

# Bir Semptom Florası ve Dil Olarak Beden

## BODY AS LANGUAGE AND SYMPTOM FLORA

Erol GÖKA\*

\*Doç.Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği Şefi, ANKARA

### Özet

Günümüz psikiyatrisinde yalnızca "somatoform bozukluklar" içine sıkıştırılmış durumda olan bedenselleştirme sorununu anlayabilmek için epistemolojiden nörofizyolojiye kadar uzanan çok yönlü bir bakış gerekmektedir. Bu yazıda, bedenselleştirmenin tanı ve tedavi sorunlarını ele almada, oldukça yararlı olduğunu sandığımız yeni bir bakış önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Bedenselleştirme,  
Yeni bedenselleştirme modeli

T Klin Psikiyatri 1999, 1:7-17

### Summary

In current psychiatry, in order to understand somatization, that is condensed in "somatoform disorders" term; we must have a wide angled, point of view extending from epistemology to neurophysiology. In this paper we are proposing an attitude which is useful in diagnostic and treatment approaches.

**Key Words:** Somatization, New somatization model

T Klin J Psychiatry 1999, 1:7-17

Bazen gündelik hayatın akıp giden seyri içinde öğrendiklerimiz, en az uzun okuma ve araştırmalar sonucu öğrenilenler kadar etkili oluyor. İnsanın bedenini ifade edişinin psikopatolojik biçimlerini nasıl ele almamız; bu psikopatolojik ifadeleri, sanki bedeninde bir rahatsızlık varmış gibi sunan "bedenselleştirici" (somatizer) dediğimiz hastalara nasıl yaklaşmamız gerektiğini konu edinen bu yazıya, bilinen "bilimsel deneme" tarzından farklı olarak, "pratikten öğrenme" yoluyla edindiğimi sandığım bazı örneklerden yola çıkarak başlamak istiyorum.

İlk örnekler çocuklarının büyümeleri sırasında onları izlerken öğrendiklerimle ilgili. İki oğlum var. Birincisinin konuşmaya başladığı zamanlarda, öğrendiği birkaç kelimedenden birisi de "kar" idi. Tüm beyaz nesnelere ve tüm hareket eden nesnelere onun

için "kar" demekti; zaten geriye başka bir ad verilecek nesne de pek kalmıyordu. Büyük oğlumdan insanın dünyasının bildiği kelime sayısı kadar olduğunu, eğer onu güdüleyecek bir sistem olmazsa pekala insanın birkaç on kelimeyle "anamlı" bir yaşam sürebileceğini öğrendim. İkinci oğlum ise, evde hastalıkların görece daha çok olduğu bir zamanda dünyaya geldi. Bu yüzden olsa gerek, beden algısı üzerinde ağabeyine göre çok daha duyarlıydı. Bir yerinin ağrıdığını söylemek, onun ilk anlamlı cümlelerinden birisiydi. Nasıl olmuştu da "ağrı"nın ne demek olduğunu bilmeyen, bizim haylaz oğlan ayağının ağrıdığını söyleyebiliyordu? Bu gerçek olabilir miydi; iki yaşındaki bir insan bir bedensel duyusunun (sensation) "ağrı" diye adlandırılması gerektiğini bilebilir miydi? Yok eğer "ayağım ağrıyor" demek tamamen öğrenmeye dayalı bir süreçse, "ağrı" neydi o zaman; her birimizin "ağrı"sı farklı farklı beden durumlarına karşılık geliyordu da, biz insanlar sırf aramızda anlaşma sağlayalım diye mi "ağrı"nın ne olduğunda anlaşmışımızı varsayıyorduk?

**Yazışma Adresi:** Dr.Erol GÖKA  
Ankara Numune Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi  
Psikiyatri Kliniği Şefi, ANKARA

Bu soruların yanıtlarını bugün de büyük ölçüde bilmiyorum ama iki oğlumdan öğrendim ki, insanın dilselliği (linguisticality) onun en ayırt edici yanısıdır. Pratik örnekler çerçevesinde sunduğumuz "insanın dilselliği" sorununa, yeri geldiğinde yeniden geleceğiz. Şimdi sunmak istediğimiz pratik öğrenme türü ise, doğrudan doğruya meslek yaşamımızla yani hastalarımızdan öğrendiğimizle ilgili ve konuyla çok önemli bağlantılar içeriyor. Elbette bu öğrenmede bana her zaman ustaca rehberlik eden Dr. Haluk Özbay'la çalışmanın çok katkısı oldu. Onun sayesinde, henüz ilgili bilim ve felsefe çevrelerinde adı bile anılmazken, ben "duyguların ussallığı" kavramından "düşünme sürecinde duyguların vazgeçilmez katkıları"ndan haberdardım. Hastalarımızla olan pratikte sürekli gözlüyorduk ki, popüler bilinçteki duygu-mantık karşıtlığı olarak bilinen şeyin aksine "duygusal farkındalık düzeyleri" hem psikopatolojide hem de psikoterapinin seyrinde çok önemli rol oynuyordu.

Aleksitimi alanında yapılan çalışmalardan sonra (1-3), bugün gerek felsefede (4-6) gerek nörobilimde (7) duyguların düşünce süreçlerinde, insan dilselliğinde, beyin-beden etkileşiminde oynadığı rol hakkında oldukça nitelikli ve bilimsel dayanaklara sahip fikirler üretebiliyoruz. Araştırmacılar ve kuramcılar, bedenselleştirici hastaların duygulanım, simgeleştirme (semboleştirme; symbolisation) ve fantezi üretim kapasitelerinde önemli sorunlar olduğunu, yani aleksitimik bir karakter gösterdiklerini ortaya koydular (8,9). Bu aleksitimik özellik, bedenselleştiricilerin hem semptom formasyonlarının ortaya çıkışında ana neden hem de onlarla yapılan psikoterapi çalışmalarında temel engel olarak gündeme getirildi; simgeleştirme olmaksızın, bir kimsenin kendisinin ve başkalarının duygu ve niyetlerini ancak üzerinde düşünülmeyle gerek olmayan, dolaysız biçimde görülebilen, bedenin birincil düzeyinde ifade edilebileceği üzerinde duruldu (10).

Şimdi hem bu bilgilere dayanak anlamında katkı sağlamak hem de bu bilgiler üzerine temellenecek "bedenselleştirme"ye yeni bir bakışa yol açabilmek için, bedensel ya da değil bir "ifadelendirme" sürecinin nasıl oluştuğu konusunda örtüşüklerini sandığımız felsefi bir tezle nörobilimsel bir modeli, özetle sunacağız.

Derdimizi, sevincimizi, dünyayı, kendimizi, bedenimizi nasıl ifade ederiz?

Bu sorunun yanıtlanmasına insanın diğer canlılardan ayırt edici özelliğinin ne olduğunu belirleyerek başlamak gerekmektedir ki, bunun için felsefeye gereksinimimiz vardır. Çünkü insanın ayırt edici özelliğinin ne olduğu her felsefeye göre değişmektedir. Bizim bu konuda izlediğimiz düşünür Ernst Cassirer'in bakışına göre, insanın ayırt edici özelliği, sanıldığı gibi ussallık (rationality) değil "simgeleştirme"dir ve bu nedenle Cassirer insana "simgeleştiren varlık" (animal symbolicum) demektedir.

Birçok hayvan türünde bir ussallığa bağlı olduğu açık olan organizasyonlar görülmektedir ama aynı şekilde hayvanların da kendilerine özgü bir iletişim sistemleri (dilleri) olduğu gerekçesiyle "simgeleştiren varlık" formülüne itiraz edilebilir. Hayvanların insanlar gibi bir iletişim dilleri olduğu doğrudur ama insan dilindeki simgesellik, duygulara değil önermelere dayanmakla hayvan dilinden ayrılmaktadır. İnsan, bu simgeleştirme etkinliği sayesinde doğal çevresini bir değişime uğratarak kültür ortaya koyabilmektedir. İnsanın doğada yaptığı her türlü değişimi "kültür" içinde değerlendirme eğiliminde olan Cassirer için dil, mitos, din, bilim, sanat, ahlak, tarih, insanın simgeleştirme etkinliğinin gün yüzüne çıkardığı kültürün çeşitli halkalarıdır (11).

İnsan zihninin temel özelliğinin "simgeleştirme" olduğu fikri, bir süreden beri nörobilimde de etkili olmaya başlamıştır. Bu görüşün etkin bir temsilcisi olan Damasio, şöyle demektedir: "Benim görüşüme göre bir zihin sahibi olmak, bir organizmanın, imgelere dönüşebilecek, düşünce denen süreçte yönlendirilebilecek; sonuçta da geleceğin tahmin edilmesine, buna göre plan yapılmasına ve bir sonraki eylemin yapılmasına yardım ederek davranışları oluşturan sinirsel temsilleri oluşturması anlamına gelir. İşte benim gördüğüm şekliyle nörobiyolojinin merkezi burada yer almaktadır: Bir sinir hücresi devresinde öğrenme sonucunda meydana gelen biyolojik değişikliklerden oluşan sinirsel temsillerin zihnimizde imgelere dönüşüm süreci; sinir hücresi devrelerindeki gözle görülemez mikroyapısal değişikliklerin, kendimize ait olarak duyumsadığımız bir imge halini alan bir sinirsel temsile dönüşüm süreci." (7, s.97-98)

Şüphesiz ortada Cassirer'in simge'siyle (symbol), Damasio'un imge'si (image) arasında bir fark vardır ama bu giderilemez bir fark değildir. "Düşüncenin salt imgelerden başka, ayrıca sözcüklerden ve imge olmayan, soyut simgelerden de oluştuğu sık sık söylenir. Kuşkusuz, düşüncelerin sözcükleri ve kendince simgeleri içerdiğini kimse yadsıyamaz. Ama bu ifadenin gözden kaçırdığı olgu, sözcük ve simgelerin de topoğrafik olarak düzenlenmiş temsillere dayalı olduğu ve imgeye dönüşebilecekleridir. Bir cümleyi dile getirmeden ya da yazmadan önce içsel konuşmamızda kullandığımız sözcüklerin hemen hepsi ya işitsel ya da görsel imgeler olarak bilincimizde bulunurlar. Gelip geçici bir şekilde de olsa, imgelere dönüşemeselerdi, bunları bilemezdik" (7, s.113). Elbette burada Damasio'ya eklenmesi gereken nokta şudur: Düşünce sürecindeki sözcükler, beyinde imgesel bir temsile tabi tutulabilirler ama bu süreç, bir nesnenin ya da durumun imgesel temsilinden farklı olacaktır; çünkü sözcükler zaten öz itibarıyla temsillerdir; onların beyindeki imgesel temsilleri, bu anlamda "temsilin temsili" olacaklarından, nesne ve durumların dolaysız temsillerinden daha karmaşık ve üst-düzey bir işleyişe gereksinimlidir. İnsandaki prefrontal etkinliğin temeli de bu karmaşık ve üst-düzey etkinlikten oluşmaktadır.

Damasio'ya göre, akıl yürütmek ve karar vermek için gereken verisel bilgiler, zihne imgeler şeklinde gelir ancak imgeler zihinde, nesne ya da olayların veya sözcük ya da cümlelerin fotokopileri gibi depolanmazlar. İnsanın muhteşem algılama, bellek ve akıl yürütme etkinliklerini sağlayan şey, erken duyu kortekslerindeki sinirsel ateşleme modellerinin etkileşmesinden doğmaktadır. "Zihin" (mind) olarak adlandırdığımız fizyolojik işlevler ise, yalnızca beyin değil, beyinle beden ve çevre arasında sürüp giden yapısal ve işlevsel bir topluluğun türevidir. Sözü edilen sinirsel temsiller, erken duysal kortekslerde meydana gelir ama erken duysal kortekste etkinlik için, sahne arkasında, kortekste ya da korteks-altı çekirdeklerde, bazal ganglionlarda, beyin sapında ve başka yerlerde işleyen karmaşık süreçlere gereksinim vardır. Yani beyin modern ve deneyimle güdülenen kesimlerindeki (neokorteks) devrelerin etkinliği, zihnin temeli olan imgelerin üretimi için şarttır ama beyin evrimsel bakımdan daha eski kesimleri

(beyin sapı, hipotalamus) sağlam değilse ve işbirliği yapmazsa neokorteks imge üretemez.

İnsan beyininin daha ziyade genom tarafından belirlenen evrimsel bazda eski kesimlerinden ayrı olarak zihnin imge üretim sürecinde, beyin dışında kalan bedenin yalnızca destek ve ayarlama hizmeti değil, temsiller için temel bir konu sağlaması gerekmektedir. Bunun başlıca nedeni, doğrudan doğruya varkalımla ilgilidir; beyin ve zihnin işlevlerinin amacı, çevreye uyum oluşturarak organizmanın hayatta kalmasını sağlamaksa, bunu başarmanın ilk yolu, doğuştan varolan devrelerle, bedendeki sistemlerin işleyişini denetleyebilmekten, yani organizmanın bütünlüğünü sağlayan biyolojik süreçlerin temsillerini oluşturmaktan geçmektedir. Önceden düzenlenmiş mekanizmalar yalnızca temel biyolojik düzen için önem taşımazlar; onlar organizmanın nesnelere varkalım açısından "iyi" ya da "kötü" diye sınıflandırması için de gereklidir. Bu açıdan "önceden düzenlenmiş mekanizmalar", nesne ilişkilerinin biyolojik temelini oluşturmaktadırlar ancak nesnelere "iyi" ya da "kötü" diye tanımlayabilmemiz, zihnimizde organizmanın hayatta kalabilmesi için, doğuştan getirdiğimiz, önceden düzenlenmiş sinirsel temsil ağlarıyla, imge kaynaklarıyla mümkündür. Şüphesiz böyle doğuştan edinilmiş varkalım stratejileri, birçok hayvan türü için de geçerlidir ama bu işlev insanda evrimsel-eski beyin tarafından yerine getirilemeyecek kadar karmaşıklaşmıştır. Amaç, insan için de biyolojik varlığın sürekliliğini sağlayabilmektir ama etik kurallar ve toplumsal geleneklerle, yeni beyin koordinasyonunu üstlendiği imgeye dayalı (zihinsel) etkinliklerle zenginleşmiştir. "Evrimsel açıdan en eski karar verme aracı temel biyolojik düzenlemeyle; bir sonraki araç kişisel ve sosyal alanla; en yeni olan ise, bir dizi soyut simgesel işlemle ilgilidir. Sanatsal ve bilimsel muhakemeyi, yaratıcı-mühendislik muhakemesini, dil ve matematiğin gelişimini bu işlemler arasında bulabiliriz. Bu akıl yürütme/karar verme "modülleri"nin her biri çağlar boyu süren evrimin ve kendilerine adanmış sinirsel sistemlerin sayesinde bir ölçüde bağımsızlık kazanmış olsa da ben hepsinin karşılıklı bağımlı olduklarını sanıyorum. Çağdaş insanda yaratıcılık faaliyetlerine tanık olurken, büyük olasılıkla bu araçların çeşitli bileşimlerinin entegre faaliyetine de tanık oluyoruz." (7, s.194-195) diyen Damasio, hem insanın varkalma mücadelesinin zaman için-

deki gelişimine hem de tıpkı Cassirer gibi, bunlar arasındaki bağlantıların vazgeçilmezliğine dikkat çekmektedir.

Damasio, zihnin imgesel üretimi için ussallığın yer aldığı neokortikal donanımın ve korteks-altı biyolojik düzenleme donanımının işbirliğini zorunlu görmektedir ama bu işbirliği için bir de aracıya gereksinim vardır. Bu aracı, duygu ve hislerden başkası değildir. Duygu ve hisler ise yeniden beden rolünü gündeme getirmektedir. Bizim "bedenselleştirme" konusu için gereksinim duyduğumuz bilgi de asıl olarak duygu ve hislerle ilgilidir. Daha önceki bakışlarda duygular ve hisler, genellikle korteks altındaki yapıların ürettiği oluşumlar olarak görülmekte, dolayısıyla kortikal düşünsel üretimlerin karşısına konulmakta; tuhaf ve çelişkili bir "duygu-mantık karşıtlığı" ortaya çıkmaktaydı. Oysa Damasio'nun bakışı bundan çok farklıdır; tıpkı neokortikal işlevler için korteks-altı yapılar ve bedenin biyolojik çalışması arasındaki işbirliğini zorunlu görmesi gibi ussallığın oluşabilmesi için de duyguların işleyişinin gerektiğini ileri sürmektedir. Damasio'nun felsefedeki Descartesçiliğe karşı yeni gelişen akımla (4-6) tam bir uyum içinde olan bu fikirleri, psikopatoloji anlayışımıza ve psikoterapiyi ele alışımıza da oldukça katkı sağlayacak niteliktedir. Biz bu katkıdan "bedenselleştirme"yi ele alırken yararlanmak amacıyla, önce onun duygu ve hislere bakışı üzerinde kısaca durmak istiyoruz.

Damasio, duyguyu (emotion) "çoğunlukla belirli bir zihinsel içerik tarafından harekete geçirilen, hem beyinde hem de bedende meydana gelen değişiklikler kümesi," hissi (feeling) ise bu değişikliklerin algılanması olarak görmektedir. Eğer bir duygu, belli bir beyin sistemini harekete geçirmiş olan belirli zihinsel imgelerle bağlantılı beden halindeki bir dizi değişiklikse, bir duyguyu hissetmenin esası, bu değişikliklerin döngüyü başlatan imgelerle yan yana olarak yaşanması deneyimidir. Ona göre birincil adımı verdiği duygular, başrollerde amigdal ve ön singulat'ın bulunduğu limbik sistem devrelerine dayanmaktadır. "Ne var ki birincil duygular mekanizması, duygusal davranışlar yelpazesini tümüyle betimlemeye yetmez. Elbette ki bunlar, temel mekanizmadır. Ancak bireyin gelişimi açısından bakıldığında, bence, bunların ardından, hissetmeye ve bir yandan nesne ve durum kategorileri, diğer yandan da birincil

duygular arasında sistematik bağlantılar kurmaya başladığımız andan itibaren ikincil duygular ortaya çıkar. Limbik sistemdeki yapılar bu ikincil duygular sürecini desteklemek için yeterli değildir. Ağ genişlemeli, prefrontal ve somatik-duyusal korteksleri de içine almalıdır. İkincil duygular için gerekli olan, sonradan edinilmiş prefrontal temsiller, birincil duygular için gereken ve doğuştan varolan yönlendirici temsillerden çok farklıdır. Ancak ikincilin kendini ifade edebilmesi için birincile gereksinim vardır" (7, s.140). Prefrontal hasarlı hastalar, birincil duygulara sahip olabildiklerinden, ilk bakışta duygulanım yetileri normalmiş gibi görülebilir ama limbik sistem hasarı bulunan hastaların hem birincil hem de ikincil duygularında daha ağır bir bozukluk vardır ve bu nedenle duygusal tepkileri çok bariz biçimde körelmiştir. Damasio, duygulara benzer biçimde hisleri de bazı bölümlere ayırır; mutluluk, üzüntü, öfke, korku ve tikslenme ona göre temel evrensel duygularla ilgili hislerdir ve önceden düzenlenmiş, doğuştan getirilen beden hali tepkisinin profiline karşılık gelirler. "İkinci bir his çeşidi ise yukarıdaki beş duygunun ince çeşitlemeleri olan duygulara dayanır: Aşırı canlılık (öfori) ve haz (ekstaz) mutluluğun çeşitlemeleri; melankoli ve isteksizlik, üzüntünün çeşitlemeleri; panik ve utanma da korkunun çeşitlemeleridir. Bilişsel halin daha ince nüansları, duygusal beden halinin daha ince çeşitlemeleriyle bağlantılı olduğunda, bu ikinci tür hisler, deneyimlerle ayarlanırlar. Girift bir bilişsel içerikle, önceden düzenlenmiş beden hali profiline çeşitlemesi arasındaki bağlantı, bize pişmanlık, mahcubiyet, intikam gibi duygu nüanslarını yaşatır" (7, s.155).

Damasio, bu temel ve karmaşık hislerden ayrı olarak, bir de duygusal hallerden değil de arka plandaki beden hallerinden kaynaklanan, duygular arasında hüküm süren beden hallerine karşılık gelen, "kendini nasıl hissediyorsun?" sorusuna yanıt verebilmemizi sağlayan "arka plan hisleri"nden bahseder. Arka plan hissi, bedenimizin duygular tarafından sarsılmadan önceki halinin bizdeki imgesidir. "Bedenimizin mevcut hallerinin temsilleri, adacık ve parietal bölgelerdeki birçok somatik-duyusal kortekste, ayrıca limbik sistemde, hipotalamusta ve beyin sapında meydana gelir. Her iki yarıkürede varolan bu bölgeler sinir hücresi bağlantılarıyla koordine edilir ve sağ yarıküre sola baskın

çıklar. Bu sistemin belirgin bağlantısal özellikleri konusunda keşfedilmesi gereken daha çok şey vardır ancak şu kadarı açık görünüyor: Halihazır beden hallerinin bileşik, süregelen bir temsili, hem korteks-altı hem de korteks düzeyindeki çok sayıda yapı arasında dağılmaktadır. İç organ hallerinden gelen girdilerin önemli bir kısmı, sonunda 'haritalanmamış' diyebileceğimiz yapılara ulaşır. Bu arada büyük miktarda iç organsal girdi de yeterince iyi haritalandığından, gövdemiz ve uzuvlarımızın tanımlanabilen bölgelerinde hissettiğimiz acı ya da ağrıyı saptayabiliriz. İç organlarımız için oluşturduğumuz haritaların, dış dünya için yaptıklarımız kadar hassas olmadıkları doğrudur. Yine de bu haritalama hatası örnekleri ve iddia edilen belirsizlikler 'yansıyan ağrı' gibi olgular işaret edilerek oldukça abartılmıştır.

Normal şartlar altında, beden halinin çok az bir kısmının bilinç düzeyinde görüldüğüne inananlar, bir daha düşünseler iyi olur. Bedenimizin her yerinin her an farkında olmadığımız doğrudur, çünkü görme, işitme ya da dokunma yoluyla edindiğimiz dış olayların temsilleri ve içsel olarak yarattığımız imgeler, bedenimizin sürekli ve kesintisiz temsilinden dikkatimizi etkili biçimde çeler. Ne var ki dikkatimizin genellikle çevreye uyumlu davranış için gerekli olan başka yerlerde yoğunlaşması, beden temsilinin olmadığı anlamına gelmez; çünkü en küçük bir acı ya da rahatsızlık bile bir anda dikkatinizin tekrar oraya yönelmesi için yeterlidir. Arka plandaki beden duyumu sürekli ama pek farkına varılmayabilir, çünkü bedendeki herhangi bir şeyin belirli bir bölümünü değil, içindeki hemen hemen her şeyin genel halini yansıtır" (7, s.157-158). Hangi türü olursa olsun hisler, bedenimizi hatırlamamızı sağlar; bedenimizde olup bitenin bir anlık görüntüsünü, başka nesne ve durumların imgeleriyle yan yana gelmiş halde sunar ve bu arada diğer imgelere iyilik kötülük, zevk ya da acı niteliği verir. Damasio, bu özelliği nedeniyle hislere ayrıcalıklı bir konum verir. Ona göre, hisler bedenle kopartılması olanaksız bağları yüzünden zihinsel yaşamımızda egemen durumdadırlar. Beyin, bedenini eli kolu bağlı izleyicisi olduğu için hisler galip gelen taraftır. "İlk önce gelen, sonradan gelene bir referans oluşturduğu için de, beynin geri kalan kısmı ile bilişin nasıl çalışacağı konusunda hislerin söz hakkı vardır; etkileri muazzamdır" (7, s.165).

Akıl yürütme ve karar verme süreçlerinde mutlaka bedenin durumunun, somatik işaretleyicilerin bir rolü vardır. "Rasyonel kararlar vermek için kullandığımız somatik işaretleyicilerin pek çoğu büyük olasılıkla eğitim ve sosyalleşme süreci sırasında, belirli dürtü türleriyle belirli beden hali türleri arasında bağlantı kurarak beynimizde yaratılmışlardır. Diğer bir deyişle ikincil duygular sürecine dayanmaktadırlar. Çevreye uyum sağlayıcı somatik işaretleyicilerin oluşturulması, hem beynin hem de kültürün normal olmasını gerektirir. Başlangıçta, beyin ya da kültürden herhangi biri hatalı olduğunda, somatik işaretleyicilerin uyum sağlayıcı olması beklenemez. Hatalı beyin örneği, en azından gelişimsel sosyopati ya da psikopati diye bilinen bazı hastalarda bulunabilir" (7, s.182). Hasta kültürün örnekleri ise 1930'lu ve 1940'lı yıllarda Almanya ve Sovyetler Birliği'nde; Kültür Devrimi sırasında Çin'de ve Pol Pot rejimi döneminde Kamboçya'da yaşananlardır. Dikkatini daha çok akıl yürütme ve karar verme süreçlerinde duyguların, hislerin (bedenin) rolüne çeviren Damasio, bunun aksini iddia edenlere, sağlıklı akıl yürütebilmek için olabildiğince duygulardan uzak, soğukkanlı olmak gerektiğine inananlara karşı, tam tersine, sağlıklı akıl yürütebilmek için duyguların, hislerin, somatik işaretleyicilerin rehber alınması gerektiğini savunmaktadır. Bunun için prefrontal hasarlı, yani duygu ve hisleriyle bağlantıları kopuk biçimde, "soğukkanlı" olarak düşünen ama birçok hata yapan hasta örnekleri verir.

Biz ise, Damasio'nun bilimsel araştırma bulguları üzerinde şekillendirmiş olduğu bu fikirlerinden "bedenselleştirmeci"lerin dünyalarını anlayabilmek, onlara uygun tanı ve tedavi yaklaşımları geliştirebilmek için yararlanacağız. "Bedenselleştirici" derken kastettiklerimiz ise, Lipowski'nin bedenselleştirme tanımıyla uyumludur: "Patolojik bulgularla açıklanamayacak belirtileri ve bedensel sıkıntıları olma, bunları fiziksel hastalığa yükleme, bu nedenle tıpsal yardım arama, bunlarla iletişim kurma ve yaşamaya eğilim" (12). Yani bize göre bedenselleştiriciler, yalnızca "somatoform bozukluklar" kapsamı içine giren rahatsızlıklardan yakınanlar değil, hiçbir açıklayıcı tıpsal ya da nörolojik rahatsızlıkları olmadığı halde, bedensel işleyişleri konusunda sorun yaşayan, örneğin fiziksel yakınmalarla giden "kurmaca (facitious) bozukluk"u olanlar gibi, hastalardır. Her ne

kadar bedenselleştiricilerle ilgili literatür çoğu kez ve bazen yalnızca, "psikosomatik" denilen hastalıkları da kapsayacak biçimde kullanılıyorsa da, biz nöropsikolojik etkenlerin etiyojideki rolü konusunda yeterince bilgi sahibi olmadığımız bu hastalıkları şimdilik kapsam dışında tutuyoruz. Yazımızın başlığında ifade ettiğimiz gibi, "nasıl oluyor da birtakım kimselerin bedenleri açıklayıcı patolojik bir neden yokken bir semptom florası haline gelmekte ve bu kimseler bedensel yakınmaları aracılığıyla iletişim kurmaya çalışmaktadırlar?" sorusuna bir yanıt bulmaya çalışacağız.

### **Bedenselleştiricilerde Sorun Nerede ve Ne Yapmalı?**

Bu soruya yukarıdaki bakışa göre tek bir yanıt verebilmek mümkün değildir. Çünkü bedenselleştirme tanımımız, yukarıda sunduğumuz modelde birkaç biçimde açıklanabilmektedir. Bu model esas alındığında, fenomenolojik olarak bedenselleştirmeye başvuran bazı hastalarda yakınmalar, ayırt edilemeyecek kadar birbirlerine benzeseler bile, kimi zaman her bir hastanın sorununun kaynaklandığı yer farklı olabilir; yani bedenselleştirmeye şimdikinden oldukça farklı bir tanı ve tedavi yaklaşımı gerekebilir.

Bedenselleştirmeye yol açabilecek bazı sorun biçimlerini, modelimize göre somut olarak tanımladığımızda, konu daha bir açıklık kazanacak, bugüne kadarki araştırmalardan elde edilen bilgi birikimini başka türlü değerlendirme imkanı ortaya çıkacaktır. Ancak unutmamak gerekir ki aşağıdaki sorun biçimleri ideal örnekler tasarlanarak formüle edilmiştir; yani onları tek bir hastada saf şekilde görmek mümkün değildir; onlar çoğu zaman birbirleriyle iç içe ve etkileşim halinde bulunurlar ve bu karmaşıklığa uygun, esnek bir tedavi yaklaşımına gereksinim vardır.

1. Bedenselleştirmede sorun, doğrudan doğruya "yapısal" işleyişten kaynaklanabilir. Yapısal bozukluk ise, bedenün tamamı ya da bir bölümünün genel işleyişinde bir uyarılmışlık olmasında; Damasio'nun doğuştan getirildiklerini söylediği birincil duygularda, temel hislerde ve "arka plan hisleri" olarak tanımladığı genel beden halinin algılanmasında; beden temsillerinin ulaştığı ve imgeye dönüştüğü korteks-altı yapılarda ve özellikle sağ parietal alan başta olmak üzere so-

matik-duyusal kortekste yerleşmiş olabilir. Bu yapısal bozukluğun sonucu olarak içten gelen beden algılarının temsilleri çarpıtılmış veya abartılmış ve zihinsel işleyiş sürecinde dış çevreden gelen algıların önüne geçmiştir. Zaten bedenden gelen temsillerin beyinde yeterince "haritalanmamış" olması, bu olasılığı artırmaktadır. Yapılan patofizyolojik araştırmalarda bedenselleştiricilerin, beden işleyişlerinde, beden işleyişini algılamalarında, özellikle "uyarılmış potansiyeller" bakımından normallerden farklılıklar saptanması (13), bir kısım bedenselleştiricide sorunun yapısal olduğunu desteklemektedir. Bedenselleştirmeyi açıklamak için ortaya atılan "büyütme (amplification) kuramı" (14), bu tür bulgulara dayanmaktadır.

Bedenselleştiricilerle yapılan araştırmalarda bu kimselerin normallere göre daha çok fiziksel rahatsızlığa sahip olduklarının ortaya çıkması da, hiç değilse bazı hastalarda yapısal sorun olasılığını güçlendirmektedir (15). Bizim bu yazının devamında Damasio'nun akıl yürütme ve karar alma süreçlerinde duyguların ussallığından yararlanamadıkları için kişilerarası alanda birçok sorun yaşadıklarını söylediği gelişimsel sosyopatlarla ve prefrontal hasarlı hastalara benzediklerini ileri sürdüğümüz, bedenselleştiricilerdeki aleksitimiden sorumlu tutulan nörofizyolojik patolojilerin (16-18), Damasio'nun sözünü ettiği sorun bölgelerine uyması da bir başka kanıttır.

Elbette sorunun yapısal olduğunun başka işaretleri de vardır. Bu insanlar, beden işleyişlerindeki, algılamalarındaki farklılıklar yapısal ise, bunun dışavurumlarını yaşamlarının ilk zamanlarından beri ya da işleyiş/algılama farklılığını açıklayacak, "posttravmatik stres bozukluğu"nda olduğu gibi (19), bir olaydan itibaren gösteriyor olmalıdırlar. Eğer hastadaki yapısal bozukluk doğumsal ise, intrauterin yaşam veya doğum eylemi sırasında açıklayıcı bir neden gösterilemiyorsa, genetik etkenler öne çıkacağından bozukluğun işaretlerinin kan bağı olan kimselerde de belli oranlarda görülmesi gerekmektedir. Bedenselleştirmenin ailesel yanına ve genetiğine yönelik araştırmalarda bunları destekleyen bulgular vardır (20).

Bedenselleştirmenin yapısal olduğuna, bunu destekleyen nesnel kanıtların yanı sıra, diğer nedenlerin dışlanmasıyla ya da diğer nedenlere yönelik girişimlerden sonuç alınmamasıyla karar ve-

rilir. Bu karar verildikten sonra da tedavi yaklaşımını belirlemek görece daha kolaydır. Eğer yapılabiliyorsa hastalara bedeninin ve/veya algı sisteminin işleyişini, bunun nasıl sorun yarattığını uygun bir biçimde açıklamak, onların durmaksızın değişik yerlerden tıpsal yardım arama tuturlarının önüne geçmek, beklenti düzeylerini düşürerek hastadaki ve hekimdeki hayal kırıklıklarının önüne geçmek, bu amaçlara uygun bilişsel-davranışsal veya farmakolojik bir tedavi uygulamak gerekmektedir (21). Zaten bilişsel-davranışsal programların ve özellikle antidepresanlarla ve sülpirid gibi anti-psikotiklerle yapılan farmakolojik girişimlerin bu hastalardaki başarısı da büyük olasılıkla etiyolojideki yapısal etkenler nedeniyledir.

2. Yapısal etkenlerle çok yakın bağlar içeren hatta çoğu zaman aralarında ayırım yapmaya olanak bulunmayacak kadar iç içe olan kişilik (bozukluğu) etkenleri de, soruna katkı yapmalarının yanı sıra bedenselleştirmenin temel bir nedeni olarak karşımıza çıkabilir. Kişilik (bozukluğu) etkenlerinden kasıt, bireyin çocukluğundan beri yaşantısına ana rengini veren tutum ve davranışları, baş etme stilleridir. Kişilik (bozukluğu) etkenlerinin nasıl ortaya çıktıkları konusunun kendisi uzun tartışmalara yol açmıştır. Biz bu tartışmada, bireye göre hem yapısal hem de psikososyal etkenlerin önemli rolleri olduğunu, ancak kişilik kavramını, kalıcılık ve yerleşmişlik özellikleri göz önünde bulundurulduğunda, yaşamın seyri sırasındaki kendiliğinden öğrenmelerle ve psikoterapi ile değişme olasılığı bulunan psikososyal etkenlerden ayırbilmek için, yapısal niteliklere yakın bir biçimde ele almak gerektiğini savunuyoruz.

Araştırmalarda kişilik (bozukluğu) etkenleriyle ilgili olarak, her ne kadar "olumsuz duygulanım"ı (negative affectivite) olanların yüksek somatik duygudan yakındıkları, kişilikteki nörotisizm skorlarıyla bildirilen tıpsal semptom sayısı arasında bir korelasyon olduğu bildiriliyorsa da (13, 22), modelimize göre bunları ve bunlara benzer diğer birçok araştırma sonuçlarının yapısal etkenlerden ayrı bir kategori olarak kişilikten kaynaklandıklarını ileri sürmek çok zordur. Çünkü aynı şekilde ve hatta çok daha güçlü bir olasılıkla yapısal nedenlerle bedenselleştirici olmak zorunda kalanların, buna uygun bir kişilik geliştirmeleri söz konusu olabilir. Bedenselleştiricilerde birçok farklı

kişilik bozukluğunun olabileceğini (23) ve kişilik bozukluklarında daha çok bedenselleştirme (24) olduğunu bildiren araştırma bulgularını da bu gözle görmek gerekmektedir. Aynı şekilde sonraki maddelerde yeniden ele alacağımız, birçok araştırmayla doğrulanan ve artık bedenselleştirmeyle ilgili "klasik" bilgi halini almış olan bedenselleştirme bozukluğu olanların ailelerindeki erkeklerde alkolizm ve antisosyal kişilik bozukluğu prevalansının, kadınlarda ise bedenselleştirme bozukluğu riskinin kontrol grubuna göre artmış olduğu bilgisi de (25), kadın ve erkek beyni farkı bağlamında, yapısal etkenlerin olası rolü ışığında yorumlanmalıdır.

Biz ayrıca bugüne kadar birçok araştırmaya konu olan depresyon ve anksiyete bozuklukları ile bedenselleştirme bağlantılarının da (20, 26, 27) en iyi biçimde yapısal ve kişilikle ilgili etkenlerle açıklanabileceği düşüncesindeyiz. Fakat bu bedenselleştirmeyi anksiyete ve depresyon eşdeğeri olarak gören kolaycı bakışlara katıldığımız anlamına gelmemektedir. Bize göre bu üçü çok farklı rahatsızlıklardır. Eğer bireyin depresyon veya anksiyete bozuklukları yaşadığı sırada beden duyularını algılamasında ve olumsuz yorumlamasında bir artış varsa, depresyon ve anksiyeteye yol açan nörokimyasal süreçlerle, beden duyusunun somatik-duyusal kortekste bir imge oluşturma ve bu imgenin zihinsel işleyişin ön sıralarına geçme süreci arasında maddesel bir ilişki olmak zorunludur.

Araştırmacıların, bundan sonra ele alacağımız maddelerin kapsamına giren, eğer bir kavrayış ve içgörü problemleri yoksa bedenselleştirmeci tutumlarının psikososyal etkenlerle bağlantısını anlayabilen "zorunlu olmayan (facultative) bedenselleştirici"lerden farklı olarak, tedaviye dirençli, içgörüsüz olma özellikleri gösteren "gerçek bedenselleştirici" ya da "kronik bedenselleştirici" dedikleri kimseler (28, 29), büyük olasılıkla "yapısal" ve "kişilik" gibi nedenlerle bedenselleştirici olanlardır.

Kişilikle ilgili nedenler yüzünden bedenselleştirmeye başvuranlardaki tedavi yaklaşımı da yapısal nedenlerle bedenselleştirici olanlarınkıyla benzer olmalıdır. Eğer bedenselleştirmeyi bir kişilik tarzı haline getirmiş ya da bedenselleştirmeyle birlikte bir kişilik bozuk-

luğu olan hastaların psikososyal gelişim öykülerinde, ben (self) ve nesne ilişkileri gelişiminde belirgin bozulmalar saptanabiliyorsa ve hastalar psikolojik sorunlara gönderme yapılmasına şiddetli tepki vermiyorlarsa, bu hastalar dinamik yönelimli, belirtilerin anlamını anlamaya yönelik bir psikoterapi çalışmasına alınabilirler. Yok eğer bu gruptaki hastalar psikolojik konuları tartışmaya bile tahammül gösteremiyorlarsa, onlar sanki fiziksel bir rahatsızlıkları varmış gibi ele alınmalı, onların güç ve işlevlerini düzenlemek için etkinlik programları, bilişsel-davranışçı ve farmakolojik tedaviler önerilmelidir (21).

3. Çocukluk ve aile yaşantılarından (ben ve nesne ilişkilerindeki gelişimsel sorunlardan) kaynaklanan, doğuştan getirilen birincil duygular ve temel hislerin değil de, ikincil duyguların ve karmaşık hislerin işlevselliklerinde sorun olan, "aleksitimi"ye bağlı bedenselleştirme olabilir. Aleksitimi konusu bugün birçok psikiyatrik rahatsızlıkla bağlantılı biçimde ele alınsa da, onun başlangıçtaki ileri sürülme nedeni bedenselleştiricilerin bu özelliklerini tanımlamak içindi (1) ve daha sonraki çalışmalarda da aleksitimi ve bedenselleştirme arasındaki karşılıklı ilişki doğrulandı (30).

Elbette aleksitimi, bundan sonra ele alacağımız "toplumsallaşma ve kültürel etkenlere bağlı olanlar" hariç olmak üzere, bedenselleştirmenin her biçiminde karşımıza çıkan genel bir olgudur. Bunun nedeni açıktır: Bedenselleştirme, düşünme ve iletişimin temel biçimi halini almışsa, hele hele yapısal ve kişilikle ilgili etkenlere bağlı ortaya çıkıyorsa, zaten orada somatik-duyusal korteks, prefrontal kortekse göre oldukça öndedir ve duygusal dünyanın yetkin bir ifadesi olarak iletişimsel dilin gelişebilmiş olma olasılığı çok düşüktür. Aleksitimi yüzünden tüm bedenselleştiricilerde, tıpkı Damasio'nun sözünü ettiği, duygularını ve hislerini akıl yürütme ve karar alma süreçlerinde devreye sokamayan hastalarda ortaya çıkan "sosyopatik" ya da "psikopatik" tutumlar gibi, duyguların yol göstericiliğinden yararlanamamaya bağlı, kişilerarası ilişkilerinde iletişim ilkelerini bozan bir tarz görülmektedir (31).

Bizim burada kullandığımız "aleksitimiye bağlı bedenselleştirme" kavramı, bu geniş anlamda değildir; kapsamı psikolojik gelişim sürecindeki anlamıyla sınırlı olacak kadar daraltılmıştır.

Yukarıdaki modelimize göre söylersek aleksitiminin buradaki anlamı, doğuştan, yapısal, birincil, temel defisitler yüzünden değil, yalnızca psikolojik gelişim sürecindeki sorunlar nedeniyle, duyguları ifadelendirememek, dolayısıyla zihinsel işleyişte "duyguların ussallığı"ndan yararlanamamaktır. Birincil duygular ve temel hisler dolayısıyla limbik ve kortikal yapılar sağlamdır ama psikolojik gelişim sürecindeki sorunlar nedeniyle, prefrontal korteksteki sonradan edinilen temsiller sağlanamamakta, beden hallerinin uygun kortikal temsilleri oluşmamakta, dolayısıyla birincil duygular arasında sistematik bağlantılar kurularak ikincil duyu yaşantılarına geçilememektedir. Bu sürecin sonunda, beden halleri uygun biçimde dilselleştirilemedikleri için, duyguların yol göstericiliğine gereksinim duyulan durumlarda, somatik-duyusal korteksteki beden imgeleri en geçerli iletişim yolu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu özellikleri, bedenselleştirmenin üçüncü tipinin ilk ikisinden ayırmasını zorunlu kılmaktadır.

Aslında pratikte bu üç bedenselleştirme tipini ilk bakışta birbirinden ayırma olanağı yoktur, ancak klinisyenin deneyimi, yakınma ve belirtilerin şiddeti, yaşama ve kişilik tarzına dönüşüp dönüşmemesi, tedaviye yanıt gibi etkenlerle hastayı tanıdıkça, sonradan bir ayırım yapılabilir. Bize göre önemli bir ayırım noktası, üçüncü grupta öncekilerden farklı olarak, yakınmaların gelip geçici bir nitelik taşıması ve daha çok duygulanımsal bir tetik çekicinin ardından başlamalarıdır. Bu hasta grubu, araştırmacıların dikkatini çekmekte; yakınmaları gelip geçici olan, yapısal, kalıcı bir defektten değil de içdünyadaki geçici ve yıkıcı bir atağın sonucu ortaya çıktığı düşünülen bu hastaları, kalıcı karakter yapısı ve savunmalar üzerine bina olmuş kuram ve modellerle anlayamayacağımız söylenmektedir (9, 31). Bedenselleştiriciler arasındaki bu fark, bu hastalarla deneyim sahibi olan tüm klinisyenlerin gözlerinden kaçmamaktadır. Kendilerine "zorunlu olmayan bedenselleştirici" (28, 29) denilenlerin çok büyük bir kısmı, bizim "aleksitimik bedenselleştirici" dediklerimiz olsa gerektir.

Bedenselleştiricilerin duygularını söze döke-meme özelliklerinin tarihçesi 1940'lara kadar uzanmaktadır. Bedenselleştiricilerin bu özellikleri onlara "infantil kişilik", "duygu cahilleri" gibi adlar



verilmesine yol açmış; onların somut, yararçı, şimdiye dönük ve bilinçdışı fantezilerden kopuk düşünme tarzı, "işe vuruk (operational) düşünme" olarak adlandırılmıştır (30). Bu arada, aleksitimik bedenselleştirmenin psikolojik gelişim sürecindeki nedenlerine ilişkin önemli tezler ileri sürülmüştür:

Büyük ölçüde psikodinamik ve bilişsel kuramla ilgili olan bu tezlerin aralarında önemli farklılıklar olsa da, temel savları, benzerlik göstermektedir. Bu tezlerde ileri sürülenler, Damasio'nun duygulara ve onların gelişimine ve düşünceyle ilişkilerine bakışıyla da uyumludur. Bu tezlerin hemen hepsindeki ortak temel sav, duyguların başlangıçta bedensel, ayrışmamış, sözelleşmemiş durumda olmaları; gelişim süreci boyunca giderek ayrışıp, bedensel olmaktan çıkarak sözelleştikleridir. Bilişsel etkinlik ve duygular, birbirleriyle ilişki halinde dil-öncesi, bilinç-dışı ve bedensel bir işleyişten; bilinçli, dilsel ve simgesel bir hale gelirler. Bu gelişim süreci, bebeklik örselenmeleriyle belli bir noktada durur; erişkin yaşamdaki örselenmeler ise gelişim sürecinin belli noktalarına gerilemelere (regression) neden olur ya da daha bilişsel ifadeyle, erken yaşam deneyimleri bedensel duyuların bir hastalık belirtisi olarak algılanmasına neden olacak bir biliş sistemine yol açmakta, duygusal gelişim engellenmektedir (2, 8, 32, 33). Diğer görüşler, kuramcılarının bu temel anlayışlarına göre şekillenir ama çoğu kez vurgulanan anne-çocuk ilişkisindeki yetersizliklerdir (8, 31, 34, 35). Sonuçta bedensel yakınmaların, sözel olarak ifade edilemeyen duyguların kılık değiştirmiş iletimleri olarak görülmeleri gerektiği konusunda bir fikir birliği vardır.

Bu üçüncü tip bedenselleştiricilerde sorunun yapısal olmaması, değişim ve psikoterapiye yanıt olasılığını gündeme getirmektedir, ancak bu hastalarla ilgili fikir yürüten dinamik yönelimli psikoterapistlerin bir grubu, tedaviye yanıtın olumsuz olduğunu bildirmişler ve bunu onların aleksitimik özelliklerine bağlamışlardır (1, 8). Onlarla aynı kanıda olmayan, eğer bedensel belirtiler, kişilerarası alanda duyguların yerine geçen anlamlı iletiler içeriyorlarsa pekala bedenselleştiricilere psikoterapötik bir yardım yapılabileceğini, hatta bu hastalar için çoğu zaman pejoratif anlamda kullanılan "ikincil kazanç"ın bile bir yardım vesilesi olabileceğini öne sürenler de vardır (30, 31, 36).

Psikodinamik yaklaşım içindeki bu tartışmayı bir kenara bıraktığımızda, bizim kanaatimiz (21) bu hastalarla uzun zamandır çalışan psikoterapistlerle aynıdır: Eğer yapısal ve kişilikle ilgili etkenlere bağlı değilse, bedenselleştirici hastalarda, bu hastalara özgü görüşme tekniklerine uymak ve hastanın gereksinimlerine uygun esnekliği göstermek, gerektiğinde farmakolojik girişimlerden yararlanmak koşuluyla, bilişsel veya dinamik yönelimli bir psikoterapi mümkündür.

4. Klinik uygulamada toplumsallaşma sorunlarına, kültürel etkenlere ve iyatrojenize bağlı bedenselleştirme denilebilecek bir başka hasta grubuyla karşılaşılmaktadır. Bunların ilk iki gruptaki yapısal ve kişilik etkenlerine bağlı bedenselleştiricilerden farkı, bedenselleştirmenin yaşama tarzına dönüşmemesi; üçüncü gruptaki "aleksitimik bedenselleştirmeci"lerden temel farkı, temel bir kişilik özellikleri olarak aleksitimilerinin olmayışıdır. Bu gruptaki hastaların duygusal gelişimleri büyük ölçüde tamamlanmıştır, ancak bedensel duyularını nasıl yorumlayacakları, hastalık ve sağlık bilgisi konusunda, toplumsallaşmaları sırasında hatalı öğrenmeler ya da yaşanan kültürün etkileri dolayısıyla bedenselleştirmeci tutumlara ödün ve ödül verildiğinden zaman zaman bedenselleştirmeye başvurmaktadırlar.

Çocuklukları sırasında kendilerinde veya ebeveyninde fiziksel bir hastalık olması nedeniyle gerek ebeveyn bakımının azaldığı gerek tam tersine hasta olmanın ödül anlamına geldiği şeklinde bir öğrenmenin olduğu kimselerdeki bedenselleştirme tutumlarının bir kısmı (37) bu grup kapsamına girmektedir.

Yine aynı şekilde hekimlerin hastalıklarla ilgili yeterli açıklama yapmamasına ve hatta bazen bedenselleştirmeyi teşvik edici tutumlar takınmalarına bağlı iyatrojenik bedenselleştirmeleri de (22) bu kapsam da değerlendirmek gerekmektedir.

Kültür ve bedenselleştirme konusu ise oldukça tartışmalıdır. Batılı hastaların depresyonlarını daha çok psikolojik bir dille anlattıkları oysa geri bırakılmış ülkelerdeki depresiflerin bedenselleştirmeyi yeğledikleri şeklinde bir sav ileri sürüldüğünden beri (38) adeta bedenselleştirme geri bırakılmış toplumlara has bir özellikmiş gibi, çoğu zaman da o toplumlara küçümseyen bir yan-

anlamla birlikte kullanmıştır. Geri bırakılmışlıkla bedenselleştirme beraberliği araştırmaya gerek duyulmadan kabul görünce, bu durumu açıklayacak tezler de peşi sıra gelmiştir. Bedenselleştirmenin çok olduğu toplumların dilinin duygu sözcükleri barındırmadığı için, insanların beden diline başvurdukları gibi fikirler öne sürülmüştür (39, 40). Bu açıklamalardan bazıları, örneğin ruhsal sorunların bir olumsuzluk kabulünü beraberinde getirdiği ya da fiziksel hastalık rolünün daha meşru olduğu toplumsal formasyonlarda bedenselleştirmenin daha çok olacağı, akla yakın görünse de bir toplumdaki bedenselleştirici tutumları kültüre bağlamanın yöntemsel birçok sorunu vardır.

Elbette insanın yaşadığı kültürün özelliklerini bilmek, özellikle o kimseyi anlayabilmek için vazgeçilmez bir önemdedir. Bu nedenle kültürler arası çalışmalarda aynı anket formlarının kullanılmasının uygun olmadığı gibi haklı eleştiriler yapılmıştır. Bu eleştiriler, psikiyatri dünyası içinde yankısını bulmaktadır, örneğin konumuzla ilgili olarak "Bradford Bedensellik Anketi" adı altında iki kültür için geçerli bedensel belirtiler anketi geliştirilmiştir (41). Ancak bu anketin kullanıldığı bir çalışmada (42) İngiliz ve Pakistan örnekleri arasında bedenselleştirme bozukluğu açısından bir farklılık bulunamamıştır. Yayılan anlayışın aksine yine araştırmalarda Batı ülkelerinde birinci basamak sağlık kurumlarına yapılan başvurularda bedenselleştirmenin çok sık olduğu görülmüştür (43). Sonuç olarak, insanı anlama sorunu içinde ele alınması gereken kültürel öğeler, psikiyatride kolaylıkla ve yanlışlıkla etiyolojik bir etmenmiş gibi değerlendirilmişlerdir; oysa kültürün bedenselleştirmede nasıl bir rol oynadığı çok titiz ve özenli araştırmaları gerektirmektedir.

Kültür-bedenselleştirme ilişkisi bağlamında mutlaka ele alınması gereken sorunlardan birisi de cinsiyet farklılığıyla ilgili olandır. Daha önce de değindiğimiz gibi, bugün tüm beşeri bilimlerde cinsiyet farklılıklarının toplumsal ve politik yanlarına değinilmesine rağmen, her türlü cinsiyet farkı araştırmasında biyolojik belirleyeni, kadın ve erkek beyni farklılıklarını hesaba katmak bir zorunluluktur. Bu zorunluluk bedenselleştiricilerin birinci derece akrabalarında, kadınlarda bedenselleştirmeye, erkeklerde sosyopati ve alkolizme daha sık rastlandığını gösteren araştırma

bulgularının yorumu için de geçerlidir. Ancak erinlikten (puberty) önce bedenselleşme belirtilerinde cinsiyet farkı görülmezken, erinlikten sonra kadınlar lehine bir artış olması, "kadın doğma"ya değil, "kadın olma"ya yani kültürün rolüne bir vurgu yapıyor gibidir. Yine de daha özenli bir değerlendirme için ağırlı adet görme gibi kadınlara özgü fizyolojik durumların, kadınların daha çok yardım arama girişiminde bulunma olasılıklarının hesaba katılmış olması gerekir (22). Son zamanlardaki bir çalışmada duygusal bir sıkıntı sonrası ortaya çıkan bedensel belirtilerde kültürel ve cinsiyet farkının görülmemesi (44), neden titiz ve özenli olunması gerektiğinin açık bir kanıtıdır.

Bu dördüncü grup hastaların tedavilerine yaklaşımda ise, üçüncü grup hastalarda, yani "zorunlu olmayan bedenselleştirici"lerde uygulanan genel ilkeler geçerlidir.

## Sonuç

Bedenselleştirme olgusu, araştırmacıların heveslerini kışkırtan çözülmemiş birçok sorunu barındırmaktadır. Bedenselleştirmeye yaklaşımda üzerinde anlaşılması gereken en önemli nokta, bunun için çok yönlü bir yaklaşıma ihtiyaç olduğu, önceden yapılmış ampirik araştırma sonuçlarının daha titiz ve özenli değerlendirilmesi gerektiğidir. İnsanın dilselliğinin, bedeninin bir semptom florası halini aldığı ama aynı zamanda "beden dili"nin bilinen anlamlarının çok ötesinde bir dil görevi gördüğü bedenselleştirme olgusunda nasıl bir biçime büründüğü ise, başlı başına felsefi bir sorundur (45).

Bu yazıda bu sorunları biraz daha belirginleştirmeye çalıştık ve son bilgilerimize göre bedenselleştirme sorununun tanı ve tedavisinde, şimdikinden daha uygun biçimde ele alınabileceğini sandığımız yeni bir model önerdik.

## KAYNAKLAR

1. Sifneos PE. Short-term Psychotherapy and Emotional Crisis. Harvard University Press: Cambridge, 1972: 81.
2. Lane RD, Schwartz GE. Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. Am J Psychiatry 1987; 144:133-43.
3. Weinby RM. Alexithymia: Old wine in new bottles? Psychoanalysis and Contemporary Thought 1995; 18:159-95.

4. Evans BT, Over DE, Manktelow KL. Reasoning, decision-making and rationality. *Cognition* 1993; 49:165-87.
5. De Sousa R. *The Rationality of Emotion*. Cambridge, MA: MIT Press, 1991.
6. Johnson-Laird PN, Oatley K. Basic emotions, rationality, and folk theory. *Cognition and Emotion* 1992; 6:201-23.
7. Damasio AR. *Descartes'in Yanılgısı*. Bahar Atlamaz (çeviren). İstanbul: Varlık Yayınları, 1999.
8. Krystal H. *Integration and Self-healing: Affect, Trauma, Alexthymia*. Hillsdale NJ: Analytic Press, 1988.
9. McDougall J. *Theaters of the body: A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. New York: Norton, 1989.
10. Fonagy P. Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psycho-Analysis* 1991; 72:639-56.
11. Cassirer E. *İnsan Üstüne Bir Deneme*. Necla Arat (çeviren). Remzi Kitabevi: İstanbul, 1980.
12. Lipowski ZJ. Somatization: The concept and its clinical application. *Am J psychiatry* 1998; 145:1358-68.
13. Sharpe M, Bass C. Pathophysiological mechanisms in somatization. *Int Rev psychiatry* 1992; 4:81-97.
14. Barsky AJ. Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics* 1992; 33:28-34.
15. Katon W; Von Korff M, Lin E. Distressed high utilisers of medical care: DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *Gen Hos Psychiatry* 1990; 12:355-62.
16. Nemiah JC. Denial revisited: Reflections on psychosomatic theory. *Psychother Psychosom* 1975; 26:140-7.
17. Hoppe KD, Bogen JE. Alexithymia in twelve commissurotomy patients. *Psychother Psychosom* 1977; 28:148-55.
18. TenHouten WD, Hoppe KD, Bogen JE. Alexithymia: An experimental study of cerebral commissurotomy patients and normal control subjects. *Am J Psychiatry* 1986; 143:312-6.
19. Allen JG. Neurobiological basis of PTSD: Implications for patient education and treatment. *Bull Men Clin* 1996; 60(3):377-96.
20. Kellner R. Somatization: Theories and research. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178:150-60.
21. Göka E, Dönbak S. Sorunlarını bedenselleştiren hasta (somatizer): Tanı güçlükleri ve tedavi yaklaşımları. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1993;1(4):326-37.
22. Kamaldeep B, Matthew H. Somatization disorder. *Br J Hosp Med* 1997; 58(4):145-9.
23. Sercan M. Bedenselleştirme-depresif bozukluklar ilişkisi. *Düşünen Adam* 1990; 3:93-7.
24. Battaglia M, Bernardeschi L, Politi E, Bertella S, Bellodi L. Comorbidity of panic and somatization disorder: a genetic-epidemiological approach. *Compr Psychiatry* 1995; 163:579-88.
25. Özmen E, Aydemir Ö. Somatizasyon. *Psikiyatri Bülteni* 1994; 3(1)30-8.
26. Lipowski ZJ. Somatization and depression. *Psychosomatics* 1990; 31:13-21.
27. Sercan M, Yüksel Ş. Depresif bozukluklarda bedensel belirtilerin baskınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1990; 1(1):2-7.
28. Weich S, Lewis G, Donmall R, ve ark. Somatic presentation of psychiatric morbidity in general practice. *Br J Gen Prac* 1995; 45:143-7.
29. Kirmayer LJ, Robbins JM. Patients who somatize in primary care: a longitudinal study of cognitive and social characteristics. *Psychol Med* 1996; 26:937-51.
30. Dereboy İF. Aleksitimi: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1990; 1(3):157-65.
31. Blaustein JP, Tuber SB. Knowing the unspeakable: Somatization as an expression of disruptions in affective relational functioning. *Bull Men Clin* 1998; 62(3):351-66.
32. Lazarus RS. Thoughts on the relation between emotion and cognition. *Am Psychologist* 1982; 37:1019-24.
33. Martin JB, Pihl RO. Influence of alexithymic characteristics on physiological and subjective stress responses in normal individuals. *Psychother Psychosom* 1986; 45:66-77.
34. Beebe B, Lachman FM. Representatation and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanal Psychol* 1994; 11:127-65.
35. Robbins M. Disturbances of affect representation in primitive personalities. In: Wilson A, Gedo JE, editors. *Hierarchical Concepts in Psychoanalysis*. Guilford: New York, 1993: 235-62.
36. Canter C. *Phantom illness: Shattering the myth of hypochondria*. Houghton Mifflin: Boston, 1996.
37. Craig TK, Boardman AP, Mills K, Daly Jones O, Drake H. The South London somatization study 1: Longitudinal course and the influence of early life experiences. *Br J Psychiatry* 1993; 163:579-88.
38. Kleinman A. Anthropology and psychiatry: The role of culture in cross cultural research on illness. *Br J Psychiatry* 1987; 123:299-306.
39. Mechanic D. The concept of illness behaviour: culture, situation and personal disposition. *Psycho Med* 1986; 16:1-7.
40. Kirmayer LJ. Culture, affect and somatization. *Transcult Psychiatr Res Rev* 1984; 21:237-62.
41. Mumford DB. Somatic sensations and psychological distress among students in Britain and Pakistan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1989; 24:321-6.
42. Kirmayer LJ. Cross cultural measures of functional somatic symptoms. *Transcult Psychiatr Res Rev* 1992; 29:37-45.
43. Blacker CVR, Clare AW. Depressive disorder in primary care. *Br J Psychiatry* 1986; 150:737-51.
44. Piccinelli M, Simon G. Gender and cross cultural differences in somatic symptoms associated with emotional distress. An international study in primary care. *Psychol Med* 1997; 27:433-44.
45. Göka E. *Animal symbolicum. Bilimlerin Vicdanı Psikiyatri içinde*. Ütopya: Ankara, 1999: 50-68.