

Genel Tıbbi Duruma İkincil Cinsel Kimlik Bozukluğu İle Başvuran Yas Olgusu

Dr. Ayşegül YILMAZ¹, Psik. Özge ÇERİ², Dr. Elif TATLIDİL³, Dr. Orhan Murat KOÇAK⁴, Dr. Atilla SOYKAN⁵

Özet / Abstract

D.G., 59 yaşında, emekli, evli, 3 çocuk babası erkek hasta. 1996 yılından önce psikopatoloji tarif etmeyen hastada aynı yıl geçirdiği miyokard enfarktüsünden sonra, 1997 yılında geçirdiği bypass cerrahisi sonrası sertleşme (ereksiyon) problemi başlamıştır. Bir süre sonra ise hastada, kullandığı spironolakton ve digoksin'in yan etkisi olarak jinekomasti gelişmiştir. Vücudundaki bu değişikliklere uyum sağlamakta güçlük çeken hasta önceleri uzun bir depresyon dönemi tarif ederken, sonrasında kendisinde değişiklikler fark etmeye, kadın gibi hissetmeye başlamıştır. Kliniğimize başvurduğu son aşamada, kadın olarak hayatına devam etme kararı aldığını söyleyen ve bu konu ile ilgili gerekli operasyonları yaptırarak "pembe kimlik" almak istediğini belirten hasta tek isteğinin kadınlığı öğrenmek olduğunu belirtmektedir. Tıbbi literatürde genel tıbbi durum sonrası cinsel kimlik bozukluğu olarak nitelenebilecek bir klinik tablo ile karşımıza çıkmış ilk olgudur. Olgu yas kavramı zemininde tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Yas, inkar, jinekomasti, cinsel fonksiyon bozukluğu

SUMMARY: A Mourning Case That Referred with Sexual Identity Disorder Secondary to a General Medical Condition

D.G. was a 59-year-old male patient who was retired and married, and had 3 children. He reported no psychopathology prior to a myocardial infarction he had in 1996. Following bypass surgery he had erectile dysfunction. Subsequently, gynecomastia developed as a side effect of spironolactone and digoxin treatment. After a long period of depression he claimed was caused by non-adaptation to the changes in his body, he realized differences about himself; he began to feel like a woman. Upon referral to our clinic, he said that he had decided to continue his life as a woman and wished to get pink colored (as opposed to blue for male) identity card issued by the Turkish Government for female Turkish citizens. He reported that his wish was to learn how to become a woman. This is the first case in the medical literature defined as sexual identity disorder secondary to a general medical condition. The case is discussed in terms of pathological grief reaction.

Key Words: Mourning, denial, gynecomastia, sexual function disorder

Geliş Tarihi: 16.03.2008 - Kabul Tarihi: 27.06.2008

¹Uzm., ²Psik., ³Asis., ⁵Prof., Ankara Ü Tıp Fak., Psikiyatri AD., Ankara. ⁴Yrd. Doç., Kırıkkale Ü Tıp Fak., Psikiyatri AD., Kırıkkale.
Dr. Ayşegül Yılmaz, e-posta: aysgulyilmaz@yahoo.co.uk

GİRİŞ

Yas tutma süreci, herhangi bir kayıp ya da değişikliğe psikolojik olarak yanıt verme sürecidir. Eric Lindemann, yası belirli semptomatolojisi ve seyri olan bir sendrom olarak ele almış ve şu şekilde tariflemiştir; “kayıpla başlayan, duygusal, bilişsel, davranışsal, bedensel ve sosyal alanlarda değişimlerle belirlenen, dikkatle izlenmesi ve ele alınması gereken karmaşık bir süreç, bir yaşantıdır (Lindemann 1944).

Vamık Volkan ise, yas tutmayı “herhangi bir yitim ya da değişikliğe verilen psikolojik yanıt, iç dünyamız ile gerçeklik arasında uyum sağlayabilmek için yaptığımız uzlaşmalar” olarak tanımlamıştır (Volkan ve Zintl 1999). Yas kelimesi zihnimizde neredeyse her zaman bir yakının kaybını canlandırırsa da boşanma, organ kaybı, iş kaybı, sağlığın bozulması gibi pek çok farklı kayıptan ya da kayıp tehdidinden sonra yas sürecinin yaşanması söz konusudur (Çevik 1999, Freud 1917, Volkan ve Zintl 1999).

Freud’a göre sevilen bir yakının ya da nesnenin kaybı bireyin nesne üzerinden yaptığı yatırımı kesintiye uğrattır. Bu durum kendilik değerinde azalmaya neden olur. Kaybı yaşayan birey tekrar tekrar anılara dönerek ve kaybı zihninde canlı tutmaya çalışarak somut anlamdaki kaybı ideasyonel anlamda tamir etmeye çalışır. Zaman içinde birey zihninde yaşadığı ile gerçekte olanın kopukluğunu farketmeye başlar. Bu farkındalıkla birlikte kayba yaptığı ancak somut nesnesi olmayan yatırımı başka nesnelere yönlendirmeye çalışır ve bu, hem kaybın kabulünü hem de bireyin yas sürecini tamamlamasını sağlar (Clewel 2004, Freud 1917, Koçak ve Çevik 2002).

Ancak kaybedilenin abartılı bir ego ideali oluşturması, kayıp yaşayan kişilerde ambivalansı artırır. Bu durumda yas komplike, patolojik bir hal alabilir. Ayrıca kaybın travmatikliği ve beklenmezliği ile ilişkili olarak yas sürecinin komplike olmasının daha muhtemel olduğu da bilinmektedir (Bowlby 1980, Brickell ve Munir 2008, Kersting 2007). Zira, ani kayıplarda, kaybın kişinin hayatında nasıl bir role sahip olduğu önemlidir. Kayıp genellikle kişinin kendini çaresiz, yetersiz, beceriksiz, çocuk gibi ya da yıkılmış olarak hissettiği yoğun bir regresyona yol açabilir (Worden 1991).

Bu yazı, ego ideali için önemli bir nesnenin beklenmedik bir şekilde kaybının ardından hastada ortaya çıktığı düşünülen yas sürecinin çok farklı psikopatolojik süreçleri biçimlendirebileceğini göstermeyi amaçlamıştır.

OLGU

D.G, 59 yaşında, yüksekokul mezunu, bankadan emekli, evli ve 3 çocuk babası erkek hasta. D.’nin şikayetleri 1997 yılında, 1996 yılında geçirdiği miyokard enfarktüsü (MI) nedeniyle geçirdiği bypass cerrahisi sonrasında başlamıştır. Hasta, MI öncesine kadar hiçbir şikayeti olmadığını ve hiç doktora gitmediğini, MI geçirdiği gün ilk kez ölüm duygusu ile karşı karşıya kaldığını ve çok korktuğunu belirtmiştir. Ameliyat öncesi, düzenli ve mutlu bir aile yaşantısı olan hastanın bypass cerrahisi öncesindeki son bir haftaya kadar, eşi ile haftada 2 kez düzenli cinsel ilişkisinin olduğu ve sertleşme, boşalma, haz ve istek konularında hiçbir sıkıntısının olmadığı öğrenilmiştir. Hasta, MI sonrası kendisini takip eden kardiyoloji doktorunun ve ürolog olan kardeşinin önerisi ile anjiyografi yaptırmak üzere Ankara’ya bir üniversite hastanesine başvurmuştur. Niyetinin anjiyografi sonucunun temiz çıktığını öğrendikten sonra bir an önce evine dönmek olduğunu belirten hasta, anjiyografi sonrası damarlarının nasıl olduğunu kardeşine ve doktorlarına sorduğunda “bir sorun yok” cevabını almıştır. Taburculuk işlemlerinin yapılmasını beklerken dosyasını görmek isteyen hasta, son paragrafta “tedavi planı; bypass yapılması önerilir” cümlesini okuduktan sonra öfke ile kardeşi ve doktorunu görmek istemiştir. Kardeşine ne kadar öfkeli olduğunu söyledikten ve kandırılma nedenini öğrenmek istediğini belirttikten sonra yaptıkları tartışmada 3 damarının tıkalı olduğunu öğrenmiş, ameliyat olmaya ikna olmuş ve bypass cerrahisine girmiştir. Ameliyattan sonra bakıma ihtiyacı olabileceğini düşünmüş, eşi ve çocuklarının yoğun temposu nedeniyle kızkardeşinin yanına gitmiş ve 6 ay süre ile orada kalmıştır. Kalp yetmezliğine yönelik olarak diüretik (spironolakton) ve digital (digoksin) tedavisi başlanan hastanın bir süre sonra sertleşme problemi gelişmiştir. Ancak hasta, eşinden zaten uzakta olduğu ve ameliyat sonrası bu tür sorunların olabileceği düşüncesi ile bu durumu önceleri fazla önemsememiştir. Daha sonra ise göğüslerinde büyüme fark eden hasta doktoru ve kardeşine danıştığında, kullandığı spironolakton ve digoksine bağlı olarak böyle yan etkiler görülebileceği, ancak çok önemli bir durum olmadığı yanıtını almıştır. Sertleşme problemi giderek kötüleşirken, göğüslerindeki büyüme hastayı rahatsız etmeye başlamış, bakılan hormon profilinde, östrojen hormonunun kendisi yaşındaki bir erkek için olması gereken düzeyden yüksek olduğunu öğrenen hasta kendisinde meydana gelen değişiklikler ile ilgili kitap ve ansiklopedileri okumaya başlamıştır. Aldığı bilgilerle bu durumu “benim göğüslerim büyüyor, hormonlarım da yükseliyor, ben kadın gibi hissetmeye başlamam öyle

değil mi? diyerek doktoruna ve kardeşine danışmıştır. Kendisine durumun sadece yan etki olduğu, ilaçlara bağlı östrojen hormonunun yükselebileceği, zaten kalbi korumak için östrojenin yükselmesinin tedavideki hedeflerden biri olduğu, ancak ilaçların hisleri değiştirmesinin, onun kadın gibi hissetmesine neden olmasının imkansız olduğu belirtilmiştir. Başka bir üroloji doktoruna başvurmayan hasta ürolog olan kardeşinin “ilaçları kesmen riskli, ilaçların yanına testosteron verilmesi daha da riskli, sildenafil (viagra) gibi ilaçları ise kalp yetmezliği nedeni ile kullanamazsın, zaten bu yaşlara gelen her erkek benzer sorunlarla karşılaşır, dolayısı ile hayatına bundan sonra cinsel yaşamı daha az aktif bir erkek olarak devam etmeye kendini alıştırsan iyi olur” demesi üzerine tartışmaya başlamıştır. Bu dönemden sonra birkaç yıl gibi uzun bir süre, hayattan ve yaşamaktan artık keyif almadığı, daha önce yaptığı (arkadaşları ile buluşmak, kahveye gitmek, tavla oynamak.. vb) aktivitelerin hiçbirinden zevk almadığı, dışarıya çıkmak istemediği bir dönem anlatan hasta, ailesinden kimseye haber vermeden bulunduğu şehirden ayrılarak sosyal çevresinden uzaklaşmış ve kendi deyi-mi ile intihara niyetlenerek kullandığı ilaçların hepsini kesmiştir. Ailesinden kimsenin kendisine ulaşmadığı bu birkaç aylık dönemde hastanın kilosu vücudundaki ödem nedeni ile 130 kiloya kadar ulaşmıştır (normaldeki kilosu 75 kilogram civarında). Ancak yine de “ölemediğini” söyleyen hasta daha sonra yakınlarının kendisine ulaşması ile ailesinin yanına geri dönmüş ve aile yakınlarına “bir daha böyle bir şeye kalkışmayacağına” dair söz vermiştir. Hasta “ben hayatım boyunca verdiğim sözleri hep tuttum, tükürdüğümü de hiç yalamadım” şeklinde artık intihar fikrini hayatından çıkardığını anlatırken, “ancak, şimdi ki aklım olsaydı o dönemde ilaçları kesmek yerine 3 tane digoksin alırdım” demiştir. D., ameliyattan sonra (5 yıl boyunca) eşinden hiç cinsel ilişki talebi olmamasına rağmen, evine geri döndüğünde (2002 yılında), eşine “beni uyarmaya çalışsana” diyerek cinsel ilişki teklif etmiştir, ancak eşinin kendisini uyarmadığını, hiçbir şey hissedemediğini belirtmiştir. Aynı dönemde kendisinde değişiklikler fark etmeye başlayan hasta eskisi gibi kadınlardan hoşlanmadığını, hiçbir kadını düşünmenin, hayal etmenin, çok güzel bir kadınla birlikte olma fikrinin bile kendisini heyecanlandırmadığını fark etmiştir. Daha sonra ise erkek arkadaşlarından tamamen uzaklaşmış, onların ‘belden aşağı’ konuşmalarından rahatsız olmaya başlamıştır. Bu dönemde erkeklerden hoşlanma fikri gelişen hasta kendisini bir kadın olarak hayal ederken, kendisini uyaranın da bir erkek olduğunu düşlemeye başlamıştır (daha sonra öykü ayrıntılandırıldıkça fark edilen; burada uyarılmadan kas-

tedilenin ereksiyon, ejakulasyon ya da orgazm gibi cinsel işleve ilişkin bir yaşantı olmadığıdır, hastanın ameliyat sonrası hızla kademeli olarak kötüleşen sertleşme problemi daha sonra düzelmemiştir, hastanın kastettiği durum, hoşuna gitme şeklinde, fiziksel olmaktan çok duygusal bir yaşantıdır). Yine evde geçirdiği bu dönemde, önceki dönemden farklı olarak, eşi ve çocuklarından habersiz, bir dükkandan kadın iç çamaşırları ve plastik penis ısmarlamış ve eşi ve çocuklarının evde olmadığı saatlerde çamaşırları giymeye ve plastik penis ile uyarılıp uyarılmayacağını görmek için anal bölgeden denemeler yapmaya başlamıştır. Yaptığı denemelerden keyif alan hasta, kadın çamaşırları giymekten hoşlandığını, aynada kendisine bu şekilde bakmaktan keyif aldığını belirtmiştir. D., ailesi ile paylaşmadığı bu dönem sonrasında yavaş yavaş kendisindeki ve giyim tercihindeki değişiklikler fark edildikçe saçlarını uzatmaya karar vererek, sütyen kullanmaya ve dış görünüşündeki farklılığı gizlemekten vazgeçerek vücudunun hatlarını belirginleştiren kıyafetler giymeye başlamıştır. Yakınlarının isteği ile bulunduğu şehirde bir psikiyatriste başvurmuş ancak görüşmelerden herhangi bir yarar görmemiştir. Eşi ve çocukları tarafından bu durum anlayışla karşılanmakla birlikte “beni okula almaya gelmesen de olur” ya da “işyerine bir süre gelmene gerek yok” şeklinde ifadeler kullanmalarına bağlı olarak ailesi ile aynı küçük yerleşim yerinde kalmasının kendisinin ve onların sıkıntısını artıracaklarını düşünerek şehir değişikliği kararı almış ve o dönemden itibaren aileden uzakta Ankara’da yaşamaya başlamıştır. Hasta, Ankara’ya geldiği dönemden itibaren düzenli olarak eşi ile görüştüğünü ve hala ilişkilerinin devam ettiğini bildirmiştir. Ankara’da yine önerilerle bir psikiyatriste gitmeye başlayan hasta, bu psikiyatristi ile daha iyi anlaştıklarını belirtmiştir. Antidepresan (sertralin 100 mg/gün) tedavi başladıktan sonra, kendisini takip eden doktoru tarafından yapılan öneri ile kliniğimize başvuran hasta şu andaki durumunu ise mutsuz ancak, durumu ile barışık şeklinde tarif etmektedir. Kadın olarak hayatına devam etme kararı aldığı, eşi ve çocuklarından uzaklaşarak hayatını yeniden kurmak istediğini, Ankara’ya geldikten sonra tanıştığı ve yıllar önce ameliyat ile kadın kimliğine kavuşmuş arkadaşlarının desteği ile aynı yollardan geçerek pembe kimlik alacağını belirten hasta hastaneye yatma gerekçesini ise, “nasıl kadın olunur onu öğrenmek ve kendisi için olan önerileri almak” şeklinde tanımlamaktadır.

Ameliyattan önce psikopatoloji tarif etmeyen ve öyküsünde homoseksüalyeti düşündürecek bir durum ve psikotik semptom bulunmayan hastanın psikiyatrik bakışı aşağıda özetlenmiştir.

Psikiyatrik bakı

Hastamız 175 cm boyunda, yaklaşık 75 kg ağırlığında, esmer tenli, iri yapılı, erkek hasta. Başvurduğu dönemde, ilk bakışta giyimi sosyokültürel durumu ile uyumlu görünen hastanın yapılan ilk görüşmede jinekomastisi, giydiği dar kıyafetler nedeni ile fark ediliyordu. Göz ilişkisine girmekten başlarda kaçınan hasta yüksek sesle ve hızlı bir tempo ile konuşuyordu. Duydurumunda elemya da anksiyete tarif etmeyen hastanın özellikle doktoru ve doktor olan kardeşi ile ilgili sorulara yanıt verirken öfkesi dikkati çekiyordu. Düşünce içeriğinde “kadın olmak” ile ilgili tekrarlayan temalar dışında, oryantasyon, bellek, dikkat, algı, düşünce (yapısı, akışı) ve psikomotor aktivite alanlarında herhangi bir patoloji gözlenmemiştir. Öyküden, hastanın depresyon kriterlerini yaklaşık 6 aydır karşıladığı anlaşılmıştır. Başka bir psikopatoloji saptanmamıştır.

ÖZGEÇMİŞ

(Küçük bir yerleşim yerinde yaşayan hastanın özgeçmiş bilgileri etik endişeler nedeni ile kısıtlı verilmeye çalışılmıştır).

Hasta, 1949 yılı doğumlu. Anne-baba görüşü usulüyle evlenmiş. Ailesinin cinsiyet beklentisi olmayan hastanın bebeklik ve çocukluk yıllarında ruhsal ve fiziksel gelişim dönemlerinde herhangi bir aksama tarif edilmiyor. Hastanın annesi 93 yaşında, babası ise 83 yaşında vefat etmiş.

D’nin çocukluk yıllarında, o dönemin siyasi şartları nedeniyle yaşadığı ortam çok karışıkmiş. Çoğu zaman sokağa çıkma yasağı olduğu için günlerinin büyük bölümü evde geçermiş. Torunların içinde en büyük kendisi olduğu için hep D’nin dediği olurmuş. O dönemde daha çok dedesi ile vakit geçiren hasta en son 9 yaşında dedesi MI nedeni ile ani bir şekilde öldüğü zaman ağladığını söylüyor. Kendisinden 2 yaş küçük bir kız kardeşi ve 6 yaş küçük bir erkek kardeşi olan hasta okul döneminde başarılı bir öğrenciymiş. İlk cinsel deneyimini 16 yaşında genelevde yaşamış, bu ilişkide ve sonraki ilişkilerinde herhangi bir sıkıntı tanımlamıyor.

1960’ta siyasi olaylar azalmış, 1964’te Lise 1’de okurken askerlik yapmaya başlamış. Bir süre sonra askerlik yaptığı ekibin komutanı olmuş, 16 yaşında olmasına rağmen, emrinde yaşça kendisinden büyük kişiler varmış. Ancak o dönemde 2 kişinin ölümüyle sonuçlanan kararlar almak zorunda kalmış ve bu ölümler sonrası 3-4 yıl et yiyememiş. Liseden mezun olduktan sonra askerlik devam etmiş. Askerliği toplam yedi yıl süren hasta şimdiki kararlılığını, “biz savaş yıllarında yaşayan insanların karar verdi mi bir daha arkasına bakmaması gerekir, tersi olur, biraz tereddüt yaşarsanız hayatta kalamazsınız” şeklinde açıklıyor.

1969 yılında üniversitede işletme bölümü’ne başlamış. 1970’de büyük bir bankada çalışmaya başlayan hasta gündüz çalışıyor, gece okuyormuş. Kız kardeşinin tanıştırdığı şimdiki eşi ile 1975’te evlenmişler. Mutlu bir birliktelikleri olduğunu söyleyen hasta eşi ile çok yakın arkadaş olduklarını, ondan hiçbir şeyini saklamadığını, hala onu sevdiğini ama eşi gibi görmediğini belirtiyor. Bir kızı ve iki oğlu olan hastanın, soygeçmişinde, psikiyatrik bozukluk öyküsü olan herhangi bir aile üyesi saptanmamıştır. Hastamız yaklaşık 20 yıldır günde 1 paket sigara kullanmaktadır.

Psikometrik testler

Hastaya Uygulanan Testler: Mini Mental Durum Değerlendirme Testi (MMSE), Kısa Bilişsel Değerlendirme Çizelgesi (KKM), Bender-Gestalt Görsel Motor Algı Testi, Benton Görsel Bellek Testi, Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI), Beier Cümle Tamamlama Testi (BCT), Tematik Algı Testi (TAT), Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Durumluk-Sürekli Öfke Ölçeği, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, Young Şema Ölçekleri ve Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri.

Hastaya, uygulanan tüm organik test sonuçları normal sınırlarda değerlendirilmiş (MMSE puanı 30, KKM puanı 57) ve bu testlerde hastanın yaşından beklenenin üzerinde bir performans sergilediği gözlenmiştir. Uygulanan diğer testlerden elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI); testi geçerlik skalaları, testte kendini en iyi biçimde sunmaya çalışan hastanın; kabul edilmez duygularından, dürtülerinden ve sorunlarından kaçtığına ve bunları inkar ettiğine işaret etmektedir. MMPI testi profilinde; dünyayı uçlarda –iyi ve kötü olarak –gören hastanın; sevilme, kabul edilme ve kendisini yaşamı üzerinde kontrol sağlıyor gibi gösterme gereksinimi belirgin olarak izlenmektedir. Paralel olarak; sosyal ilişkilerinde reddedilme olasılığına yönelik endişe yaşadığı anlaşılan hastanın; öfke, kırgınlık gibi duygularından ve kendini ortaya koymayı içeren yüzleşme durumlarından kaçındığı izlenmektedir. Çoğunlukla çok katı bir optimizm gösterdiği düşünülen hastanın; bazı şeyler görünür biçimde felaket ya da başarısızlıkla çevrelenmişken bile bu iyimserliğini ısrarla sürdürdüğü söylenebilir. MMPI’da bu tip bir konfigüras-

yon; hastanın erkek rolüyle özdeşim kurduğuna, erkeksi ilgiler ve davranışlar sergilediğine işaret etmektedir.

Hastanın savunucu ve psikopatolojiyi inkar eden tutumunun diğer testlere de yansıdığı gözlenmiştir: Beck Depresyon Envanteri puanı: 2, Beck Anksiyete Envanteri puanı: 0, Beck Umutsuzluk Ölçeği puanı: 2 ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi puanı: 1 olarak hesaplanmıştır.

Hastanın BCT’de çoğunlukla; “kurtulmak istediğim korku yoktur”, “hatırimdan hiç çıkmayan an yoktur”, “bugüne kadar yaptığım en kötü şey bulunmamaktadır”, “sinirlerim hiç bozulmaz” türünden tek kelimelik yanıtlar vererek; bastırma ve inkar savunmalarını bu testte de sürdürdüğü anlaşılmaktadır. Yine BCT’de erkekleri sevgili, kadınları hemcinsleri olarak tanımlayan hastanın sorun alanlarının, kadın vücuduna kavuşmak ve cinsel kimliğini yasallaştırmak konularında daraldığı saptanmıştır.

Ek olarak Young Şema Ölçeklerinden; hastanın belirgin olarak ortaya çıkan şemasının “cezalandırıcılık” olduğu saptanmıştır. Bu şema, hastanın, yaptıkları yanlışlar için insanların cezalandırılması gerektiğine dair bir inanç taşıdığına işaret etmektedir. Hastada, öfkelenme, acımasızlık, cezalandırıcılık, beklenti ve standartlara uymayan kişilere (kendisi de dahil) katlanamama eğilimi belirgin olarak izlenmektedir. Hafifletici nedenleri göremeyen ve insanın hatasız olması gerektiğini düşünen hastanın bu katı tutumunun başkaları için olduğu kadar kendisi için de geçerli olduğu anlaşılmaktadır. Yine Young Şema Ölçeklerine göre; yüzleşmekten kaçındığı duygu, düşünce ve olaylarla “öfkeyi bastırma”, “çocukluk dönemini idealleştirme”, “üzüntüyü yok sayma”, “anıları bastırma” ve “işkoliklik” mekanizmaları ile baş ettiği anlaşılmaktadır. Son olarak; hem BCT’de hem de Young Şema Ölçeklerinde, hastanın anne-babasına yönelik duygu ve yaşantılarını dile getirmekten kaçındığı gözlenmiştir.

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri sonuçlarından ise, hastanın kendisine ait olumlu, başkalarına ilişkin olarak ise olumsuz zihinsel modellere sahip olduğu anlaşılmaktadır. Bu örüntü içinde, bağlanma gereksiniminin kabul edilmemesi dolayısıyla bağlanma güvenliğinin yokluğu, saplantılı biçimde kendine güven ve diğerlerinden duygusal olarak uzak durma tercihi ile tanımlanan karmaşık bir mekanizmanın işlemekte olduğu anlaşılmaktadır. Çünkü bağlanma figürünü reddedişi karşısında olumlu benlik imgesini sürdürmenin tek yolu, kendini bu figürden uzak tutmak ve olumsuz duygu-

ları önemsizleştirecek bir benlik modeli geliştirmektir. Başkalarıyla oldukça mesafeli ilişkilere giren ve yakın ilişkilerden kaçınarak, bağımsız olmanın önemini vurgulayan hasta; kendisini reddedilme ve sonrasında yaşanan hayal kırıklıklarına karşı korumayı amaçlamaktadır. Yine bu testin sonuçlarına göre; kendine güven düzeyi oldukça yüksek olan ve her konuda tamamen yeterli bir benlik modeli sergileyen hastanın; kaygı veren koşullarda, eşinden destek aramak yerine kendisini eşinden hem psikolojik hem de fiziksel olarak geri çekme eğiliminde olduğu anlaşılmaktadır.

Hasta TAT kartlarındaki kuyruğa benzeyen bir uyarı, hayatta kalabilmek için yok edilmesi gereken vahşi bir hayvan olarak betimlemiştir. Analitik açıdan bu uyarının fallik bir imge, penis olarak yorumlanması da hastanın ölüm ile erkeklik arasında bir bağ kurduğuna işaret edebilir. Bütün test bulguları birlikte değerlendirildiğinde narsistik kişilik örgütlenmesi belirgin olarak izlenen hastanın, cinsel işlevlerindeki bozulma ve jinekoma gelişimi sonrasında cinsel benlik bütünlüğüne dair algısının sarsıldığı anlaşılmaktadır. Bu açıdan hastanın cinsiyet değiştirme isteği yeniden kusursuz bir benlik bütünlüğü oluşturma çabası olarak yorumlanabilir.

Klinik gidiş

Şubat 2008 tarihinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı yataklı servisinde yatırılarak takip edilmesine karar verilen hastaya kat işleyişi çerçevesinde ilaç tedavisinin yanı sıra, haftada 2 kez bireysel psikoterapi (30 dk/gün) ve haftada 3 kez grup psikoterapisi (45 dk/gün) yapılması planlanmıştır. Her yeni yatan hastaya yapılan tam kan sayımı, biyokimya testleri (kan şekeri, elektrolit, kolesterol, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri), tiroid fonksiyon testleri, hepatit testleri, sedimentasyon, tam idrar testi, elektrokardiyografi (geçirilmiş MI dışında), ve akciğer grafisi sonuçları normal değerlerde gelen hasta için ayrıca kranial MRG (magnetik rezonans görüntüleme), EEG (elektroensefalografi), östrojen, progesteron, testosteron, LH (luteinizan hormon), FSH (folikül stimulan hormon), ve prolaktin testlerinin sonuçlarına yönelik hormon profili, meme ultrasonografisi (USG) ve üroloji konsültasyonu istenmiştir.

Kranial MRG; “sağ serebellar hemisferde T2AG’lerde hiperintens sinyal özelliğinde alan ve ekstraaksiyel mesafede genişleme izlenmiştir. Geçirilmiş iskemi öyküsü varlığında görünüm kronik iskemiye işaret edebilir”

EEG; "Normal trase"

Hormon profili; Prolaktin düzeyi= 40.16 nanogram/mililitre (üst sınır 21.4) dışında hormon profilinde anormallik yok idi.

Meme USG; "bilateral jinekomasti, her iki memede 35x9 mm boyutlarında glandüler meme dokusu dışında, kontur veren solid ya da kistik kitle imajı ve bilateral aksiller bölgede patolojik boyut ve özellikte lenf nodu saptanmamıştır".

Üroloji konsültasyonu; Organisiteyi düşündüren patolojisine yönelik olarak tetkikleri devam etmektedir.

Hastanın yattığı dönemde kullandığı ve "fayda gör-düm galiba" şeklinde tanımladığı antidepressan ilaç (ser-tralin 100 mg/gün) aynı şekilde önerilmekle birlikte bireysel ve grup terapilerinde hastaya ameliyat sonrası yaşadığı kaybı anlatabileceği, öfkesini, üzüntüsünü ifa-de edebileceği bir ortam sağlanması hedeflendi. Yatarak takip edildiği ilk gün diğer hastaların olması nedeni ile temkinli davranan hasta daha sonra kendisine "D bey" şeklinde seslenilmemesini, sadece adının söylenmesini tercih ettiğini, odada erkeklerle kalamayacağını ve aynı tuvaleti, banyoyu kullanamayacağını ifade etti. Diğer hastalardan bu taleplere karşılık saygı gördüğü ve giyi-minde giderek frapanlaşan (göğüslerini ortaya çıkarmak üzere askılı bluzlar ve balenli iç çamaşırları) tercihine rağmen olduğu gibi kabul edildiği gözlemlendi. Tedavi ekibi üyeleri ise kendisine "D bey" şeklinde seslenmeye devam edeceklerini belirttiler. Diğer hastalara öyküsünü anlatırken hiçbir çekingenliği olmadığı fark edilen hasta, bu durumu kendi tercihi değil, ameliyat sonrası yaşamak zorunda kaldığı değişikliklerin bir sonucu olarak tanımlıyor, "ya ölecektim, ya kadın olacaktım" şeklindeki ifadesi dikkati çekiyordu. Tercihi konusundaki düşünce-si sorulduğunda "bu ilaçları kesemem, intihar etmeye-ceğime söz verdim, bana testosteron da veremezler...." şeklinde açıkladı. Yeni edindiği ve yaklaşık 20'li yaşların başında cerrahi operasyon sonrası pembe kimlik alan bir arkadaşının önerisi ile önce epilasyonla sakallarından kurtulmak istediğini, daha sonra ses telleri ameliyatı ile sesini inceleteceğini ve sonrasında vajinoplasti için baş-vuracağını ve pembe kimlik ile hayatına devam etmek istediğini belirtiyordu. Bu durumu grup terapileri sıra-sında anlatırken hastalardan "kendi tercihidir" şeklinde tepkiler aldığı daha soğukkanlı davrandığı ve mem-nun olduğu, "bence bu bir hastalık, sonradan bu yaşta kadın olunmaz, zaten bu yaşta hiçbir sağlık kurulu kadın olman için sana onay da vermez, üstelik iktidarsızlık diye bir hastalık var" şeklinde ifadeler karşısında ise devamlı,

tetkiklerden, ilaçların yan etkisinden, bir erkeğin vücu-ndunda olması gereken maksimum östrojen seviyesinden bahsederek kendisini öfke ile savunmaya çalıştığı gözlen-di. MI ve ameliyat sonrası yaşadığı ölüm korkusu ya da üzüntü, öfke ve hayal kırıklığı gibi konulardan bahset-mesi için yapılan müdahalelerde ise, tıbbi terimler kulla-narak bu soruları geçiştirmeye çalıştığı fark edildi.

Yeniden yaslandırma tedavisinin hedef alındığı birey-sel psikoterapilerinde ise, var olan savunma mekanizma-larından inkar ve bastırmanın şiddetinin azalmaya başla-dığı gözlemlendi. Hastanın takibi halen devam etmektedir.

TARTIŞMA

Ruh sağlığı kliniklerine başvuran hastaların %10-15'inin yaşadıkları ruhsal sorunların temelinde çözüm-lenmemiş bir yas tepkisi bulunduğu tahmin edilmekte-dir (Batemann 1992).

Yasın sağlıklı olarak çözümlenebilmesi için gelişimsel öykümüzde geride bıraktığımız kayıplara verdiğimiz tep-kiler önemlidir. Bu türden gelişimsel kayıplar, yaşamın bir parçasıdır. Yaşamın ilk yıllarında yaşanan gelişimsel kayıplara verilen tepkiler, sonraki yıllarda kişinin yas tep-kilerini nasıl yaşayacağına dair ipuçları veren modellerdir (Volkan ve Zintl 1999). Doğduğumuz günden itibaren bir şeylerden vazgeçerek büyürüz. Bebek sütünü bardak-tan içmek için annesinin memesini bırakmayı kabullenir. Yürümeye başladığında kucakta taşınmanın güvenliğini kaybeder. Ödipal karmaşanın çözümüyle birlikte, kar-şı cinsten ebeveynin kendisine ait bir yasaksevi nesnesi olabileceği şeklindeki düşlemden (fantaziden) ve bunu ümit etmekten vazgeçer. Dolayısıyla, kayıplar çok çeşitli-dir (Freud 1917, Volkan ve Zintl 1999).

Kuram üzerinde çalışan farklı yazarların tanımladı-ğı farklı süreçler olsa da kayıptan sonra bireyin yas sü-reci içinde farklı basamaklardan geçtiği üzerinde genel bir kanı ortaklığı vardır. Elisabeth Kubler Ross kayıptan sonra sırasıyla inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabul olmak üzere beş aşamadan geçildiğini vurgulamıştır (Kubler Ross 1969). Parkes da benzer biçimde kayıptan hemen sonra bireyin ani bir şok, donukluk yaşadığı-nı (faz 1) öne sürmüştür. Yazara göre faz 1'i, yoğun bir üzüntü, öfke ve kayıpla ilişkili bir inkar (faz 2) dönemi, ardından dezorganizasyon ve umutsuzluk (faz 3) takip eder. Birey bu süreçleri aşarken ruhsal yapısının da yeni-den düzenlendiği gözlenir (Parkes 1970).

Yas sürecinde yaşanan bu evreler doğrusal ve sıralı bir gidiş sergilemek durumunda değildir. Evreler arasında keskin sınırlar yoktur. Kişi evreler arasında zaman zaman

gidiş gelişler gösterebilir. Genellikle tek bir döngü (inkar, öfke, pazarlık, depresyon, kabul) yeterli olmaz ve döngü tekrarlayabilir (Kubler Ross 1969).

Freud'a göre, sevilen bir yakının ya da nesnenin kaybı bireyin nesne üzerinden yaptığı yatırımı kesintiye uğratır. Bu durum kendilik değerinde azalmaya neden olur (Freud 1917). Yazarlar, kendilik değerini yükseltmek için kaybedilen nesneye ne kadar ihtiyaç duyuluyor ise, nesneyi bırakmanın o kadar zorlaşacağını söylemektedir (Volkan ve Zintl 1999). Parkes'a göre "herhangi bir kayıpta, neyin yitirildiği nadiren tam olarak açıktır". Örneğin bir kocanın ölümü, onun oynadığı özel rolle ilgili olarak aynı zamanda cinsel partnerin, arkadaşın, muhasebecinin, bahçıvanın, çocuk bakıcısının, yatak ısıtıcısının ve bir dinleyicinin kaybı vb.. anlamına da gelebilir (Parkes 1972).

Ancak kaybedilenin abartılı bir ego ideali oluşturması, kaybın travmatikliği ve beklenmezliği durumunda yas sürecinin komplike ve patolojik bir hal alabilmesinin daha muhtemel olduğu da bilinmektedir (Bowlby 1980, Brickell ve Munir 2008, Kersting 2007).

Lindemann patolojik yas tepkisini; kişinin beklenilenden fazla aktivite göstermesi, kaybedilenle ilgili temaların ısrarlı devamı, kişiler arası ilişkilerde bozulma olması, belirli kişilere beklenilenin dışında düşmanca tutum sergilemesi, kabul edilemeyen öfke ve düşmanca duygularla baş edebilmek için duygusal olarak robot gibi davranması, sosyal ilişkilerinde yetersizlik gözlenmesi, ekonomik ve sosyal alanda kendisine zarar verici davranışlar sergilemesi, intihar riski yüksek olan ajite depresyon tablosunun ortaya çıkması, maladaptif davranışlar sergilemesi, tıp dili ile konuşması, kendisinin ya da kaybettiği kişinin her türlü tetkikini en ince ayrıntısına kadar anlatması şeklinde tanımlamıştır (Lindemann 1944).

Bizim hastamızda; uygulanan tüm organik test sonuçlarının normal sınırlarda değerlendirilmesi ve bu testlerde hastanın yaşından beklenenin üzerinde bir performans sergilemesi, çekilen kranial MRG'da saptanan iskeminin serebellar olması tanı açısından demansdan uzaklaşmamıza neden olmuştur. Aynı zamanda hastanın öyküsünden, depresyon kriterlerini karşılayan dönemler hariç cinsel kimlik ile ilgili preokupasyonları (aşırı değerlendirilmiş düşünce) dışında mani ya da hipomaninin diğer kriterlerini karşılayan herhangi bir dönem olmadığı anlaşılmaktadır. Hastada preokupasyon olarak nitelendirilebilen ve psikotik bir süreci akla getirebilecek cinsel kimlik ile ilgili ısrarlı düşünceler ise hastanın formülasyonunun yas zemininde yapılmasına engel değildir. Hasta ile yapılan

ilerleyen görüşmelerde bu düşüncelerin antipsikotik ilaç tedavisi verilmemesine rağmen zayıfladığı gözlenmiştir.

Lindemann'ın tarifindeki kriterleri karşıladığı öyküsünden de anlaşılan D.; kendisini mükemmeliyetçi, titiz, beklentileri yüksek, becerikli, tükürdüğünü yalamayan, hayatında sadece siyah ve beyazlar olan, insanların üzerinde belirgin otoritesi olan birisi olarak tanımlamıştır. 1997 yılında aterosklerotik kalp hastalığı ön tanısı ile geçirdiği bypass cerrahisi öncesine kadar cinsel, sosyal ve aile ilişkilerinde sıkıntı tanımlamayan hasta, ameliyat olmayacağını düşünerek Ankara'ya gelmiş ve bypass cerrahisi olacağını son dakikada öğrenmiştir. Ameliyat sonrası ise beklenmedik bir şekilde sertleşme problemi yaşamaya başlamıştır. Çalışmalarda ameliyat öncesi yaşanan sertleşme problemi ve yaşın ameliyat sonrası kötüleşen sertleşmeyi yordamada en önemli faktörler olduğu bildirilmekle birlikte, kalp hastalığı, ilaçlar, eşlik eden öfke ve depresyon, dominant kişilik özellikleri, sigara hastamızda yordayıcı faktörler gibi görünmektedir (Feldman ve Goldstein 1994, Heaton ve Evans 1996, Hızlı ve İşler 2007). Sertleşme probleminin başlaması ile yaşadığı "erkeklik" kaybı duygusunun hastada yas sürecinin başlamasından sorumlu olduğu düşünülmüştür. İlaçların yan etkisi olarak kendisinde gelişen jinekomasti ve östrojen hormonunun artması ise hastanın sertleşme problemi ile başlayan "artık eskisi gibi bir erkek değilim" düşüncesinin, "eskisi gibi bir erkek değilsem, kadın mıyım?" şeklinde değişmesine katkıda bulunuyor gibi gözükmektedir. Yapılan çalışmalar, bypass cerrahisi ya da kalp yetmezliği nedeni ile 1-2 sene boyunca digital tedavisi kullanan hastalarda östrojen hormonunun düzeyinde artma olmadığını belirtirken aksi yönde sonuç bildiren makaleler de vardır (Kley ve Abendroth 1984, Marcus 1976, Persson ve Landahl 1982, Stoffer ve Hynes 1973). Ayrıca tedaviye eklenen digital ve spironolakton tedavisi ile ölüm oranlarında %30'luk bir azalma olduğu dikkati çekerken, jinekomasti sıklığı %0.5-9 oranında bildirilmiştir (Nielsen 1990, Nolan 2004, Thompson 1993, Wolfe 1975). Ameliyat öncesi yaşantısından da anlaşılacağı gibi yas tutma yetisi düşük olan ve savunma olarak genellikle inkar ve bastırma mekanizmalarını kullanan hastanın öfke, hayal kırıklığı, çaresizlik, üzüntü gibi duygularını sözcikleştirmek yerine yok saymayı tercih ettiği anlaşılmaktadır. "En kötü karar kararsızlıktan iyidir" ya da "benim hayatım konusunda kontrol kendi elimde olmalı, başka birilerinin buna karar vermesine tahammül edemem" şeklindeki ifadeleri ameliyat öncesi kontrolü başkalarının eline vermekten dolayı yaşadığı pişmanlığa işaret etmektedir. Ancak bu duygularını ifade etmekten

kaçınan hastanın, yasının uygun biçimde ve yeterince çözümlenebilmesi için yaşaması gereken duyguları yaşamak adına kendisine izin vermediği fark edilmektedir (Trunnell ve Holt 1974, Worden 1991). D., yakınlarına intihar etmeyeceğine söz vermiş olmakla birlikte, ailesinden hem bedensel olarak uzaklaşmış, hem de bu yaşa kadar sürdürdüğü kimlik yerine başka bir kimlikle hayatına devam etme kararı almıştır. Bu durum bize göre, intihar riski açısından hastanın ayrıntılı değerlendirilmesini ve takip edilmesini gerektirmektedir.

Tedavide, yas tutamayan bu kişilere kayıplarının gerçek olduğunu anlamalarına yardım etmek, duygularını tanımlarına, bunları ifade etmelerine, kaybedilen kişi ya da nesne olmadan yaşamlarına devam edebilmelerine yardımcı olmak, acılarını yaşamaları için zaman ve destek sağlanması önerilmektedir (Worden 1991).

“Duygusal enerjiyi kayıptan geri çekme ve bunu başka bir ilişkiye yatırma”nın yas tutabilmede önemine dikkat çeken Freud’tan (Freud 1917) sonra Vamık Volkan da, “yeniden yaslandırma tedavisi” kavramını getirmiştir. Bu yöntem kişinin genel psikolojik varlığı yerine, somut yitimi verilen tepkiler üzerinde odaklanmaktadır. Bu terapi yöntemi ile kişinin yasın hangi evresinde saplandığı belirlenmekte, bu saplanmayı gevşetmek ve yas tutan kişinin o noktadan başlayarak kaybı için “yeniden yas tutması” hedeflenmektedir. Genellikle haftada 3-4 kez, 2-4 ay boyunca devam eden bu görüşmeler sonrası kişilerin yaslarını daha sağlıklı bir şekilde tutabildikleri gözlenmiştir (Volkan 1992). 1988 yılında Pan-Am uçak kazasında oğlu ölen bir anne tedavi sonrası yasını tuta-

bilmeye başladığında şöyle demiştir; “sorun bir yanıt bulabilmek değil, yanıtsız yaşayabilmekmiş” (Schuhter ve Zisook 1986).

Yas tutma hastalığını fetişizme benzeten yazarlar, iki hastalıkta da kişinin bazı nesneleri, bu nesneler büyü- lü imişler gibi kullandıklarını, fetişlerin daha çok kastrasyon, bağlantı nesnelerinin ise ayrılık anksiyetesine çare olarak kullanıldığını belirtmişlerdir (Volkan 1992). Bizim hastamızda ise fetiş olarak kullanılan nesneler (iç çamaşırları.. vb) hem kastrasyon hem de ayrılık anksiyetesi için kullanılıyor gibi gözükmektedir. Kastrasyon ve ayrılık anksiyetelerinin bir arada ele alınması gerektiği izlenimi edinilen hastamızın takibi devam etmektedir.

Hastamız, literatürde daha önce rastlanmayan genel tıbbi durum sonrası cinsel kimlik bozukluğu olarak nitelenebilecek bir klinik tablo ile karşımıza çıkmış bir yas olgusudur. DSM-IV’de “genel tıbbi duruma ikincil cinsel işlev bozukluğu” sınıflaması olmakla birlikte “kimlik bozukluğu” tanımlanmamıştır. Literatürde bypass cerrahisi sonrası sertleşme problemi ve ilaç yan etkisi olan jinekomasti olgularına rastlanmıştır ancak, bu duruma bağlı olarak cinsel kimlik bozukluğu gelişen herhangi bir vaka henüz bildirilmemiştir. Bu vakanın “genel tıbbi duruma ikincil cinsel işlev bozukluğu” ve ilişkili yas olgusu olarak değerlendirilmesi önerilmektedir. Tanımsal olarak DSM-V’de “genel tıbbi duruma ikincil cinsel kimlik bozukluğu” şeklinde yeni bir tanı kategorisi eklenip eklene-meyeceğinin tartışılmasının literatüre katkı sağlayacağına inanıyoruz.

KAYNAKLAR

- Bateman A, Broderick D, Gleason L ve ark. (1992) Dysfunctional grieving. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 30(12):5-9.
- Bowlby J (1980) Attachment and loss. Anxiety and Mourning. New York, Basic Books, Vol. 2.
- Brickell C, Munir K (2008) Grief and its complications in individuals with intellectual disability. *Harv Rev Psychiatry*, 16(1):1-12.
- Clewell T (2004) Mourning beyond melancholia: Freud’s psychoanalysis of loss. *J Am Psychoanal Assoc*, 52:43-67.
- Çevik A (1999) Avrupa’daki göçmen Türklerde kimlik sorunlarının reaktivasyonu ve bunun kliniğe yansması: yas, kimlik sorunları ve somatizasyon. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry*, 1:55-61.
- Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG ve ark. (1994) Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol*, 151(1):54-61.
- Freud S (1917) Mourning and Melancholia, Standart Edition, p.243-258.
- Heaton JP, Evans H, Adams MA ve ark. (1996) Coronary artery bypass graft surgery and its impact on erectile function: a preliminary retrospective study. *Int J Impot Res*, 8(1):35-9.

- Hizli F, İşler B, Güneş Z ve ark. (2007) What is the best predictor of postoperative erectile function in patients who will undergo coronary artery bypass surgery? *Int Urol Nephrol*, 39(3):909-12.
- Kersting A, Kroker K, Steinhard J ve ark. (2007) Complicated grief after traumatic loss: A 14-month follow up study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 257(8):437-43.
- Kley HK, Abendroth H, Hehrmann R ve ark. (1984) No effect of digitalis on sex and adrenal hormones in healthy subjects and in patients with congestive heart failure *Klin Wochenschr*, 16;62(2):65-73.
- Koçak OM, Çevik A (2002) Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısını Alan iki Hastada Komplike Yas. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry*, 3:6-11.
- Kubler-Ross E (1969) On Death and Dying. New York:Macmillan.
- Lindemann E (1944) Akut yasın semptomatolojisi ve yaklaşım. *Çev. Uslu R. Kriz Dergisi*, 1997. 1(2):104-9.
- Marcus R, Korenman SG (1976) Estrogens and the human male. *Annu Rev Med*, 27:357-70.
- Nielsen BB (1990) Fibroadenomatoid hyperplasia of the male breast. *Am J Surg Pathol*, 14(8):774-7.
- Nolan PE Jr (2004) Integrating traditional and emerging treatment options in heart failure. *Am J Health Syst Pharm*, 1;61(2):14-22.

- Parkes CM (1970) The first year of Bereavement: A kongitudinal study of the reaction of London widows to death of husbands. *Psychiatry*, 33:444-467.
- Parkes CM (1972) Bereavement: Studies of grief in adult life. NewYork: International Universities Press.
- Persson G, Landahl S, Svanborg A ve ark. (1982) Metabolic effects of digitalis. *Age Ageing*, 11(4):261-5.
- Schuhter SR, Zisook S (1986) Treatment of spousal bereavement: A multidimensional approach. *Psychiatric Annals*, 16:295-305.
- Stoffer SS, Hynes KM, Jiang NS ve ark. (1973) Digoxin and abnormal serum hormone levels. *JAMA*, 24:225(13):1643-4.
- Trunnell EE, Holt WE (1974) The concept of denial or disavowal. *J Am Psychoanal Assoc*, 22(4):769-84.
- Volkan V (1992) Psikanaliz yazıları. Çev. Çevik A, Ceyhan B. Hekimler Yayın Birliği, s.58-95.
- Volkan VD, Zintl E (1999) Kayıptan Sonra Yaşam (Çev. Vahip I, Kocadere M). Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Eğitim Notları No:1, İzmir, 1999, s.57-77.
- Wolfe CJ (1975) Case report. Gynecomastia following digitalis administration. *J Fla Med Assoc*, 62(12):54-5.
- Worden JW (1991) Yas danışmanlığı ve yas terapisi; Ruh sağlığı çalışanları için el kitabı. Çev. Öncü B. (2003) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, No:452.
- Thompson DF, Carter JR (1993) Drug-induced gynecomastia. *Pharmacotherapy*, 13(1):37-45.