

"Psikosomatik Tıp" Yaklaşımı ve Temel Dayanakları*

ABDULKADİR ÖZBEK **

"Psikosomatik tıp" yaklaşımının temel dayanakları konusunda bu yazıyı hazırlarken, uzun bir süre başlama zorluğu çektim. Benim için zorluk; böylesine kısa bir makalede, konunun karmaşık, birçok bilinmeyenlerle dolu olması yanında, organik yönelimli genç meslekdaşlarıma sunacağım psikolojik ve psikopatolojik dil ve kavram sınırlarını çizebilmekten de doğuyordu.

Gerçekten tıp fakültelerimizin bugüne kadarki temel teori ve uygulama programları, sözkonusu anlaşma gücünü ortadan kaldıracak nitelikte değildir. Burada, duygu ve heyecan yaşamımızın genel somatik hastalıklara etkisi üzerinde ileri sürülen spekülasyon düşüncelere değinmek istemiyorum. Amacım, "psikosomatik tıp" kavramı içinde kalmaktır. Psikososomatik tıp anlayışı, insan varlığını beden ve ruh gibi, gerçeğine uymayan ikiye bölücü tutumdan kurtarıp, bütün olarak alan, birleştirici çok boyutlu bir anlayıştır. Bize göre "psikosomatik hastalıklar" dediğimiz alan bu temel anlayışa dayanan özel bir klinik patolojiler grubunu kapsar. Bu yazıda söz konusu temel anlayışın ve özel olarak "psikosomatik hastalıklar"ın dayandığı nörofizyolojik yapı ve mekanizmaları genel bir çerçeve içinde sunmak istiyorum. Sorunun aynı derecede önemli olan psikolojik ve psikopatolojik yapı ve mekanizmalara ait görüş ve teorilerine ise, bu yazının sınırlarını aşacağından değinmeyeceğim. Dileğim çalıştığı disiplin ne olursa olsun sağlık alanında yetişmekte olan gençlerin bu gruptaki hastalara yardım ederken daha çok birbirlerini anlayabilmesi ve beraber çalışabilmesi imkânının hazırlanmasıdır.

Bugünkü psikososomatik tıbbın klinik ve nörofizyolojik araştırma temellerinin atılması üzerinden yarım yüzyıldan fazla zaman geçmiştir (Bräutigam, Christian 1973).

Buna rağmen dünyada gerek tıp eğitimi, gerekse bu grup hastalara yardım ve işbirliği içinde çalışmada istenilen düzeye gelmiş olduğunu söylemek mümkün değildir. Ancak batı, bu alanda son otuz yılda büyük gelişmeler kaydetmiştir. Bize gelince, uzun zamandan beri organik tıp alanında en ileri ge-

lişme düzeyini yakından izleyen ve katkıda bulunan memleketimizde psikososmatikğe gerekli yönelişin başlangıcı çok yenidir. Gerek dünyada, gerekse bizde böyle bir gecikmenin çok yönlü nedenleri vardır. Burada bunların ayrıntılı tahüllerine girişmeyeceğiz. Yalnız, bazı gerçeklerin altını gene de çizmek gerektiğini düşünüyoruz:

Psikosomatik hastalığın ortaya çıkışını hazırlayan biyografi, duygu ve heyecan hayatına ait yaşantısal özellikler ne olursa olsun, hasta hekime başlangıçta bedensel belirti ve yakınmalan ile başvurur. Örneğin; hastanın tüm yaşamını etkileyen somatik ülser belirtileri, derisinde doğal görünümü bozan, kaşınan döküntüleri, sık sık yükselen tehlikeli ve rahatsız edici arter basıncı etkileri, astma nöbetleri ızdırap verici olarak ön plandadır. Psikososomatik hasta ile uğraşan hekim çok tabii olarak önce bunlara önem vermek, bu belirtilere yönelik düşünmek, tanı, etyoloji ve epidemiyolojik araştırmasını yapmak, ilk yardım yollarını aramak zorundadır. *Diğer taraftan, bu günün hekimi doğa bilimleri ve tekniğinin kendisine getirdiği imkânlarla hayran ve onlarla adeta büyülenmiş durumdadır.* Bunun sonucu olarak da hastayı önce, o anda görünen somut yakınma ve bulgular ile, pozitif neden-sonuç ilişkisi arama düşüncesi içinde görür. İşte bu düşünce yönelimi çoğu kez onu fizik, kimya ve morfolojik kalıplar içinde tutup, başka bir alana (duygu-yaşamına) yönelmesini engellebilir. Ancak hekimin, hastasının derindeki duygu-heyecan yaşamına ve tümüyle onu insan olarak tamamlayan psikolojik alanına da düşünce projeksiyonlarını yöneltmesi, o sistemin kendisine özgü geçerli yasaları, dinamikleri içinde de neden sonuç araştırması yapmasını bilmesi gerekir. Psikososomatik hastalıklarla uğraşan hekim bunu yapmayı yalnız yüzeyleki tabaka, yani somatik yakınma ve bulgularla yetinirse çok yönlü objektifleştirme çabasını da kısıtlamış, *redüksiyona uğratmış olur.* Böylece de hastanın yalnız soma dünyasında kalıp, onu insan olarak bütünleyen ruh dünyasını gözden kaçırmış olma durumuna düşer. Halbuki psikososomatik hasta-

EsMşehir Devlet Demiryolları Hastanesinde Panel konusu olarak sunuldu (1982)

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı öğretim Üyesi

lıkların değişik disiplin alanlarının ortasında yer aldığını, bunlarla çok sıkı bir işbirliği içinde çalışması gerektiğini bilmek zorundadır. Hasta ile görüşmesinde soruna giden yollar ve hastanın kendisine sunacağı biyografinin hassas noktaların görmesi, kapalı yönlerin ne ifade ettiğinin bilincinde olması gerekir. Bilmelidir ki; yardım isteyen hasta, bir insan olarak kendisine belli bir yaşantı biçimi de getirmektedir. Hastalığı ile karşılıklı bir davranış ilişkisi içinde bulunur ve hastalığının yaşam öyküsünde kendisi için anlamlı bir yeri vardır. Şurası bir gerçektir ki, psikosomatik hastalığın ortaya çıkışında çok nedenlilik mekanizması içinde ruhsal kaynaklı iç çatışmalar önemli rol alırlar. Çoğu kez somatik belirtilerin arkalarında *sosyal krizler yatar* (Bräutigam; Christian 1973). Dışta görünen ve hastayı hekim yardımına koşturan organik hastalığın daha derinlerinde psikolojik çatışma nedenleri bulunur. Organla ilgili lezyon ve belirtiler bu psikolojik çatışma alanlarının anlamlarını dile getirebilirler (somatizasyon). Psikosomatik tıp'ta buna "Organ dili" denir (Alexander 1951). Köklü bir yardımın yolu ise güç de olsa bu dili optimal anlamaktan geçer.

DUYGU HEYECAN YAŞAMIMIZ VE SOMATİK İLİŞKİLERİ

Şimdi madalyonun; görünmeyen derindeki psikolojik yönü ile görünen somatik tarafı arasındaki *Psikofizyolojik* ilişkisi mümkün olduğu kadar açıklamaya çalışalım. Bu yönü ile psikosomatik hastalıklar için, varoluş bütünlüğümüz ve tarzımıza damgasını vuran çok komplike bir organ olan beyin ve buna bağlı, çok diferansiyel ve karmaşık etki-tepki sistemleri arasında transaksyon ve interaksyonun ürünüdürler denilebilir. Merkez organının önemli kısmını beyinde kortikodensefalik yapılar oluştururlar. Etki-tepki sistemleri ise, algılama organizasyonları (Görme, İşitme, duyu, koku v.d) ile vejetatif ve endokrin sistemleridir.

MERKEZİ SİNİR SİSTEMİ VE DUYGU HEYECAN YAŞAMIMIZ

İlk defa Cannon ve Bard (1927) duyu ve heyecan yaşamımızda beynin rolünü araştırmışlardır (Delay, 1968; H.Enke, 1977; M.V. Kerekjarto 1976). Bard, serebrum korteksini ayırdığı bir kedide, normal kediye göre daha kolay kızgınlık tepkileri uyandırdığını tesbit etmişti. Ancak bu kızgınlık durumu fazla devam etmiyor ve hayvan çevre koşullarına uyumunu sağlayabiliyordu. Onun için araştırmacı buna Sham Rage (Yalancı öfke) adını verdi. Sonraki araştırmalarında beyin korteksinin, duyu ve heyecan yaşamını entgre (bütünleyici) ve inhibe (dizginleyici) eden bir rolü olduğu sonucuna vardı. Korteksin kaldırılmasıyla, alt merkezler üzerindeki baskı etkisi kalkınca, duygular daha rahatça dışa vurulabilmekte (Eksteriorizasyon),

fakat psikomotor yaşamımızla bir bütünlük sağlanmadığından, içinde bulunulan duruma yüksek düzeyde uyum olmamaktadır. Daha sonraları Bard, deneyleri yalnız korteksi değil, talamusu da çıkarılmış kedilerde yapmış, böyle hayvanlarda da yalnız korteksi çıkarılmış hayvanlardaki gibi davranışlar görülmüştür. Buna karşı hayvanlarda hipotalamik bölge de çıkarılmış. her türlü stimulusa rağmen, hiçbir duyu-heyecan tepkisi olmamıştır. Duygu yaşamımızla ilgili öğrenme süreci yönünden de hipotalamusun önemli rolü vardır. Nitekim kedi hipotalamusunun belli bölgesine elektrot yerleştirilir ve uyarılırsa, hayvan anksiyete davranışı içine girer. Ancak böyle bir hayvanda elektrik uyanımı, diğer nötral bir uyarı ile bir süre tekrarlanırsa, hayvanda şartlanma olmakta ve hipotalamustaki elektrot uyarılmadan, yalnız nötral uyarı ile da bir anksiyete tepkisi görülebilmektedir. Bu denemeler bize iki şeyi göstermiştir:

Duyguların anatomofizyolojik kaynağı ve bu yaşantıların öğrenme süreci üzerinde motive edici rolü. Diğer taraftan Olds ve çalışma arkadaşları da serebrumun belli bölgesini tembih ettikleri farelerde, hoşlanma duygusu yarattıklarını ve nöroleptik sakinleştirici ilaçlarla bu duyu tepkilerinin engellendiğini göstermişlerdir. Beyin korteksinin genelde heyecan yaşamımız üzerindeki inhibisyon etkisi yanında, korteksin belli bölgelerinin de özel bazı duygular için değişik anlamları vardır. Örneğin; Jamason ve arkadaşları (Deley, Pichot 1968, Enke ve ark. 1977) iki tarafta temporal korteksi alınmış Rhesus maymunlarında, normal durumda gösterilen anksiyete davranışlarının kaybolduğunu tesbit etmişlerdir.

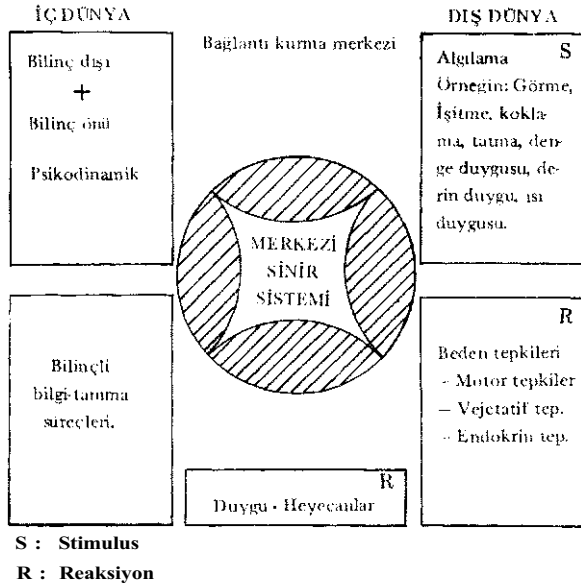
Deneysel ve klinik gözlemlerden edinilen bu bulgulara dayanarak merkezi sinir sisteminin anatomofizyolojik yapısı ile duyu-heyecan yaşamımız arasındaki ilişkiyi (Psikosomatik bağlantıyı) Cannon-Bard teorisi çerçevesinde şöyle özetlemek mümkündür:

Duygu-Heyecan yaşamımızın anatomofizyolojik kaynağı merkezi sinir sistemidir. Bu yapıda serebrum korteksi, talamus-hipotalamik bölge ve limbik sistem başlıca önemli rolleri alırlar. Hatta hipotalamik bölgenin kendisine özgü bir sekresyonunu da ileri sürerler mevcuttur.

Stimuluslar, merkezi sinir sisteminin duyu ve heyecan kaynağını oluşturan belli bölgelerine iki kaynaktan gelirler: Dış dünya ve iç dünya kaynakları. Tablo 1, bu kaynakları ve ilişkilerini göstermektedir.

Dış dünyadan gelen uyanımlar duyu organlarımız tarafından alınır (görme, işitme ve diğerleri), sinir yolları ile talamus ve hipotalamusa ulaşır ve orada önce bir " hazırol durumu" yaratırlar. Tehlike-hazırol anlamını taşıyan hipotalamustaki bu gerginlik bir taraftan iskelet kaslarına, iç organlara, diğer taraftan da gene talamus vasıtasıyla serebruma sinyaller gönderir.

Tablo 1
Emosyonlar ve Beden Tepkileri



Alınan stimulusun cinsine göre serebrum korteksinin belli bir bölgesinde somutlaştırma olur. Yani dıştan gelen uyanımın cinsi, mahiyeti değerlendirilir.

Örnek olarak görme yolları ile gelen bir uyarımı düşünelim: Göz ve talamus yolu ile gelen görme tembihi bir köpek olabilir. O zaman algılanan bu objenin korteksteki tanıma-değerlendirme süreci (Kognitif süreç) işlemeye başlar, ortaya iki ihtimal çıkabilir.

a) Köpeğin tehlikeli olmadığı kararna varılması. Bu durumda korteks gene geriye, talamo-hipotalamik yapı üzerine sinyaller göndererek oradaki tehlike-hazırol uyarım durumunu ihhibisyona uğratar. Bu ihhibisyon hali oradan da vejetatif sistem ile iç organlara gider. Böyle genel bir gevşeme ile organizma başlangıçtaki tehlike-hazırol durumundan psikosomatik rahatlık durumuna geçer.

b) İkinci ihtimal ise kortekste köpeğin tehlikeli olduğuna karar verilmiş olmasıdır. Bu durumda hipotalamustaki "tehlike-hazırol" model gerginlik durumu inhibe edilmek yerine, değişik organlara tehlike haberi gider ve tüm sistemler bireyi tehlike yerinden uzaklaşma davranışına geçirirler (motor sinirlerin uyanımı ve kas hareketleri olur). Ter, solunum, kalb nazlanması v.d. vejetatif endokrin reaksiyonlar görülür.

Yeni araştırmalara göre vejetatif tepkiler motor tepkilerden önce görünmektedir. Yani, duyu organları yoluyla algılamamız sonucu önce heyecan yaşantılamız, örneğin korku ve diğerleri ortaya çıkar, alınan bilgilerin beyinde değerlendirilmesinden sonra da

davranışlar kendini gösterir. Bütün emosyonel uyarımlara somatik uyanımlar da katılırlar (Mitscherlich).

Yukarda belirttiğimiz gibi anksiyetenin, ona verdiğimiz anlama göre değişik görünüşleri vardır ve bedensel belirtilerle doğrudan bağlantı içindedir. Bu belirtiler irade ile kontrol altına alınamazlar-Korku-panik hallerinde tüylerin dikenleşmesi, soğuk ter dökme, ishal, baş ağrısı, pupillaların genişlemesi, kan basıncında değişme, kalb atımında belirgin hızlanma en çok bilinen bedensel ifade şekilleridir.

İç salgı bezleri de bu etkileşim sisteminin önemli bir halkasını oluşturur. Burada, düzenleyen ve yöneten bez hipofizdir. Diğer bezler buna bağlıdır. Bildiğimiz gibi hipofiz birçok diğer hormon arasında ACTH salgılar, bu da böbreküstü bezinin hidrokor-tizon salgısına neden olur. Bu hormon, stres durumlannda, örneğin anksiyete hallerindeki biyosimik tepkilerde rol oynar, önemli etki maddeleri; adrenalın ve noradrenalindir ki, sempatik sistemin primer etkilerini sağlarlar. Anksiyete reaksiyonları daha çok adrenalın, öfke ise noradrenalın ile ilgilidir. Anksiyete hallerinde kan pıhtılaşmasında 5 dakikadan fazla bir hızlanma görülmüştür.

Sonuç olarak merkezi sinir sistemim etkileyen stimuluslar karşısında korteks-hipotalamus-hipofiz-retiküler aktivatör sistem hareket geç, duyu ve heyecan yaşantımız alarm durumuna geçer. Bir taraftan vejetatif sistem, diğer taraftan da hipofiz-sürrenal bağlantı ile hormon sistemi etkilenip somatik tepkiler yaratarak iç ortamımızda *homeostazisi* (Cannon), dış dünyamızda da çevreye uyumu sağlarlar. Ancak bu psikofizyolojik defansif tehlikeden korunma tepkileri bazı koşullarda, diğer faktörlerle de birleşerek patolojik nitelik kazanabilirler. İşte psikosomatik hastalıkların gelişme mekanizmasının temelinde bu psikofizyolojik özellik yatar (Alexander 1951; Bräutigam, Christian 1973; Enke ve ark. 1977; Hes 1968; Selye 1954 v.d.)

Psikosomatik hastalıkların etyo-patogenezinde iki araştırma alanı ağırlık taşır:

1— Nöro-psikofizyolojik yönü baskın (strese dayanan düşünme modelleri) yaklaşımlar.

2— Psikodinamik, özellikle psikoanaliz anlayışı ile (Psikolojik düşünce modelleri) konuya yaklaşımlar.

Bugün için her iki disiplin alanı arasında bazı köprüler, ortak bulgular varsa da, farklı değerlendirme ve aydınlanmamış noktalar da oldukça fazladır.

1- NÖRO-PSİKOFİZYOLOJİ YAKLAŞIMLARI (Strese dayanan düşünce modelleri)

Psikosomatik hastalık olgusunda stresin yerini daha iyi anlatmak için kavramı biraz açıklamak uygun olur:

1930'larda Selye bu kavramı ortaya atarken, organizmanın kendisini tehdit eden bir durum karşısında gösterdiği savunma reaksiyonu olarak kabul etmiştir. Buna göre stres; alarm, direnç ve bitkinlik dönemlerini kapsayan bir süreçtir (Selye 1954).

Bugün stres sözü fizikten tıba ve psikolojiden sosyolojiye geçen yaygın bir moda kelimesi haline gelmiştir. Bu gelişme, kavram karışıldığı ve birbirini anlayamama tehlikesini de getirmiştir. Öyle ki, bazen bireyin reaksiyonu; bazen reaksiyona neden olan koşullar, yahut reaksiyon nedeni ile reaksiyon arasında gelişen psikofizik süreç olarak alınır. Bir başka yaklaşım da stresten sözü geçen değişkenin de anlaşılmasıdır. Selye'nin anlayışında organizmada dengeyi (homeostazisi) bozan tüm nedenler (soğuk, sıcak, enfeksiyonlar, ışınlar v.b.) stresördürler. Bunların etkisi ile ortaya çıkan değişimler ise stresin kendisidir (M. Kerekjarto).

Stresin alarm aşamasının özelliği, sempatik aktivitede artmadır. Alarmın antişok fazı defansifdir. Daha sonra stresör etkene karşı dayanma dönemi gelir. Ancak eğer organizma stresör koşullara uyum yapamaz veya bu koşullar uzun sürerse bitkinlik ve nihayet organizmanın yıkılması, çözülmesi ile sonuçlanır. Birçok stres durumlarında belli bir fizyolojik reaksiyon modeli görülür. Görülen reaksiyonlar modelinde sempatik aktivite artması ve hipofiz-sürrenal korteksi uyarımlılık hali (eksitasyon durumu) özelliği vardır. Stres durumu içine sokulan çok sayıda denekte, Stres dışı koşullara göre; nabız, solunum sayısı, kan basıncı ve deri galvanik direncinde değişimler olur. Merkezi sinir sisteminde (örneğin Alfa dalgalarında), motor sisteminde de (Mikrovibrasyonlar, tremor gibi) farklılıklar bulunmuştur. Endokrin ve biyokimya alanında

katekolaminler (özellikle adrenalin) ve kortikoid (örneğin hidrokortizon) salgısı stres reaksiyonlarında düzenli olarak artar. Gene böyle durumlarda muhtemel olarak kan plazmasında lipid ve lipoprotein artması görülür (M.Kerekjarto ve ark; 1976 H.Enke ve arkadaşları 1977).

Diğer taraftan gastroentestinal sistemin stres durumlarına karşı özel hassasiyeti, deney hayvanları ve insanlarla stresör etkenler altında lezyonların daha kolay gelişmesi yahut ağırlaşması gözlenmiştir. Stres durumlarında bozulan dengenin tekrar yerine getirilmesi amacıyla yönelik, fakat bazı koşullarda hastalık nedeni olabilen reaksiyonlar, bazen de organizmanın tümünü kapsayan reaksiyonlar, başka bir ifade ile davranış tepkileri şeklinde görülebilir (Behavior Regulation). Bunu şöyle de açıklamak mümkündür:

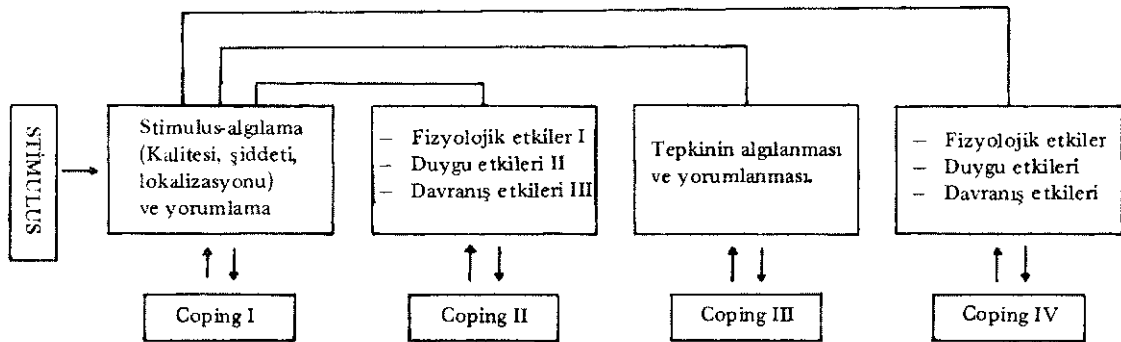
Çevre koşullarının değişmesi ile "normal denge durumu" bozulan birey, tekrar eski dengesini bulmak için karşı tedbir stratejilerine yönelir. Bu tür karşı tedbir işlevlerine Coping adı verilir. Coping davranışlarının ortaya çıkma nedeni tehlike tehdidi, anksiyete ve benzer duygulardır. Dengeyi devam ettirmeyi amaçlayan adaptasyon ve tedbir işlevleri (Bunlar somatik ve davranış alanlarında olurlar) stresin bir anlık tepkiden çok zaman içinde gelişen aşamalı, kompleks bir süreç olduğunu göstermektedir. Sürecin niteliği ve şiddeti değişik aşamalarda farklılık gösterir. Aşamalar birbirini karşılıklı etkiler. Bir aşamadaki psikofizik değişimler, bir sonrakileri etkiler ve onların nasıl olacağını tayin ederler.

Tablo 2, özellikle insan psikolojisi ve davranışları açısından stres sürecinin bu özelliğini açık olarak göstermektedir.

Burada çok açık olarak her aşamada şiddet ve kalite olarak farklı fizyolojik değişimler, farklı davranış ve iç yaşantı durumlarının tesbit edilebileceği

Tablo 2

*Stres ve içten işleme mekanizmaları
(Coping) (Kerekjarto'dan)*



anlaşılır, örneğin başarılı bir karşı tedbir stratejisi (Psikolojik ve somatik) ile belli bir aşamada olması beklenen stresör etkiler bazen hiç görülmeyebilir.

Stres reaksiyonları yalnız belli bir tip emosyon yaratmazlar. Görülen duygu-heyecan yaşantılarının türü ve adedi, stresin özelliği için önemli bir belirti değildir. Ancak, stres yaratan durumların çoğunda negatif, yani hoş olmayan tondaki duygular vardır. Yukarıda belirttiğimiz gibi, başlangıçta nörohormonal temele dayanan bu stres teorisi daha sonra salt psikolojik fonksiyonlar için de kullanılmıştır. Bu yaklaşıma göre anksiyetenin kendisi de tehlike işareti olarak stresin alarm reaksiyonudur. Ego savunma mekanizmalarının harekete geçirilmesi ve işlerlik kazanması ise, sürecin direnç (dayanma) aşamasına karşılıktır. Psikolojik yaşamımızda ego savunma tedbirlerinin yıkılması, yetersiz kalması, bitkinlik dönemini ifade eder. **Bu** durumda kişiye anksiyete ile beraber panik hali ve onun psikopatolojik belirtileri hakim olurlar. Psikolojik açıdan stresörler kantitatif ve kalitatif olarak sınıflandırılırlar.

Kantitatif: Tembih azlığı veya aşırı tembih (tembih baskını).

Kalitatif: Çeşitli sosyal tembihler (örneğin: Sosyal konfliktler).

Ancak stres reaksiyonlarının fizyolojik ve psikolojik yönleri yüksek oranda birbirine ekivalan ve bağlantılı değildirler.

Görüldüğü gibi 1930'larda somut (konkret) stresör temel anlayışı ile başlayan araştırmalar, giderek bunların yanında sosyal, psikolojik, psikoanalitik stresörler tarzında daha geniş kapsamlı entegre bir gelişme aşamasına gelmiştir. Bu gelişme aynı zamanda psikosomatik tedavinin tedavi edici ve koruyucu alanında biyolojik ve psikolojik yönelimli mültidisipliner değerlendirme ve yardım yolunu açmıştır.

Aşağıdaki cetvel önemli stresörlerin sınıflandırılmasını (Kerekjarto'dan) göstermektedir:

1 — Dış Stresörler

"Sensoriyal uyarımlar" da değişme:

a— Aşırı tembihle karşılaşma (gürültü, ışık, titreşim).

b — Sensoriyal enformasyonların kısıtlanması, tümden kalkması.

Ağrı tembihleri (elektrik, ısı, kimyasal, mekanik tembihler veya lezyonlar). Gerçek veya benzer hazırlanmış tehlike koşulları (örnek: Paraşütle atlama, kaza, ameliyatlar, muharebe durumları).

2 — Primer (Temel) ihtiyaçların doyuma götürülmemesi durumları

a — Beslenme

b - Su

c — Uyku

Engellenme Durundan

d — Hareket ve aktivite

e — Sabit ısı

3 - Yetenek Stresörleri

1 — Yetenekleri aşırı zorlama (zaman baskısı, çok değişik alanlarda çalışma, kendini işe vermede engellenme)

2 — Yetenekleri yeterli kullanamama (tekdüze, monoton iş)

3 — Yeteneklerini gerçekleştirme çabasında yetersizlik (başarısızlık), çalışmanın (işin) eleştirilmesi.

4 — Sınavlar.

4 - Sosyal Stresörler

1 — Sosyal izolasyon

2 — Kişiler arası çatışmalar

3 — Yaşam alışkanlıklarının değişmesi

4 — Yakınlarını kaybetme

5 — Anne-babadan ayrılma

5 — Diğer stresörler

Konflikt (çeşitli alternatifler arasında karar verme güçlüğü, gelecek olayların belirsizliği, kontrol edilememesi duygusu-»Uncertainty, Unpredictability-).

Özetlediğimiz stres anlayışından kaynaklanan araştırmaların psikosomatik tıp için yön verici hipotez ve düşünce modelleri geliştirme imkanını veren bulgular şöyle özetlenebilir:

1 — Selye'nin daha önce özetlediğimiz araştırma sonuçları, rahatsız edici kronik gerginlik ve yüklenmelerin organlarda morfolojik değişimler yapabildiklerini göstermiştir.

2 — Brady ve arkadaşları, maymun ve fareler üzerinde yaptıkları deneylerde kronik psikolojik gerginlik (huzursuzluk) lerin midede ülserasyonlara, perforasyona yol açtığını göstermişlerdir.

Gerek hayvan, gerekse insanlarda stresörün başlama ve bitim zamanının bilinmemesi ve kontrol edilememesi duygusu organik lezyona yatkınlığı arttırmaktadır.

3 — Kendilerine özgü reaksiyonlarla strese cevap veren kişilerde çevre değişiklikleri somatopsişik rahatsızlıklara daha fazla yol açar. Gelişen hastalığın türü ile bireye özgü reaksiyon tarzı arasında ilişki mevcuttur. Nitekim Schachter 1957'de anksiyete, ağrı ve öfkenin hipertoni kişilerde daha fazla arter basıncı artması, buna karşılık daha az ısı, solunum değişmesi ve kas gerginliği yaptığını göstermiştir.

4 — Çocukluk döneminde az şiddetteki tembihlere maruz kalan ve ölçülü bedensel temas gören, okşanan kimselerde stresörlere karşı daha hafif, aşırı tembihlerle karşılaşmışlarda ise daha şiddetli anksiyete, heyecan tepkileri olduğu; küçük yaşta sosyal izolasyon ve anneden ayrılma, sosyal uyumsuzluk ve

Tablo 3

Muhtemel olarak psikosomatik hastalıkların gelişmesini kolaylaşman etkenleri gösterir tablo

Kişilik Etkenleri	İç İşlev Etkenleri (Innere Verarbeitung)	Çevre Etkenleri
Nöroza yatkınlık (Nörotizmus)	Bastırma eğilimi (Represyon)	Yaşam krizlerinin türü ve sayısı dış yaşam koşullarının değişme sıklığı, sosyal ilişki azlığı
Introversiyon (İçe dönüklük)	Hoş olmayan olayları sezinleme eğilimi	Küçük çocuklukta uyanm azlığı ve aşın uyarımlar.
Meçhule ve müphemiyete az dayanabüme;	Öfkeyi dışa değil, içe atma	Olumsuz çevre şartları, sıcak, gürültü.
Kendi Fizyolojik reaksiyonlarını		Yanlış beslenme, kalabalık gruplar içinde yaşama veya çalışma
Benlik etkilenmesi (Ieh - Beteüigung)		
Alışma ve uyum yeteneğinde kısıtlılık.		
Bireysel spesifik reaksiyonlara eğilim, yeni uyarımlara alışma güçlüğü.		
(Enke'den)		

diğer stres koşullarının mide lezyonlarma yatkınlığı, aşırı sosyal uyarımların (Overcrowding) duyarlılığı arttırdığı anlaşılmıştır.

2- PSİKODİNAMİK, ÖZELLİKLE PSİKOANALİTİK YAKLAŞIMLAR (Psikolojik Düşünce Modelleri)

Psikosomatik hastalarda çok nedenli (Müльти'aktoriyel) anlayışın geçerli olduğunu söylemiştik. Bu nedenle, basite indirgenmiş modellere dayanan hipo-

tezler olgunun kompleks tabiatını aydınlatmaktan uzaktırlar. Ancak duygu-heyecan yaşamımızın ve bunlar arasında bilinçdışı dinamiklerin patogeneizde ağırlık katılan reddedilemez. Bilinç dışı kuvvetler iç kaynaklı stimulusları gönderirler. Bunlar dış stimuluslara fazla bağlı değildirler. Kendilerine göre yasalar içinde gelişirler. Bu anlayış içinde geliştirilen çeşitli önemli hipotez modelleri vardır. Ancak daha önce de belirttiğimiz gibi burada üzerinde durmak bu yazının sınırlarını aşar. (Fazla bilgi edinmek isteyenler W. Bräutigam P. Christian'dan A. Özbek ve C.Odağ'ın çevirisinde geniş kaynak listesi bulabilirler.).

KAYNAKLAR

1. Alexander, F.: Psychosomatische Medizin, De Gruyter, Berlin, 1951
2. Bräutigam, W.; Christian, P.: Psychosomatische Medizin, Thieme V., Stuttgart, 1973
3. Delay, J.TL Pichot, P.: Medizinische psychologie Thieme, Stuttgart, 1968
4. Enke, H. ve Ark.: Lehrbuch der Medizinischem psychologie, Urban-Schwarzenberg, Munchen-Wien-Baltimore, 1977
5. Hess, R: Psychologie in Biologischer sieht, Thieme, Stuttgart, 1968.
6. Kerekjarto, M.: Medizinische Psychologie (2. baskı), Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1976
7. Selye, H.: Stress beherrscht unser Leben, Econ, Düsseldorf, 1954.