapacağını sorduğunda eşi bir arkadaşının istediğini söylemiş. Hasta öğleye doğru eşinin iş yerinden aranmış ve eşinin işe gitmediği ve kendisine ulaşamadıklarını öğrenmiş. Hastamız da eşinin işyerine gitmiş ve eşinin bodrumda kravatla kendini astığını duymuş. Eşinin intihar ettiğine inanmamış. Eşinin arasının iyi olmadığı amcasının oğlunu eşini

öldürmekle suçlayarak ona tokat atmış ve sonrasında camları yumruklamış. Bu sırada baygınlık geçiren hasta, sonrasında hatırlamadığını, evde gözünü açtığını, evin kalabalık olduğunu ve o anda eşinin öldüğünü idrak ettiğini belirtmiştir. Baygınlık esnasında hastaneye götürüldüğünü ve hastanede kendisine bir iğne yapılmış olduğunu ifade etmiştir.

2009'da ilk poliklinik başvurusu olan hasta 2 yıl ayaktan hastanemizde takip edilmiş, Mart 2011 ve Kasım 2012'de hastanemizde, Mayıs 2012'de ise dış merkezde yatarak tedavi görmüş. Ara dönemlerde hastanemizde ayaktan kontrollerine devam eden hasta çeşitli dozlarda Sertralin (ort. 100mg/gün), Alprazolam (ort. 1 mg/g), Klonazepam (ort. 1 mg/g), Risperidon (ort. 1 mg/g) ve Venlafaksin (ort. 150 mg/g) şeklinde ilaç tedavisi almış. Bu süre içinde belirtilerde zaman zaman kısa süreli düzelmeler olan hastanın yakınmaları ilaç tedavisi altındayken artarak devam etmiş.

Hastanın 8 çocuklu bir ailenin 7. çocuğu olduğu, 6 ablası ve 1 erkek kardeşi bulunduğu öğrenilmiştir. Hasta anne ve babasının, en küçük ve tek erkek kardeşi diğer kardeşlerden ayrı tuttuğunu, kız kardeşler arasında ise herhangi bir ayırım olmadığını ifade etmiştir. Erkek kardeşe yapılan bu ayrıcalıktan hastamız sık sık şikayet edermiş. Bunu dile getirdiğinde ise kıskançlıkla suçlanırmış. Hasta, annesine göre babasına daha yakın olduğunu, onu daha çok sevdiğini ifade etmiştir.

Köyde, evde, zamanında, normal yolla doğmuş. Gebelik sırasında annenin herhangi fiziksel veya ruhsal sağlık problemi olmamış. 3. kız çocuktan sonra ailenin erkek çocuk beklentisi olmuş. Hastamızla aynı günlerde amcasının bir oğlu doğmuş. Hastanın annesi eltilisine çocukları değiştirmeyi teklif etmiş, ancak eltisi kabul etmemiş. Yine hastamızın annesi "benim erkek çocuğum olmuyor" diye hastamızın babasına başka bir kadınla evlenmesini önermiş. Bunu da baba kabul etmemiş.

Bebeklik ve çocukluk döneminde fiziksel ve ruhsal gelişimi normal olan hastamız ilkokul 1. sınıfta tuvalet okulun dışında olduğu için gitmeye korkup gündüz altına kaçırmaya başlamış. Daha sonra başlayan enürezis noktürna orta 2. sınıfa kadar sürmüş ve tedavi ile düzelmiş. Annesi bu duruma çok kızıyor. O dönemde evde hatırladığı herhangi bir sorun yokmuş. Erkek kardeşini doğduğundan beri kıskanıyor ve bunu hep söylüyormuş. Büyüyünce kardeşine karşı kıskançlığı azalmakla beraber halen devam ediyormuş. Hasta kendisini çekingen, toplum içine giremeyen, içine kapanık, arkadaş edinemeyen bir çocuk olarak ifade etmiştir.

7 yaşında, köy ilkokuluna başlayan hastamızın öğretmenlerle geçimi iyiymiş. Zor arkadaş edinirmiş, 1-2 arkadaşı varmış. 1. sınıfta okuma-yazmayı öğrenmiş. Solak olan hastanın okul başarısı genelde ortaymış. İlkokulu köyde tamamlamış, ortaokulu ise ilçede okumuş. Liseye kız meslek lisesi dikiş bölümünde devam etmiş. Öğretmen olmayı çok istiyormuş. Üniversite sınavına girmiş, ilk seferde kazanamayınca bir daha denememiş.

Liseden mezun olduktan sonra 1 yıl bilgisayar kursuna gitmiş. 3,5 yıl bir mağazada tezgahtarlık yapmış. Evlenmeden önce işi bırakmış ve bir daha hiç çalışmamış. Geçirdiği önemli bir hastalık, kaza, travma yok. İki kez yüz felci geçirdiğini ve bunun da üzüntüden olduğunu ifade etmiştir. Ailesi hastanın evlenmesine karşı çıkmış. Bu dönemde hasta ailesi ile ilk tartıştığında konuşamama ve yüzünde kasılma olmuş. Sol tarafı hiç hareket etmiyormuş, ağzının sol kısmını hareket ettirememiş ve gözünü kapatamamış. Bu tartışmalar sürerken 1 ay sonra ikinci kez aynı şekilde konuşamama ve yüzde kasılma olmuş. Yüz felci tanısı ile ilaç tedavisi ve fizik tedavi görmüş. Bundan sonra ailenin hastaya karşı tavrı yumuşamış, ancak yine de evliliğine onay vermemişler. Bu dönemde hastada mutsuzluk, isteksizlik, hayattan zevk alamama, iştahsızlık gibi depresif belirtiler olmuş, ancak herhangi bir tanı veya tedavi almamış. Hasta ailesini ikna etmek için çok ısrar etmiş, ancak ailesi evliliğine onay vermeyince eşi ile kaçarak

evlenmiş. Düğününde tanımadığı yabancı insanlar varken ailesinden hiç kimse yokmuş, bu yüzden kendisini çok yalnız ve mutsuz hissettiğini belirtmiştir. Kaçtığına hiç pişman olmadığını ifade eden hasta, eşine kaçtığı için annesinin ona beddua ettiğini, bu yüzden eşinin öldüğünü düşünüyormuş. “Evden kaçmasaydım eşim intihar edip ölmeyecekti” şeklinde kendini suçladığını ifade etmiştir.

Eşi vefat ettikten sonra hasta ve iki çocuğu başka eve taşınmış. “O evde duramadığım için değiştirdim” demiştir. Çocukların da eşyaları dahil evdeki eski eşyaların hepsini, eskiyi hatırlattığı için yenilediğini belirtmiştir.

Evlendikten sonra çok arkadaş edindiğini, ancak eşini kaybettikten sonra arkadaşlarının ilgilenmesine rağmen onlardan uzak durduğunu, son 1 yıldır arkadaşlarının da kendisi ile ilgilenmediklerini, sadece ev işinden keyif aldığını söyleyen hasta, şu anda eşinden kalan para ile geçiniyormuş. Ekonomik durumu orta seviyede imiş.

Premorbid dönemde hasta kendisini civil civil, en ufak şeyden mutlu olan, çok iyimser, hayatından memnun bir insan olarak tanımlamıştır.

Hastanın ölümüne karşı tepkileri öğrenilmek istendiğinde yakınından birinin öleceğini hiç düşünmemiş. “İnsanlar yaşlanır, hasta olur veya bir kaza geçirir, ölüm ancak o şekilde olur” diye düşünürmüş. Genelde babası yaşlı olduğu için onun ölebileceği aklına gelirmiş. Babasını çok sevdiği ve ona çok bağlı olduğu için onu kaybetmekten çok korkarmış.

Eşi lise mezunu olup bir galeride muhasebeci olarak çalışıyormuş. Eşini sessiz sakin, çok uyumlu, anlayışlı bir insan olarak tanımlamıştır. Eşiyle çok mutlu olduğunu, çok nadir tartıştıklarını, hiç ayrılık dönemi yaşamadıklarını belirtmiştir. “Hiçbir kötülüğünü görmedim” demiştir. Eşini kusursuz, çok anlayışlı ve çok iyi bir insan olarak anlatmıştır. Eşine ait bazı özel eşyaları saklıyormuş. Bunlar öldüğü gün üstünde olan kıyafetleri, cüzdanı, telefonu, parfümü, diş fırçası ve

kendini astığı iki parça halinde kravat imiş. Bu eşyaları sandıkta saklıyor, arada bir çıkarıp, yatağın üstüne serip ağılıyor ve her seferinde de bayılıyormuş. Haftada bir mezarına ziyarete gidiyormuş.

10 (kız) ve 7 (erkek) yaşında iki çocuğu olan hasta, çocukları ile ilişkilerinin çok iyi olduğunu, ancak oğlu çok yaramaz olduğu için ona çok bağırdığını, bağırdığı için de pişman olduğunu ifade etmiştir. Kızının birkaç kez eşi ile arasında yattığını, eşi öldükten sonra bu yüzden kızına öfkelenip ve "sen bizi ayırdın" diye kızdığını belirtmiştir.

Ailede ruhsal hastalık öyküsünde, annede, üç ablasında, dayısının ve amcasının kızında majör depresyon olduğu ifade edilen psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktadır. Ailede başka tıbbi hastalık öyküsü bulunmamaktadır.

Fizik muayene ve sistem sorgusu normal bulunmuştur.

Laboratuvar bulgularında VitB12 düşük (179 pg/ml) bulunmuş ve im. VitB12 ile replase edilmiştir. Hafif düzeyde hiperlipidemi tespit edilen hastaya diyet önerilerinde bulunulmuştur.

Nörolojik muayenede servikal herniye bağlı; sağ el 4. ve 5. parmaklarda güç ve yüzeysel duyu kaybı saptanmıştır. Kranial sinirler, diğer kas gücü ve duyu muayenesi, serebellar muayene, derin tendon refleksleri normaldi. Patolojik refleks izlenmemiştir.

#### **Ruhsal durum muayenesi:**

Yaşında gösteren hastanın giyimi sosyoekonomik durumu ile uyumlu, öz bakımı yeterliydi. Görünür bedensel bir kusuru yoktu, kilosu boyuna göre hafif düzeyde fazlaydı. Durgun görünüyor, alçak sesle konuşuyordu. Sadece sorulara cevap veren hasta görüşme boyunca yardımcı ve işbirlikçi bir tutum içindeydi. Cevaplar anlamlı ve uygundu. Göz teması yeterliydi. Zaman zaman sıkılıp görüşmeyi kesmiştir. Bilinç açık, bellek, dikkat yeterli, yönelim kusuru yoktu. Emir veren, zaman zaman umut veren sesler ve yatağının

üstünde oturan tanımadığı bir insan şeklinde hipnagogik ve hipnopompik halüsinasyonlar tarif etmiştir. Düşünce yapısında kusur olmayan hastanın konuşması spontan ve amaca uygundu. Yoğun depresif ve suicidal içerikli düşünceler var olup temizlik ve kontrol obsesyonları hakimdi. Duygu durumu çökkün, duygulanım ve psikomotor aktivite normaldi. Zeka klinik olarak normal izlenimi veriyordu (Doğan, 2014).

#### **Psikolojik değerlendirme:**

Hastaya MMPI, TAT ve BCT uygulanmıştır.

Uygulanan MMPI'da hastanın ego işlevselliğinde bozulma olduğu, depresif, üzüntüye ve yalnız kalmaya eğilimli, bağımlı, immatür, anksiyöz ve gergin bir kişilik yapısına sahip olduğu görülmüştür. Eşinin intiharı ile ilgili suçluluk duyguları vardır ve stres durumlarında hayal ve fantezi dünyasına çekilerek tepki vermektedir. Olumsuz duygularını bastırdığı, inkar ettiği veya dolaylı yollardan ifade ettiği, karamsar olduğu, projektif testlerde suid riski dikkati çekmiştir. Kişilerarası ilişkilerinde bağımlı ve yüzeyseldir. TAT'de, yoğun pişmanlık ve suçluluk duyguları olan, umutsuz, çaresiz, terkedilmiş ve yetersiz kadınlarla özdeşim kurduğu dikkati çekmiştir. Gözlem, görüşme ve test bulguları birlikte değerlendirildiğinde, eşinin kaybindan sonra hastanın komplike yas sürecine girdiği ve buna bağlı olarak depresyonun izlediği görülmüştür. Yanı sıra hastanın stres durumlarında psikosomatik belirtiler gösterdiği ve öfkesini pasif agresif şekilde ifade ettiği söylenebilir.

#### **İzlem**

Hasta Kasım - Aralık 2012 tarihleri arasında AÜTF psikosomatik katında yatarak tedavi görmüştür. Yattığı süre içinde 200 mg/g Ketiapin, 150 mg/g Venlafaksin tedavisi görmüş, vit B12 replasmanı yapılmıştır. Farmakoterapiye ek olarak psikoterapi programı uygulanmıştır. Bu psikoterapi programında hasta bireysel psikoterapi görmüş ve kapalı grup psikoterapisine katılmıştır.

Bireysel psikoterapi sürecinde başlangıçta eşini çok yücelttiği, yoğun suçluluk düşünceleri ve yetersizlik düşünceleri olduğu izlenirken, ilerleyen görüşmelerde eşine karşı öfkelenmeye başladığı, eşinin ölümü ile ilgili suçluluk duygularının azaldığı, yaşamına verdiği değer arttığı izlenmiştir. Son görüşmelerde, suçluluk duyguları azalmış, özgüveni artmış, çökkün duygu durumunun yerini geleceğe dair plan ve umutlar almıştır.

Grup terapisi sürecinde ise ilk başlarda duygu ifade etmekten çekindiği izlenmiş, ilerleyen gruplarda konversif bayılmalarına içgörü geliştirmiş, ilgilenilmediğinde bayılmanın süresinin kısaldığını ve aslında bunu kendi kendine yaptığını belirtmiştir. Eşine olan öfkesini başkalarına yansıttığını fark etmiş, zaman içinde duygu ifade etmeye başlamış ve diğer grup üyelerine yapıcı geribildirimlerde bulunabilmiştir.

### **TARTIŞMA**

Bu olgu aracılığı ile komplike yas vakası ele alınmıştır. Özetle eşini intihar sonucu kaybeden 32 yaşında kadın hastanın, yas sürecinde kaybın kabul edilmesi aşamasında takılıp kaldığı ve hastada yas aşamalarının ilerlememesi sonucu komplike yas geliştiği izlenmiştir. Hastanın belirtileri suisidal düşüncelerin eşlik ettiği depresif belirtiler, dissosiyatif belirtiler, psödohalüsinasyonlar, konversif bayılmalar, temizlik obsesyon ve kompulsiyonları şeklinde çok geniş bir yelpazede seyretmiştir. Bu şekilde hasta ayrıntılı olarak ele alınmadığında; psikotik bozukluk, dissosiasyon bozukluğu, konversiyon bozukluğu, psikotik özellikli major depresyon veya obsesif kompulsif bozukluk şeklinde yanlış tanıları konularak uygun olmayan tedavi riskine açıktır. Ancak hastanın ayrıntılı olarak değerlendirilmesi ile; psödohalüsinasyonlar, dissosiyatif ve konversif nöbetler, yas ile bağlantılı kompulsiyonlarla seyreden komplike bir yas vakası olduğu anlaşılmıştır.

Hasta yasin belli bir aşamasında takılmış, bu da komplike yas tablosunun ortaya

çıkmasına neden olmuştur. Hastanın obsesif kişilik özellikleri, eşi ile ailesinin onayı olmadan evlenmesinin, eşi ile olayların veya sorunların paylaşılmamış olmasının, eşinin kendisinin verdiği kravatla intihar etmesinin ve hastada komplike yas tablosuna neden olduğu düşünülmüştür.

Hastanın tedavi sürecinde bayılmaları geçmiş, suçluluk duyguları, değersizlik hissi ve sinirliliği azalmış, intihar düşünceleri kaybolmuştur ve Ketiapin 100 mg/g, Venlafaksin 150 mg/g ilaç tedavisi ile Aralık 2012'de taburcu edilmiştir. Mart 2013'te ve Ocak 2014'te psikosomatik ünitesinde dış gruba katılan ve poliklinik kontrolü yapılan hastanın daha önceki belirtilerinin tekrar etmediği, ancak kontaminasyona ilişkin obsesyon ve kompulsiyonlarının devam ettiği izlenmiştir. Hastanın bu obsesyon ve kompulsiyonlarının komplike yastan bağımsız olduğu kanaatine varılarak Venlafaksin dozu 225 mg/g'e çıkarılmıştır.

Sonuç olarak hastada komplike yasin düzelmesi, hastanın kaybı kabullenmesi ile başlamış ve sonra diğer aşamalarla ilgili gelişmeler gösterdiği izlenmiştir. Abartılı bir şekilde yaşadığı acıyı makul düzeye indirgeyebilmiş ve bundan sonraki yaşamına uyum sağlayabilmek adına hayaller kurmaya başlamıştır. Bir işe girip çalışmak, çocuklarına iyi bir gelecek sağlayabilmek için planlar yaptığı izlenmiştir. Hastanın tedavi sonlanırken ifade ettiği "Ben yoktum, ben varmışım" cümlesi komplike yastan çıkarak yaşamdaki yoluna devam ettiği şeklinde yorumlanabilir.

**KAYNAKLAR**

Doğan Y. B. (2014) Ruh hekiminin klinik eğitiminde hasta-hekim ilişkisi, Kurgu Kültür Merkezi Yayınları, s. 153-201.

Engel G. L. (1961) Is grief a disease? A challenge for medical research. Psychosomatic Medicine, 23, s.18-22.

Parkes C.M. (1972) Bereavement: Studies of grief in adult life. New York: International Universities Press, s.173.

Stroebe M., Schut H., Stroebe W. (2007) Health outcomes of bereavement. Lancet;370:1960-s.73.

Volkan V.D. (2008) Kayıptan sonra yaşam. İng. Çev. Kocadere M. Vahip I. Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri Yayınları, 6, s. 43.

Worden J.W. (2003) Yas danışmanlığı ve yas terapisi. İng. Çev. Öncü B. Ankara üniversitesi Basımevi, s.3.