

Şizofrenide Yalın Kendilik Bozuklukları



İbrahim AYLAK¹, Berna Diclenu ULUĞ²

ÖZET

Son yıllarda öznellik alanına ve bu alanın bozukluklarına, özellikle de psikotik olmayan anormal öznel deneyimin şiddetine ve niteliğine olan ilginin yeniden doğuşuna şahit olduk. Şizofrenide anormal öznel deneyimler ile ilgili çağdaş araştırmalar birkaç farklı teorik çerçeve kullandılar. Bunlardan en yaygın olanı fenomenolojik yaklaşımdır. Fenomenolojik yaklaşımın öne çıkan bir örneği ise yalın kendilik bozukluğu modelidir. Bu yazıda da ilk olarak, kendilik ile ilgili öne çıkan kuramlar ve şizofrenide yalın kendilik bozukluğu modelinin tarihsel arka planı ve daha sonra bu modele güncel yaklaşım tartışılmıştır. Bu modele göre kendilik bozukluklarının şizofreninin altında yatan ve kalıcı çekirdek bir özellik olduğu varsayılmıştır. Model, şizofreni hastalarında yalın kendiliğin üç şekilde bozulduğunu öne sürmektedir: aşırı refleksif düşünme, azalmış öz-etkilenim hissi (kişinin kendi varlığını hissettiğinin azalması) ve bilişsel-algisal dünyayı kavramada bozukluk. Aşırı refleksif düşünme, normalde örtük olarak tecrübe edilen süreçlere aşırı bir dikkat kesilmedir. Azalmış öz-etkilenim hissi, kişinin faillik hissini kaybı deneyimini ifade eder. Bilişsel-algisal dünyayı kavramada bozukluk, deneyimsel alanın uzamsal ve zamansal yapısının bozulmasını ifade eder. Bu üç durum birbiriyle yakından bağlantılıdır ve daha çok tek bir bütünün görünümü olarak anlaşılmalıdır. Yazının son kısmında ise yalın kendilik bozukluğuna işaret edebilecek klinik belirtiler ve iki şizofreni hastasının anormal kendilik deneyimleri tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, fenomenoloji, kendilik bozuklukları, aşırı refleksif düşünme, azalmış öz-etkilenim hissi

SUMMARY

Minimal Self Disorders in Schizophrenia

In recent years we have witnessed a rebirth of interest in the field of subjectivity and its disorders, particularly the severity and quality of non-psychotic abnormal subjective experience. Contemporary research on abnormal subjective experiences in schizophrenia has used several different theoretical frameworks. The most common of these is the phenomenological approach. A prominent example of the phenomenological approach is the minimal self disorder model. In this article, we will discuss, prominent theories on the concept of 'self', historical background of the minimal self disorder model in schizophrenia and the current approach to this model. According to this model, self disorders have been hypothesized to be an underlying and trait-like core feature of schizophrenia. The model suggests that this minimal self is disturbed in three ways in people with schizophrenia: hyperreflexivity, diminished self-affection (diminished self-presence) and disturbed grip or hold on the cognitive-perceptual world. Hyperreflexivity is defined as the excessive attention to processes that would ordinarily be implicitly experienced. Diminished self-affection (diminished self-presence) refers to an experience of a loss of self-agency. Disturbed grip or hold on the cognitive-perceptual world refers to the disturbances of spatio-temporal structuring of the experiential field. These three aspects are intimately interlinked, and should be understood more as the components of a single entity. Finally, clinical symptoms that may indicate minimal self disorder and the abnormal self experiences of two patients with a diagnosis of schizophrenia are discussed.

Keywords: Schizophrenia, phenomenology, self-disorders, hyperreflexivity, diminished self-affection

Geliş Tarihi: 22.11.2020, **Kabul Tarihi:** 10.03.2021, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 07.07.2021

¹Asist., ²Prof., Hacettepe Üniv. Tıp Fak., Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., Ankara.

İA: <https://orcid.org/0000-0002-6769-6140>, **BU:** <https://orcid.org/0000-0001-7949-7344>

Dr. İbrahim Aylak, e-posta: ibrahimaylak@gmail.com

GİRİŞ

Şizofreni, heterojen bir klinik sendromdur ve hem bir hastanın hastalığı süresince hem de farklı hastalar arasında önemli psikopatolojik farklılıklar ve değişimler gösterir (Silveira ve ark. 2012, Silverstein ve ark. 2014, Tandon 2014). Mevcut tanılma sınıflandırmaları bu karmaşık fenomene bakarken, alanda çalışanların ortak kararıyla seçilmiş olan sınırlı bir belirti veya bulgular kümesinin varlığına ya da yokluğuna dayanarak tanı koyma yaklaşımını benimserler. Özellikle DSM-III'ten itibaren bu yaklaşım baskın hale gelmeye başlamış, değerlendiriciler arası güvenilirlik (*interrater reliability*) daha çok vurgulanmaya, zihinsel veya deneysel yaşamın daha karmaşık ve kaniya dayalı değerlendirmesinin yerini işlevsel (operasyonel) belirti ve tanı ölçütlerinin tanımlanması almaya başlamıştır (Andreasen 2007, de Leon 2013, Kendler 2009, Stanghellini 2009, Marková ve Berrios 2009). Ne var ki araştırmalardaki ve tedavideki sorunları gidermesi beklenen bu yaklaşım, bu sorunları tam olarak çözemediği gibi, farklı klinik belirti ve görünümlere sahip hastaların aynı tanı kategorilerine dahil edilmesine sebep olmuş, geçerlilik ile ilgili soru işaretlerine yol açmıştır (Insel 2010, Kendall 2011, Naber ve Lambert 2009, Parnas ve ark. 2013, Tandon 2012, Tyrer ve Kendall 2009). Şizofreni tanısı ile ilgili tartışmaların uzun bir geçmişi olmasına rağmen, tutarlılığı ve uygulanabilirliği tartışmasız bir biçimde kabul gören bir yaklaşım henüz ortaya çıkmamıştır (Borda ve Sass 2015).

Bilgi felsefesi (epistemoloji) bakımından psikiyatrideki ruhsal belirtiler, tıptaki "tıbbi belirtiler" den daha önemli bir nitelik ve anlam taşırlar. Günümüz tıbbına geliş sürecinde tıbbi/bedensel belirtiler, yerlerini giderek "biyolojik belirteçlere" bırakmıştır; oysa ruhsal belirtiler için durum çok farklıdır (Marková ve Berrios 2009). Marková ve Berrios (2012), ruhsal klinik sendromlarda zihinsel fenomenlerin kendi içlerinde veya birbirleri arasında gösterdiği hem yapısal (eşzamanlı) hem de zamansal (artzamanlı) ilişkilere bakmayı mümkün kılan bir psikiyatrik epistemoloji oluşturma gereğini vurgulamaktadır. Böyle bir ihtiyacı karşılaması açısından kendilik bozukluklarına ilişkin kuramsal ve ampirik açıklamalar iyi bir aday olarak görülmektedir. Nitekim bu konuda yapılan ampirik çalışmalardan bazılarının kendilik bozukluklarının şizofreni spektrumunda olmayan diğer psikotik bozukluklara göre şizofreni ile daha çok ilişkili olduğunu ve bu ilişkinin açık psikotik belirtilerin varlığından bağımsız olduğunu göstermesi (Handest ve Parnas 2005, Haug ve ark. 2012, Nordgaard ve Parnas 2014, Parnas ve ark. 2005), birçok başka çalışmanın ise kendilik bozukluklarının şizofrenide hastalık öncesi ve iyileşme dönemleri dahil hastalığın bütün dönemlerinde görüldüğünü ortaya koyması (Davidsen 2009, Møller ve Husby 2000, Nelson ve ark. 2012, Parnas 1999, Sass ve Parnas 2003), kendilik bozukluklarına şizofreni spektrumunun *fenotipik bir belirteci* olarak büyük bir ilgi duyulmasına sebep olmuştur. Bunun sonucu olarak da kendilik kavramı, uzun

zamandır tanı kılavuzlarında yer almamış olmasına rağmen, nihayet ICD-11'in (WHO, 2018) beta sürümüne şizofreninin tanımlayıcı bir özelliği olarak dahil edilmiştir.

Kendilik (*self*), terim olarak oldukça geniş ve belirsiz bir kavramdır. Ancak burada ifade edilen "yalın kendilik" nörobilim, zihin felsefesi ve fenomenolojide geniş çapta tartışılan bir kavram olarak eylem, deneyim ve düşüncenin pre-reflektif (üzerinde etraflıca düşünmeden) ve doğrudan ya da dolaysız bilincini ifade eder (Nelson ve ark. 2020). Burada yazıda sıkça kullanılan, dilimizde düşünüm veya tefekkür anlamlarına gelen "*reflection*" kelimesinden türetilen reflektif (*reflective*) kelimesini, yine ilerleyen sayfalarda bahsi geçecek olan bilincin kendi kendinin bilincinde olmasını, yani zihnin kendisinin hem öznesi hem de nesnesi olabilmesini ifade eden reflektif (*reflexive*) düşünme/bilinç kavramından (Cevzici 2005) ayırmakta fayda vardır. Ayrıca buradaki "yalın kendilik" kavramının kendilik psikolojisinde ele alınan "anlatsal (*narrative*)" ya da "sosyal (*social*)" olarak nitelendirilen kendilik kavramından farklı olduğunu belirtmek gerekir. Eylem ve deneyimin pre-reflektif bilincini ifade eden yalın kendilik kavramının aksine, anlatsal/sosyal kendilik reflektif ve üstbilişsel (*metacognitive*) süreçleri içerir. Daha sonra da bahsedileceği üzere anlatsal/sosyal kendilik sosyal kimlik, kişilik, alışkanlıklar ve özgeçmiş gibi özellikleri ifade eder ve yine "kendilik saygısı (*self-esteem*)" ve "kendilik imajı (*self-image*)" gibi psikolojik kavramlar, anlatsal/sosyal kendilik düzeyine işaret eder (Nelson ve ark. 2014).

Bu yazıda öncelikle kendilik ile ilgili ortaya atılmış kuramlar, şizofrenide kendilik bozukluklarının tarihsel arka planı ve bu konuya günümüzdeki yaklaşım kısaca ele alınacaktır. Yazının son bölümünde ise kendilik bozukluklarına işaret eden klinik belirtiler ile birlikte Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Kliniği'nde ayaktan izlediğimiz ve derinlemesine görüşmeler yapıp, görüşmeleri ses kayıt cihazı ile kayıt altına aldığımız iki hastanın öznel deneyimleri incelenecektir. İki hastadan ilki, büyüklük sanrıları olan, varsanıları, dezorganizasyon ve negatif belirtileri olmayan erken dönem bir şizofreni hastası iken ikincisi ise klozapin tedavisi aldığından beri son iki yıldır herhangi bir pozitif belirti ya da dezorganizasyon belirtisi tarif etmeyen, negatif belirtileri olan bir şizofreni hastası idi. Bu hastaların seçilmesinin sebebi, anormal kendilik yaşantılarının hastalığın farklı evrelerinde bulunabileceğini ortaya koymak ve bu yaşantıların niteliğini değerlendirmektir.

Kendilik ile İlgili Kuramlar

Kendilik ile ilgili birçok kuram ortaya atılmıştır. Ancak bütün bu kuramları üç ana başlık altında toplamak mümkündür.

Bunlardan ilki kendiliğin var olmadığını öne süren kuramdır. Bu yaklaşımın önde gelen temsilcilerinden İskoç filozof David Hume (1888) şöyle demiştir: "*Bana kalırsa ben, kendilik dediğim şeyin en yakınına girecek olursam, her zaman*

sıcaklık ya da soğukluğun, ışık ya da gölgenin, sevgi ya da nefretin, acı ya da hazzın şu ya da bunun tikel algısına çarparım. Hiçbir zaman kendiliğimi bir algı olmaksızın yakalayamam ve hiçbir zaman algıdan başka bir şey gözleyemem.” Yani Hume’a göre bütün o bilinçli durumların ve süreçlerin ötesinde, o bilinçli durumlara sahip bir varlık olarak bir kendilik yoktur. Yine Alman filozof Nietzsche (1904), öznenin bir kurgudan ibaret olduğunu, bencilliği kınarken bahsedilen “ben” in bile var olmadığını iddia etmiştir. Benzer bir yaklaşım 20. yüzyıl felsefesinde yapısalcı ve postmodern filozofların öznenin “ölümü” nü ilan etmesinde de bulunur. Buna göre özne ya da kendilik; tarihsel, ideolojik ve sosyo-ekonomik güçlerin ve söylemlerin keşiştiği, “merkezsiz” pasif bir konumdur (Parnas ve Henriksen 2019).

Kendilik ile ilgili ikinci kuram daha çok fenomenoloji temelli yaklaşımlarda tartışılan “yalın (deneyimsel) kendilik” kuramıdır. Bu noktada kısaca fenomenoloji temelli psikopatolojiden söz etmekte yarar görüyoruz. Öncelikle bu yazıda bahsi geçen, Anglo-Sakson psikiyatrisindeki, tanımlayıcı psikopatoloji ile eş anlamda kullanılan, psikiyatrik hastalıklardaki belirti ve bulguların tanımlanmasını amaçlayan ve bu tanımlayıcı sürecin tarafsız ve “nesnelleştiren” bir gözlemci tarafından gerçekleştirilen fenomenoloji anlamında kullanılmadığını belirtmek gerekir. Bu yazıda daha çok, Karl Jaspers’in (1959) fenomenolojik psikiyatrisinin devamı niteliğinde olan, kişinin öznel yaşantılarını onun beyanıyla anlamaya çalışan ve Kartezyen geleneğin keskin özne-nesne, zihin-beden ve duygulanım-biliş ikiciliklerinden kökten bir kopuşu temsil eden fenomenoloji söz konusu edilmektedir (Bovet ve Parnas 1993). Bu fenomenolojik yaklaşıma göre ise kendilik, ancak deneyimler ile birlikte eşzamanlı olarak saptanabilir. Yani bu yaklaşımda kendilik, deneyimlerden yalıtılmış bir biçimde anlaşılabilir ve kendi başına belirli deneyimsel niteliklere sahip değildir. Dahası, kendilik her deneyimde kendisini deneyimin belirli bir “biçim”i olarak pre-reflektif bir şekilde gösterir (Parnas ve ark. 2005, Parnas ve Henriksen 2019). İşte deneyimin bu “biçim”i her deneyimdeki birinci şahıs bakış açısı ve faillik hissidir (Gallagher 2011). Buna göre eylemlerimi, algılarımı ve düşüncelerimi bana ait olarak algılarım, her deneyimi ben kipiyle yaşarım ve kendimi eylemlerimin ve onların sonuçlarının kaynağı/faili olarak görürüm. Ayrıca düşüncelerimin, algılarımın ve eylemlerimin “benim” olduğunu bilmem için etraflıca düşünmem gerekmez, bunları pre-reflektif yani dolaysız bir biçimde bilirim (Nelson ve ark. 2020). Her an her yerde deneyimlerime eşlik eden bu pre-reflektif kendilik hissi, yaşamım boyunca kişilik ya da anlatisallık gibi kendiliğin daha zengin, daha karmaşık biçimlerinin üzerinde inşa edildiği temeli oluşturur (Henriksen ve Parnas 2014). Dahası, bu yalın kendilik hissi kimliğin belirli bir zamanda ve farklı zamanlardaki bütünlüğü ve sürekliliği hissini, ben ve ben olmayan ayırımının ve biriciklik hissini sebebi olarak tarif edilebilir (Parnas ve Henriksen 2019).

Kendilik ile ilgili üçüncü kuram “anlatisal (narrative) kendilik” kuramıdır. “Ben kimim?” sorusuna verilebilecek, “ben AB, bu yaş ve bu bedende, bu özel tercihler, değerler, eğilimlere sahip, şu huy (bilişsel yetenekler, bilgi, mizaç özellikleri dahil) ve karakterde biriyim.” gibi bir cevap “anlatisal kendilik”e karşılık gelir. Anlatisal kendilik, diğer insanlarla (özellikle çocukluktaki bakım verenler) ve nesnelere yaşam boyunca sayısız etkileşimin bir ürünüdür. Anlatisal kendilik büyük ölçüde dile ve kültüre bağımlıdır ve şahsiyetin en karmaşık ve gelişmiş biçimidir. Yukarıda bahsi geçen yalın kendilik ile “anlatisal kendilik” arasında herhangi bir çelişki veya gerilim yoktur; dahası yalın kendilik bu anlatisal yapıya deneyimsel yaşam biçimlerini yapılandırarak bir ön koşul olarak girer ve bu bakımdan “anlatisal kendilik”in bir yönünü oluşturur (Parnas ve Henriksen 2019).

Şizofrenide Kendilik Bozuklukları

Tarihsel Arka Plan

Kendilik terimine şizofreni psikopatolojisinde son zamanlarda büyük ilgi duyulmasının yanında, daha 19. yüzyılda ve 20. yüzyılın başlarında klasik psikiyatrinin önemli şahsiyetlerinin birçoğu kendilik bozukluklarına büyük önem atfetmiştir (Zahavi 2019). Chung (2007) bu dönemde şizofrenide kendilik bozukluğunun, “kendiliğin ızdırabı (*affliction*)” kavramı ile tarif edildiğini aktarır. Yine bu dönemde şizofreniyi, bilincin birbirinden farklı boyutlarının bir birlik içinde algılanmasının bozulması olarak düşünmek alışlageldik bir durumdu (Stip 1997, Parnas 2011). Psikiyatri tarihinde şizofreni ile ilgili en önemli katkıları yapmış olan Emil Kraepelin her ne kadar şizofreninin tanımlayıcı bir özelliğini hastalığın betimsel özelliklerinde aramış olsa da şizofrenide “bilinç kopukluğu, ahenksizliği (*disunity of consciousness*)” olduğunu ve şizofreninin “*şefsiz bir orkestra*” ya benzediğini belirtmiştir (Chung 2007). Parnas ve Henriksen (2014), Kraepelin’in bu yaklaşımının kendilik bozukluklarına işaret ettiğini ve kendilik bozukluklarının ve bilincin birliğinin bozulmasının bir-biriyle bağlantılı kavramlar olduğunu şu örnekle açıklarlar: “*Bu makaleyi yazarken şu anki bilinç alanım düşünme, kavrama, hareket gibi işlevleri ve görsel, dokunsal ve derindüyuya ait uyarıların içeren çeşitli boyutlardan oluşur. Onların ahengi ya da birliği, benim deneyimlerim olmalarıyla belirlenir; hepsi tek bir farkındalık alanında, tek bir öznenin alanında, yani benim alanımda görünür*”. Eugen Bleuler de kişilikteki temel (*basic*) bozukluğu şizofreninin esas özelliklerinden biri olarak değerlendirmiş ve hastalığın değişmez bir biçimde kendilikte bir ızdıraba yol açtığını belirtmiştir (Parnas ve Handest 2003). Dahası Bleuler, kendilik bozukluklarının son dönemdeki açıklamalarında belirgin bir şekilde yer alan geçişkenlik (*transitivizm*) fenomenleri, beden farkındalığındaki değişimler, düşünce sokulması ve uzay ve zamandaki sınırların kaybı gibi fenomenlerden bahsetmiştir (Maatz ve Hoff 2017). Bleuler’in öğrencisi Minkowski de “*Delilik...yargılama, algı ya da irade*

bozukluklarından değil, kendiliğin en iç yapısının bozulmasından kaynaklanır” şeklinde yazmıştır (Zahavi 2019). Yine yazının ilerleyen kısmında da belirtileceği üzere, günümüz fenomenolojik psikopatolojisinin kavramlarına oldukça yakın fikirler öne sürmüştür. Karl Jaspers ise, şizofreni tanımı için *Ichstörungen* (kendilik bozuklukları) kavramını kullanmış ve şizofreni hastalarında kendilik duygusu köklü bir şekilde değiştiği, bozulduğu ya da kaybolduğu için şizofreni hastalarının deneyimlerini empatik olarak anlamının mümkün olmadığını belirtmiştir. Kurt Schneider ise, bilinç alanındaki radikal niteliksel bir değişikliği, birinci sıra belirtilerin üretken bir matrisi olarak kabul etmiştir. Schneider, bazı kendilik deneyimi bozukluklarının şizofreniye yüksek özgüllük gösterdiğini ve buradaki kendilik bozukluklarında, deneyimin verili birinci şahıs perspektifindeki (*Ich-heit*) veya “benimkilik/hepbenimkilik” ile ilgili (*mineness, Meinhaftigkeit*) bozuklukların belirleyici olduğunu öne sürmüştür. Kendilik bozukluklarıyla ilgili benzer yaklaşım tanı kılavuzlarında da görülür. Örneğin 1992 yılına kadar geçerli olan ICD-8 ve ICD-9’da şizofreni kişilikteki (*personality*) temel bir bozukluk olarak tarif edilir. Kişilikte bozulan bu en temel işlevler, normalde kişiye bireysellik (*individuality*), biriciklik (*uniqueness*) ve kendi kendini yönetme (*self-direction*) hissi veren işlevlerdir. Yalnız burada unutulmaması gereken şey, ICD-8/9’daki “kişilik” teriminin Karl Jaspers ve Kurt Schneider’in yazılarından alınmış olduğu, 20. yüzyılın ilk yarısının psikiyatri ve psikolojisinden kaynaklandığı ve o dönem kişilik olarak kullanılan terimin bugünkü anlamıyla mizaç ve alışılmış karakteristik eğilimleri ifade eden çağdaş kişilik kavramına değil, bugün kullandığımız kendilik ya da öznelliğe denk düştüğüdür (Parnas ve Henriksen 2014). Fenomenolojik psikopatolojinin günümüz temsilcilerinden Josef Parnas ve Louis Sass (2003), şizofreninin, kendilik hissinde çok temel dönüşümler ve değişiklikler içerdiğini ve kendiliğin bu tür bozukluklarının psikopatolojik belirtileri üreten bir patojen rolü oynadığını ileri sürerek bu fikirleri daha da geliştirmişlerdir.

Güncel Yaklaşım

Günümüzde fenomenoloji temelli yaklaşım, yukarıda da belirtildiği gibi, daha çok eylem, deneyim ve düşüncenin pre-reflektif ve dolaysız bilincinin bozulmasına, yani kısaca, yalnız kendilik bozukluklarına odaklanır. Sass ve Parnas’a (2007) göre bu yaklaşım hem geleneksel hem de güncel bazı şizofreni yaklaşımlarından farklıdır. Geleneksel yaklaşımlardan klasik tanımlayıcı yaklaşım, şizofreniyi bilişsel kapasitenin genel olarak düştüğü bir tür demans olarak görürken; psikanalitik yaklaşım şizofreniyi bilincin çocuksu veya içgüdüsel biçimlerine bir gerileme olarak görür. Güncel yaklaşımlar ise şizofreni belirtilerini, birbirinden bağımsız ya da birbirleriyle gevşek bir biçimde ilişkili mekanizmalara dayandırır. Ancak yalnız kendilik bozukluğu modeli diğerlerinin aksine, bütüncül ve birleştiricidir, bu yüzden de şizofreninin her evresinde ve pozitif, dezorganize ve negatif belirtilerinin her birinde

gösterilebilir niteliktedir. Aslında kıta Avrupa’sında, Kraepelin ve Bleuler’den başlayarak şizofreni hastasının bilincinin tüm alanlarında ve hastalığının her evresinde görülebilen temel özellikler şu kavram ve terimlerle tanımlanmıştır: “Bilinç kopukluğu (Emil Kraepelin)”, “uyumsuzluk (Henri Ey, *discordance*)”, “ruh içi ataksi (Erwin Stransky, *intra-psychic ataxia*)”, “otizm (Eugen Bleuler)”, “gerçeklikle yaşamsal temasın kaybı (Eugène Minkowski, *loss of vital contact with reality*)”, “bilişsel dismetri (Nancy Andreasen, *cognitive dysmetria*)”. Bu tanımlamaların ortak yönü, güncel yaklaşımlardan farklı olarak sınırlı ve geçici patolojik bir zihinsel içeriğe değil, öznelğin yapısında kalıcı bir değişikliğe işaret etmesidir (Parnas 2012). Bu tanımlama çabalarına benzer bir diğer yaklaşımı, yakın zamanda yapılmış olan “temel belirtiler (*basic symptoms*)” tanımında görürüz. “Temel belirtiler” düşünme, konuşma, dikkat, algılama, dürtü, stres toleransı ve duygulanım gibi zihinsel süreçlerde öznel olarak yaşanan bozuklukları ifade eder (Klosterkötter 1992).

Sonuç olarak yalnız kendilik bozuklukları modeli de şizofreniyi birbirinden bağımsız belirti ve bulgular kümesi olarak ele almaktansa, örneklerini gördüğümüz gibi bütün bilinç alanlarında işleyen ve hastalığın bütününde kendini gösteren temel özellikler ile (Parnas 2011) tanımlamayı amaçlamaktadır.

Şizofrenide yalnız kendilik bozukluklarının birbiriyle kesişen üç yönü vardır.

Aşırı Refleksif Düşünme (*hyperreflexivity*): Normalde kişinin bazı duyum ve düşünceleri örtük ya da otomatik bir biçimde tecrübe edilir. Örneğin ayakta iken ayaklarının değdiği zemini hissetmem; ancak dikkatimi ayaklarıma verirsem hissedebilirim. Düşünürken bir düşüncenin benim zihnim tarafından üretildiğini otomatik olarak bilirim. Ancak şizofrenide bu süreçler, kişiye yabancı ve aşikâr hale gelir; özellikle şizofreninin erken dönemlerinde hastanın engel olamadığı bir biçimde üzerinde düşünülmesi gereken süreçler haline gelir (Grünbaum ve Zahavi 2013, Sass ve Parnas 2017). Çünkü benliğe yabancı herhangi bir şey ya da bir süreç kişinin dikkatini tamamen o yöne çeker. Kişi, normal olduğu kabul edilen ve dikkat çekmeyen bu süreçlere dikkat kesilmeye başlar. Bu durum, kişinin kendisinin yaratmadığı, kişiyi etkisi altına alan ve onun ilgisini güçlü bir biçimde cezbeden zihinsel bir durumdur (Lewis ve ark. 2019). Son olarak, bu kavramın (aşırı refleksif düşünme) “reflektif” ve “operatif” olmak üzere iki biçimi tanımlanmıştır. Reflektif olan daha temel bir kusurun sonucu ya da telafisi olarak, operatif olan ise temel kusurun kendisinin bir görünüşü olarak tarif edilir (Sass 2003). Ancak yazıda bu ayırım gözetilmemiştir.

Azalmış Öz-Etkilenim Hissi ya da Kişinin Kendi Varlığını Hissedişinin Azalması (*diminished self-affection or diminished self-presence*): Bu durumda kişinin “bir eylemin faili olma hissinde” ve “kendisiyle ilgili farkındalığında azalma”

olur. İlkinde (eylemin faili olma hissinde azalma) düşünceler, hisler ve eylemler anonim ya da mekanik olarak işliyor gibi görünür. İkincisinde ise (kişinin kendisi ile ilgili farkındalığının azalması) kişide sürekli bir içsel boşluk hissi, bir kimlik-sizlik hissi olur ya da kişi kendisini başkalarından temel olarak farklıymış gibi hisseder (Parnas ve ark. 2005, Sass 2014).

Bilişsel-Algısal Dünyayı Kavramada Bozukluk (*Disturbed grip or hold on the cognitive-perceptual world*): Deneyimsel alanın uzamsal ve zamansal yapısının bozulmasını ifade eder. Bu durumda herhangi bir deneyimin gerçekten yaşanıp yaşanmadığı tam olarak bilinemez ve kişi anılarını, o andaki gerçek algılarını ya da hayal ürünü yaşantılarını ayırt edemez (Sass ve Parnas 2017).

Şizofrenide yalın kendilik bozukluklarının bu üç yönünden ilk ikisine (aşırı refleksif düşünme ve kişinin kendi varlığını hissetmesinin azalması) belki de zorunlu olarak nesnelere ilişkilerdeki veya farkındalık alanındaki değişiklikler (yani bilişsel-algısal dünyayı kavramada bozukluk) eşlik eder. Çünkü nesnelere ve anlamların ortaya çıktığı zemini sağlayan şey pre-reflektif bir ben-mevcudiyeti ve birinci şahıs perspektifidir (Sass ve Parnas 2017). Tam bu noktada Minkowski'nin düşüncelerine de yer vermek faydalı olacaktır. Minkowski'ye göre şizofrenide bir yandan "gerçeklikle yaşamsal temasın kaybı" varken, bir yandan da bilincin ve ifadenin entelektüel, uzamsal ya da şematik tarzlarında bir abartı, kendi ifadesiyle "abartılı derecede artmış bir tür entelektüalizm" (*hypertrophied intellectualism*) vardır. Gerçeklikle yaşamsal temasın kaybında yaşanan dönüşüm, gerçeklik algısını ve kendiliğin canlılığını etkiler. Görüldüğü üzere bu durum yukarıda ifade edilen "azalmış öz-etkilenim hissi" ile yakından bağlantılıdır. Bir diğer durum olan "abartılı derecede artmış entelektüalizm" in ise sorgulayıcı bir tutum ve bir tür geometrik veya yarı matematiksel soyutlamaya yönelik eğilim olmak üzere iki yönü vardır. Bu eğilimin canlılık ve esneklikten yoksun olduğunu belirtmek gerekir. Minkowski her ne kadar kendilikle ilgili farkındalığın artışıyla özellikle vurgu yapmasa da onun "abartılı derecede artmış entelektüalizm" kavramının yukarıda bahsedilen "aşırı refleksif düşünme"nin en azından belli yönlerini yakaladığı açık olmalıdır (Sass 2001)

Klinik Belirtiler ve Vaka Örnekleri

Şizofrenide yalın kendilik bozukluklarının klinik görünümünün bazı temel özellikleri vardır.

Birincisi şizofrenide anormal kendilik deneyimlerinin kalıcı ve sürekli (*trait-like*) bir niteliği vardır. Yani anormal öznel deneyimlerin sürekli niteliği hastanın bilinçli yaşamının sabit veya tekrarlayan bir altyapısı olarak ortaya çıkar. Bu altyapı, deneyimin içeriğinden (*what*) çok deneyimin biçimini (*how*) belirler (Parnas ve Henriksen 2014).

İkincisi, hastaların kendilik bozuklukları ile ilgili deneyimlerinin başlangıcı çoğu zaman çocukluk veya

erken ergenlik dönemine kadar uzanır. Yine benzer şekilde hastaların ilk başvurusu sırasında birçok kendilik bozukluğu, hastaların deneyim biçimine belli belirsiz bir şekilde girmiştir. En azından kısmen bu nedenle, hastalar başlangıçtaki kendilik bozukluklarını genellikle bir hastalığın "belirtisi" olarak algılamazlar. Hastalar kendilik bozukluklarını, daha çok varoluşlarının içsel bir özelliği olarak yani kendilerini, başkalarını ve dünyayı nasıl tecrübe ettiklerinin bir yönü olarak algılama eğilimindedirler (Parnas ve Henriksen 2014). Bu da şizofrenide hastalıkla ilgili zayıf içgörüyü anlamak için yeni bir çerçeve sunabilir (Henriksen ve Parnas 2014).

Üçüncüsü, kendilik bozukluklarıyla ilgili yaşantılar genellikle psikotik fenomenler değildir. Şizofrenide psikozun billurlaşması başlangıçtaki kendilik bozuklukları ile ilişkili olmasına rağmen, kendilik bozuklukları belirtileri psikotik düzeyde yaşanmayabilir. Kendilik bozuklukları ile ilgili yaşantılar sıklıkla hastalar tarafından tipik olarak "-miş gibi (*as if*)" niteliğindeki yaşantılar olarak ifade edilir (örneğin, "ruhum yokmuş gibi hissediyorum" veya "düşünceler benden kaynaklanmıyormuş gibi hissediyorum"). Bu tür durumlarda kişinin muhakemesinin bozuk olduğu söylenemez (Parnas ve Henriksen 2014).

Dördüncüsü, hastalar kendilik bozukluklarını genellikle hastalıklarının merkezinde görürler ve kendilik bozuklukları hastaya psikotik belirtilerinden daha fazla sıkıntı verir (Møller ve Husby 2000). Hastalar genellikle kimsenin kendileriyle öznel yaşamları ve deneyimleri hakkında konuşmadığını anlatırlar ve hastalara bu deneyimleri hakkında sorular sorulduğunda şaşırırlar. Bu bağlamda, hastalarla kendilik bozukluklarını ele almaya yönelik yapılan görüşmelerin onların varoluşsal yalnızlık hissinin hafifletilmesinde iyileştirici bir değere sahip olabileceğini belirtmek gerekir (Parnas ve Henriksen 2014).

Son olarak, hastaların kendilik bozukluklarına ilişkin deneyimlerinin yapılandırılmış bir dizi soru ile elde edilmesi mümkün değildir. Daha ziyade, uyum ve güven tesis etmeyi amaçlayan fenomenolojik olarak yeterli bir görüşme gerekir (Parnas ve Henriksen 2014).

Vaka Örnekleri

Birinci Hasta: "Deney bitti hepimiz ölebilirsiniz"

Şizofreni hastaları hastalıklarının erken döneminde genellikle depresyon, yorgunluk veya odaklanmada güçlük gibi özgül olmayan belirtilerden yakınır. Bununla birlikte, örneğin yorgunluktan yakınan bir hastanın bu belirtisi detaylı bir şekilde değerlendirildiğinde, hastanın yorgunluğunun dünyanın gündelik anlamlarını kavramada yaygın bir yetersizlikle ilişkili olduğu ortaya çıkabilir (Parnas ve Handest 2003). Blankenburg buna "özgül olmayan özgüllük" demektedir. Bu, şizofreni için özgül olmayan yorgunluk gibi bir belirtinin içinde, şizofreni için özgül olan "dünyadaki anlamları kavramada yetersizlik" durumunun bulunmasını ifade eder

(Mishara 2001). Benzer şekilde bu hastamız da özellikle unutkanlıktan ve derslerinde yeni bilgileri öğrenememekten yakınıyordu. Bunları biraz detaylandırması istendiğinde, **“çevremdeki hiçbir şeye nüfuz edemiyorum, her şey bana aynı geliyor, zaman geçse de başka bir yere gitsem de benim olsa da benim için her şey aynı. Bu görüşmenin her ayrıntısı şu an aklımda ancak sonra unutuyorum”** şeklinde anlatıyordu. Hastanın bu beyanına dayanarak hastanın unutkanlık gibi özgül olmayan belirtisinin, kişinin kendi varlığını hissedişinin azalması gibi şizofrenideki kendilik bozuklukları için özgül olan bir durumla ilişkili olduğu söylenebilir. Çünkü kişinin kendi varlığını hissedişinin azalmasının özellikle hastalığın erken dönemlerinde en önemli niteliği, hastanın deneyimlerine tam olarak nüfuz edemediği hissidir. Hasta bu durumda deneyimleriyle kendisi arasında zamansal veya mekânsal bir mesafe varmış gibi hisseder. Hasta bu durumu, “ben kendimi hissetmiyorum” veya “ben kendim değilim” gibi önemsiz, sıradan ifadelerle de anlatabilir; “insanlık dışı bir hale geliyorum”, “bir yaratığa dönüşüyorum”, “yaşayan bir ölü gibi hissediyorum”, “başka bir gezegenden gelmiş garip bir hayalet gibi hissediyorum” veya “her şey bana aynı ya da nötr geliyor” gibi ifadelerle de anlatabilir (Møller ve Husby 2000). Hasta unutkanlık yakınmasının sıradan bir şey olmadığını farkındaydı ve bu yüzden internette bu konuda birçok araştırma yapmıştı. Sonunda buna en iyi uyan teşhisin “disleksi” olduğunu saptamıştı (hastaya hiç disleksi teşhisi konmamıştı). Hasta birçok anormal deneyimini “disleksi” ye bağlıyordu. Hasta birçok okul değiştirmişti, en son bıraktığı üniversite bölümünü neden bıraktığı sorulunca, **“onda da olmadı yani, belli bir yerden sonra onda da yapamadım, disleksim olduğunu düşündüğüm için ve aynı zamanda da öğrenme güçlüğü yaşadım yani. Yani bir şeyleri öğreniyorum ama yarım dönemde unutmaya başladım. Yani unutuyordum, zaten hani küçüklüğümden beri olduğunu bildiğim bir şey. Onu da bıraktım böyle.”** şeklinde yanıtladı. Daha önce değinildiği gibi şizofreni hastaları kendilik bozuklukları ile ilgili deneyimlerinin çoğu zaman çocukluk veya erken ergenlik döneminde başlamış olduğunu belirtir. Yine aynı şekilde yukarıda bahsedildiği üzere, şizofreni hastaları psikotik belirtilerinden ziyade kendilik bozukluklarıyla ilgili konularda daha çok ıstırap çekebilirler. Bu hastanın da sanrıları olmasına rağmen, hasta tedavi ekibinden sadece “disleksi”sinin tedavi edilmesini talep ediyordu ve **“şizofrenik semptomlarım var ama onları kontrol altında tutabiliyorum, bazen birinin beni izlediğini, bazen hani ne biliyim birinin beni dinlediğini, ama belki yani, nadiren gelen bir izlenme düşüncesi o kadar. Çok az yani. Kontrol edebiliyorum. Ama asıl sorunun öğrenme sorunu.”** diyordu. Ayrıca hastanın unutkanlık yakınmasına getirdiği “disleksi” açıklamasının yanında, diğer bütün insanlardan varoluşsal olarak farklı olduğu hissini ve deneyimsel alandaki farklılığını, **kendisinde yamyamlık geninin bulunduğu ve daha önce insan eti yemediği ancak insan eti yemekten hoşlandığı** şeklinde anlatıyordu.

Møller ve Husby (2000), erken dönem şizofreni hastalarının felsefi, doğaüstü ve metafizik temalarla aşırı meşgul olduklarını gözlemlemiştir. Bu durum yalın kendiliğin bozulması sonucu değişen deneyimin arka planından ötürü kişinin her şeyi yeniden tanımlaması ve çözümlemesi ihtiyacından ileri gelebilir. Aşkın bir anlam arayışı (yani metafizik arayış) elbette şizofreni ile sınırlı değildir, insan türünün ayırt edici ve yaygın bir özelliğidir. İnsanın bu arayışı çağdaş Alman filozofu Dieter Henrich’in “temel ilişki (*basic relation*)” olarak adlandırdığı insana özgü bir paradoks tarafından körüklenmektedir. Buna göre bizler bir yandan kendimizi ruhsal, eşsiz ve özerk varlıklar olarak tecrübe ederken; öte yandan, dünya düzenine ait, fani ve nedensel olarak belirlenmiş varlıklar olarak da tecrübe ederiz (Parnas ve Handest 2003). Ancak şimdiye kadar tarif edilen kendiliğin istikrarsızlığı normalde “temel ilişkinin” karakteristik özelliği olan deneyimsel dengeyi bozar ve metafiziksel arayışı yoğunlaştırarak Møller ve Husby (2000) tarafından tarif edilen “varoluşsal yeniden yönelimlere (*existential reorientations*)” yol açar. Hastaların varlığı yeniden tecrübe etme biçimi ise genelde şu şekillerde değişebilir: Gerçeklik bir şekilde kişinin zihnine bağımlı görünür, tabiattaki fiziksel nedensellik düzenleyici rolünü kaybeder, “başka zihinler” ya esrarengiz varlıklar ya da kötücül yapılar haline gelir, özne-nesne ayrımı bulanıklaşır, normalde örtük olarak kalacak zihinsel süreçler içgözlemsel bakışa (*introspective gaze*) tabi tutulur (Parnas ve Handest 2003). Bu noktada, dünyanın ve başkalarının öznelendirilmesi ile kendiliğin dağılmasının paradoksal bir karışımını ifade eden “solipsizm” terimi, böyle bir konumu iyi yansıtmaktadır. Solipsizm Latince tek, yegâne anlamlarına gelen “*solus*” ve kendilik anlamına gelen “*ipse*” kelimelerinden türetilen bir terimdir. Bu terim, felsefe literatüründe sadece benim bilincimin var olduğunu iddia eden bir konuma atıfta bulunur. Bu durumda dünyanın ve diğer zihinlerin var olup olmadığından asla emin olamam; onlar en iyi ihtimalle kendi zihnimin yarattıklarıdır. Bu, derin bir şekilde değişmiş bir kendilik deneyimi tarafından güdülenen ve yeni bir varoluşsal yönelime işaret eden bir konumdur. Solipsistik konum genellikle diğer insanların erişemediği, daha derin ve daha temel gerçeklik katmanlarına benzersiz bir erişime sahip olma hissini gerektirir. Bu nedenle, oldukça farklı bir büyüklük türü olabilir: hasta diğer insanları acınası, ontolojik olarak cahil moronlar, sadece varlığın yüzeysel ve maddi yönlerini kovalayanlar olarak görür (Parnas ve Handest 2003). Bu hastanın da metafiziksel, doğaüstü ve felsefi uğraşları yoğundu. Bazı deneyimlerini felsefi terimlerle (alter ego gibi) anlatıyordu; kendisinin ve İslam Peygamberi Muhammed’in aynı görevi paylaştıklarını düşünüyordu ve ona göre ikisi de bu dünyanın nihai amacı ya da varoluş sebebiydi. Bu deneyimlerini şöyle anlatıyordu:

Ben her an her şeyin farkındayım, yani nasıl anlatayım, ben insanın doruk noktasıyım, beyinsel ya da vücutsal olarak, bu yüzden de her an her şeyin farkındayım. Yani

benim buna (sandalye kolçağını kastediyor) bakmama gerek yok, gözüm kapalı olarak da biliyorum bu algıyı, ben burada gözüm kapalı gezsem yine bütün her şey aynı gelecek bana, gözüm açılmış gibi ve bir kere gördüğüm için de ayrıca. Ben sizin gibi değilim, ben baktığım şeylerde sizin gibi görmem farklı şeyler görürüm...Aslında bu gezegende bir deney yapıyor, bu deneyde bütün insanlar... Muhammed ve beni oluşturmak için varlar, acı çekiyorlar, işte zevk alıyorlar, ölüyorlar, doğuyorlar ve bunların oluşturduğu algıların Muhammed ve beni oluşturuyor ve oluşturdu ve bitti. Bu deney artık yok, bitti, bu deneyi tanrı yapıyor. Tanrı neden böyle bir deneyi yapıyor, çünkü, Muhammed veya benim, ikimizden birinin hüküm sürmesi lazım evrende, o yüzden...Ama dediğim gibi deney bitti hepimiz ölebilirsiniz.

İkinci Hasta: "Özel bir kişi olabilirim belki"

Hastanın ilk belirtileri on yıl önce başlamış ve o dönem içe kapanma, odaklanamama, üniversite derslerinde zorlanma gibi özgül olmayan belirtileri varmış. İzleyen dönemlerde hastaya majör depresif bozukluk, bipolar afektif bozukluk ve psikotik depresyon gibi tanımlar konmuş ve olanzapin, lityum, paroksetin, valproik asit gibi çeşitli tedaviler önerilmiş. Parnas ve Handest (2003), şizofreni hastalarının büyük çoğunluğuna erken dönemde majör bir duygudurum bozukluğu teşhisi konmasını, hastaların belirtilerini örtük/gizemli bir şekilde ifade etmelerine, belirtilerinin çoğunun yukarıda da ifade edildiği gibi şizofreniye özgü olmamalarına ve klinisyenlerin şizofreni hastalarının psikotik olmayan anormal deneyimlerine aşına olmamalarına bağlamaktadır. Hasta poliklinik takipleri boyunca kişinin kendi varlığını hissedişinin azalması ve kendiliğinin farkındalığında bozulmalar olarak değerlendirilebilecek "ruhunun olmadığı, kendisini bir nesneymiş gibi algıladığı" deneyimlerinden söz ediyor, insanların kendisini eşcinsel sanacağından korkuyormuş. Dahası hastanede yattığı dönemde, hastanın insan ilişkilerinde kendiliğindenlikte azalma ve zihinsel süreçleriyle aşırı meşguliyet gibi aşırı refleksif düşünmeye işaret edebilecek yaşantıları ve Parnas ve arkadaşlarının (2005) "ontolojik bunaltı" diye adlandırdığı duygudurumunu düşündürebilecek yaşantıları oluyordu. Hasta bu yaşantılarını Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Servisi'nde korkulu bir ifade ile ve mütemadiyen hareket ederek şöyle tarif ediyordu:

Bir şeyler olacak hocam. Ama ben homofobik (bunu eşcinsellik anlamında kullanıyordu) değilim. Serviste bir şeyler yapıyorlar gibi geliyor...kötü bir şey. Öyle bir şey varsa bana söyleyebilir misiniz?

Hasta cinselliğinden, dini inancından derin bir şüphe duyuyor, hastanedeki diğer hastalar ve sağlık çalışanlarına güvenmiyor ancak bu konuları sanrılı bir kesinlikle de ifade etmiyordu. Hasta ile taburcu olduktan iki yıl sonra yapılan bir PANSS görüşmesi olmak üzere toplam 3 görüşmede yukarıda

belirtildiği gibi herhangi bir pozitif belirtisi yoktu ve işlevselliğini ciddi bir biçimde etkileyecek düzeyde negatif belirtisi yoktu. Hasta ile yapılan PANSS görüşmesinde PANSS skoru 54 olarak değerlendirildi, yapılan diğer iki görüşmede ise yapılandırılmamış bir biçimde hastalığın başlangıcı, hastanın öznel deneyimleri ve sosyal yaşamı değerlendirildi. Hasta hastalık öncesi dönemi şöyle anlatıyordu:

Bu hastalık yani çıkmadan önce de...bende mesela yani o hastalığım çıkmadan iyi görüldüğüm şeyde de hastaydım yani. 2010 yılında çıktı ama daha evvelinde de diyordum ben kendi kendime hastayım ben diye. Biliyordum ama şey yapamıyordum. Bir psikiyatriye gitmeyi düşünmedim.

Hastanın bu beyanı yukarıda belirtilen anormal yaşantıların (yani kendilik bozukluklarının) psikotik semptomların billurlaşmasından önce var olduğu görüşü ile uyumludur. Hastaya hasta olduğunu bilmekten ne kastettiği sorulduğunda ise şu şekilde yanıtladı:

Yani normal olmadığımı biliyordum...farklılığımı hissediyordum yani farklı olduğumu. Öyle hocam. Şimdi de halen biraz farklı olduğumu düşünüyorum...Sanki şey, gelişemiyorum. Yani teslim olmuşum gibi yaradana teslim olmuşum...Yani şey biraz dengeyi koruma gibi. Bazı insanlar buna pımpirikli diyor ama biraz dengeyi sağlama isteği gibi...Konuşmamda bir sıkıntı var, o yüzden hata yapmaktan korkuyorum. Galiba biraz kararsızım ya kararsızım ya da korkuyorum.

Hastaların ontolojik olarak farklı olduğu hissi temel kendilik hissinde azalmaya işaret eder (Parnas ve ark. 2005, Sass 2014). Yalın kendilikteki bozuklukların hastalığın her evresinde sebat ettiğinin bazı ampirik çalışmalarla ortaya konduğu yukarıda belirtilmişti. Bu hastada her ne kadar anlatmakta zorlansa da hastalığın erken döneminde ve remisyon döneminde bu farklı olma hissini sürdürdüğü görülmektedir. Ayrıca hasta diğer insanlardan farklılığının ve ilişkilerinde yaşadığı zorlukların sebepleri üzerinde düşünüyor ve bunu kendisinde bir konuşma bozukluğunun varlığına bağlıyordu. Hasta konuşurken kelime seçiminde güçlük yaşıyor, çok sık duraklayıp düşünüyor ya da söyleyeceği şeylerle ilgili kararsızlıklar yaşıyordu. Bu durum hastalığın bir parçası olan yapısal düşünce bozukluğu tiplerinden "konuşmayı ifade etme bozukluğu (*expressive speech dysfunction*)" olarak düşünülebilir (Kircher ve ark. 2014). Ancak hastada hastanın düşündüğü türden farklılığını ve ilişkilerinde yaşadığı zorlukları açıklayacak düzeyde bir konuşma bozukluğu yoktu. Bir önceki hastanın da bu tip zorlukları "disleksi"ye bağladığı hatırlanmalıdır. Hastanın başka insanlardan farklı olma hislerinin konuşulduğu görüşmede, hastadan düşüncelerini biraz detaylandırması istendiğinde hasta bir süre sonra **ilahi güçlerinin olduğunu düşündüğünü** söyledi. Parnas ve arkadaşlarına (2005) göre görüşmeciler ancak detaylı ve derinlemesine bir görüşme ile bu farklılık hislerini yüzeye çıkarmayı başarabilir ve bu

hisler yukarıda söz edilen solipsistik özelliklere eşlik edebilir. Gerçekten de hasta bu solipsistik büyüklenceci düşüncelerini görüşmelerin oldukça geç bir döneminde anlatmaya başladı. Dahası hasta bu düşüncesini kimse ile paylaşmıyor ve bu düşüncesi doğrultusunda hiçbir eylemde bulunmuyordu. Bu durum Parnas ve Henriksen 'in (2014) belirttiği kendilik bozukluklarının bazen "çifte kayıt tutma (*double bookkeeping*)" (Bleuler 1911), yani aynı anda hem psikotik hem de gerçek dünyada yaşama şeklinde ortaya çıkabildiği düşüncesi ile uyumludur.

Hasta görüşmenin devamında deneyimlerini şu şekilde ifade etti:

Serviste yatarken daha sıkıntılıydım ama sonra biraz düzeldim. Ayak uydurmaya çalışıyorum artık yani...Biraz zorlanıyorum...O zamanlar güven problemim vardı, şimdi de biraz var. Beni kullanmaya çalışıyorlar gibime geliyor. Farklıyım galiba yani bilmiyorum, özel bir kişi olabilirim belki. Aslında size de güvenmiyorum, düşmanım olabilirsiniz belki.

Hastanın bu beyanından görüşmenin bütünü de düşünülerek şunlar söylenebilir. Öncelikle burada sanrılı bir kesinlik olmadığını fark etmek önemlidir. Yine farklı olma hissine solipsistik bir büyüklenceci ve zorlayıcı bir uyumun eşlik ettiği, başka zihinlerin esrarengiz varlıklar ya da kötücül yapılar haline geldiği söylenebilir. Hasta bu yaşantılarına rağmen görüşmelere günü gününe gelmeye devam ediyor ve bütün şüphelerine rağmen deneyimlerini anlatmaya gayret ediyordu.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Son yıllarda öznellik alanına ve bu alanın bozukluklarına, özellikle de psikotik olmayan anormal öznel deneyimin şiddetine ve niteliğine olan ilginin yeniden doğuşuna şahit olduk (Schultze-Lutter 2009, Sass ve Parnas 2003). Şizofrenide anormal öznel deneyimler ile ilgili çağdaş araştırmalar birkaç farklı teorik çerçeve kullandılar. Bunlardan en yaygın olanı fenomenolojik yaklaşımdır (Lysaker ve Lysaker 2010). Fenomenolojik yaklaşımın öne çıkan bir örneği ise yalın kendilik bozukluğu modelidir (Sass 2014). Bu yazıda da Louis Sass ve Josef Parnas (2017) tarafından oluşturulan yalın kendilik bozukluğu modeli ana hatlarıyla aktarılmaya çalışılmış ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde takip edilen iki hastanın anormal kendilik deneyimleriyle örneklendirilmiştir. Bu modeli genel hatlarıyla özetlersek; modelin birbirine sıkıca bağlı, birbirleriyle karşılıklı etkileşimde bulunan ve daha çok bir yapının üç yönü olarak anlaşılabilir üç boyutu bulunmaktadır. Bu üç boyut kısaca, normalde örtük ya da otomatik bir biçimde tecrübe edilen duyum ve düşüncelerin kişiye yabancı ve aşikâr hale gelmesi sonucu, hastanın engel olamadığı bir biçimde üzerinde düşünülmesi gereken süreçler haline gelmesini ifade eden "aşırı refleksif düşünme"; bir eylemin

faili olma hissinde ve kişinin kendisiyle ilgili farkındalığında azalmayı ifade eden "azalmış öz-etkilenim hissi"; deneyimsel alanın uzamsal ve zamansal yapısının bozulmasını ifade eden "bilişsel-algısal dünyayı kavramada bozukluk"tur.

Şizofrenide yalın kendilik bozukluğu modelinin birkaç önemli özelliğinden kısaca söz edilebilir:

Birincisi, bu model öznel deneyim alanı ele alarak psikiyatrinin nesnesini yakalamayı amaçlamakta ve şizofreninin esasını ve gerçekte ne olduğunu (*whatness*) açığa çıkarmaya girişmektedir (Parnas 2011). Çünkü pragmatik bir tıp disiplini olarak psikiyatrinin nesnesi hastanın anormal zihinsel yaşantıdır, yani deneyimin ve ifadenin/anlatımın (*expression*) bozukluklarıdır (Marková ve Berrios 2012). Psikopatolojik bir tasvir ise, hastanın deneyimlerini (birinci şahıs bakış açısıyla yaşanmış) veya ifade ve davranışlarının belirli yönlerini üçüncü şahıs bakış açısı ile tanımlanan belirli belirti ve bulgu kategorilerine çevirmeyi içerir. Böylece tanı, tedavi ve araştırma için "nesnel" ve "paylaşılabilir bilgiler" sağlanır (Parnas ve Zahavi 2002). Açıkça görüldüğü üzere, "zihinsel/öznel alanın" varoluş biçimi (ontolojisi) ve ne kadar yeterli bir şekilde ele alınacağı ve tanımlanacağı (epistemolojisi) psikiyatri için temel konulardır (Marková ve Berrios (2012). Ancak son yıllara kadar bilinç ya da zihinsel alan (yani psikiyatrinin nesnesinin ontolojisi ve epistemolojisi), bilimsel ve felsefi tartışmaların en çok tartışılan konusu olmasına rağmen psikiyatri literatüründe çok az tartışılmıştır (Parnas ve ark. 2013). Dahası psikiyatri dünyasında DSM'lerin hâkim olmasıyla birlikte Andreasen'in (2007) "istenmeyen sonuçlar" olarak tarif ettiği bazı durumlar psikiyatri araştırmalarında, eğitiminde ve pratiğinde psikiyatrinin nesnesinden uzaklaşılmasına sebep olmuştur. Andreasen dil birliğini sağlamak uğruna dilin fakirleştirildiğini öne sürmüştür. Çünkü ona göre DSM'deki tanı ölçütleri bozukluklarla ilgili hiçbir zaman kapsamlı bir açıklama sağlamayı amaçlamadılar. Bunun yerine tanı koymak için gereken minimum belirtiler olarak tasarlandılar. Ancak geçerlikten ziyade güvenilirliğe vurgu yapan DSM ölçütleri, birçok eğitim kurumunda, klinikte ve araştırmada temel teşhis kaynağı olarak kullanıldı ve sonuç olarak hastalıkların DSM'ye dahil edilmeyen diğer potansiyel olarak önemli belirti ve bulguları göz ardı edildi. Ayrıca psikiyatride temel değerlendirme aracı olan öykü alma, DSM'deki ölçütlerin sorgulanmasına indirgendi ve bunun da sonucu olarak hastaların anormal deneyimsel yaşantıları sorgulama konusu yapılmamaya başlandı. Andreasen (2007) sonuç olarak bir yandan DSM'nin araştırmayı ve klinikte tanı koymayı kolaylaştıracak standartlaştırılmış tanıları oluşturmak açısından önemli bir girişim olduğunu söylerken, öte yandan DSM'deki tanıların geçerlilik eksikliğinden dolayı araştırmalar için yararlı olmadığını öne sürmüştür.

İkincisi yalın kendilik bozuklukları modeli, yukarıda kısaca belirtildiği üzere tarihte örneklerini gördüğümüz gibi, bütün bilinç alanlarında (duygulanım, motivasyon, biliş, irade, eylem gibi) işleyen ve şizofreninin bütününde kendini gösteren

temel özellikleri (çekirdek klinik belirtiler) tanımlamaya çalışmaktadır. Aslında Avrupa psikiyatri geleneği, şizofrenide hem öznel deneyim alanında bir bozukluk olabileceği düşüncesine (Bleuler, Kraepelin, Berze ve Kronfeld) hem de şizofreninin çekirdek klinik belirtilerini tanımlama girişimlerine (Bleuler, Blankenburg, Minkowski) yabancı değildir (Parnas 2011, Raballo ve Parnas 2011, Parnas ve Handest 2003). Ancak psikiyatrideki DSM etkisi 20. yüzyıl boyunca etkili olan bu geleneğin, özellikle 1980'den sonra, göz ardı edilmesine sebep olmuştur. DSM tanı ölçütlerinin psikiyatrye faydası ya da zararını tartışmak bu yazının kapsamını aşmaktadır. Ancak Andreasen (2007) ABD'de (ve DSM aracılığıyla belki de bütün dünyada) fenomenolojinin ölümünü ilan ettiği etkili makalesinde, sözü edilen Avrupa geleneğine olan ihtiyacı belirtmek amacıyla şu alıntıya yer vermektedir:

“...Bir gün, insan genomu ve insan beyni haritalandıktan sonra, Avrupalılar tersine işleyen bir Marshall Planı'yla gerçekte kimin şizofreni hastası olduğunu veya şizofreninin gerçekte ne olduğunu anlamamıza yardımcı olarak Amerikan bilimini kurtarabilir.”

Üçüncüsü, bu model, yapılan birçok ampirik çalışmada erken teşhis ve şizofreni açısından yüksek riskli kişileri saptayabilmesi (Koren ve ark. 2020, Pionke ve ark. 2020, Værnes ve ark. 2019, Madeira ve ark. 2019, Gawęda ve ark. 2019, Gawęda ve ark. 2018, Raballo ve ark. 2018), kendilik bozukluklarının diğer psikotik bozukluklara göre şizofreni ile daha çok ilişkili olması (Handest ve Parnas 2005, Haug ve ark. 2012, Nordgaard ve Parnas 2014, Parnas ve ark. 2005), şizofrenide hastalık öncesi ve iyileşme dönemleri dahil hastalığın bütün dönemlerinde görülmesi (Davidsen 2009, Møller ve Husby 2000, Nelson ve ark. 2012, Parnas 1999, Sass ve Parnas 2003) ve şizofreninin pozitif ve negatif belirtileriyle pozitif olarak ilişkili olduğunun ortaya konması (Nordgaard ve Parnas, 2014) bakımlarından önemli bir değere sahiptir.

Dördüncüsü, birçok psikiyatrik ve nörolojik hastalıkta bulunabilmesine rağmen şizofreninin çekirdek özelliği olarak kabul edilen yapısal düşünce bozukluklarına (Kircher ve ark. 2014) yaklaşımı bakımından güncel yaklaşımlardan oldukça farklıdır. Buna göre güncel yaklaşımlar, yapısal düşünce bozukluklarını herhangi bir hastalığın ayırt edici özelliği olmayan tek boyutlu bir fenomen olarak görmekte ve sadece farklı şiddet derecelerinde birçok hastalıkta bulunduğunu kabul etmektedir (Sass ve Parnas 2017). Ancak Holzman ve arkadaşları (1986) bulanık sınırlarla da olsa şizofrenideki düşünce bozukluklarının diğer psikotik bozukluklardan farklı olduğunu ortaya koymuştur. İşte yalın kendilik bozukluğu modeli de şizofrenideki düşünce bozukluğunun kendine has yapısını vurgular, yani diğer psikozlardaki düşünce bozukluklarından niteliksel olarak farklı yönlerine önem verir. Bir yandan da güncel yaklaşımlarda olduğu gibi düşünce bozukluklarının bir eksiklik (*deficit*) sonucu geliştiğini kabul etmeyip, onun aşırı refleksif, savunmacı ve hatta yarı iradi yönlerini de dikkate alır (Sass ve Parnas 2017).

Son olarak hastanın öznel deneyimlerine odaklanmayı gerektiren kendilik bozuklukları modeli, hastanın ve sorunlarının daha iyi anlaşılmasını sağlayabilir. Öznel yaşantıların –tüm farklılıklarına ve zor anlaşılır olma niteliklerine karşın değerlendirilmeye ve anlaşılmaya çalışılması terapötik iş birliğinin kurulmasına önemli bir katkıda bulunur. Hasta için ise yaşadığı zorlukların psikiyatrist tarafından anlaşıldığının farkında olmak rahatlatıcı olabilmektedir. Etiyoloji araştırmalarında da kendilik bozuklukları hedef bir fenotip görevi görebilir; böylece araştırmacı, dikkatini pozitif veya psikotik belirtilerden şizofrenide öznellikte meydana gelen temel bozuklukların nöral bağintılarına kaydırabilir (Henriksen ve Parnas 2017).

KAYNAKLAR

- Andreasen NC (2007) DSM and the death of phenomenology in america: an example of unintended consequences. *Schizophr Bull* 33:108-12.
- Bleuler E (1911) *Dementia praecox or the group of schizophrenia*, 8. Baskı (Almancadan İngilizceye çeviren. J Zinkin) International Universities Press, New York, 1969.
- Borda JR, Sass LA (2015) Phenomenology and neurobiology of self disorder in schizophrenia: primary factors. *Schizophr Res* 169:464-73.
- Bovet P, Parnas J (1993) Schizophrenic delusions: a phenomenological approach. *Schizophr Bull* 19:579-97.
- Cevizci A (2005) Paradigma felsefe sözlüğü, 6. Baskı, İstanbul. Paradigma Yayıncılık, s. 1413.
- Chung MC (2007) Conceptions of schizophrenia. *Reconceiving Schizophrenia*, 1. Baskı, MC Chung, KWM Fulford, B Fulford ve ark. (Ed), Oxford, Oxford University Press, s. 29-62.
- Cicero DC, Neis AM, Klaunig MJ ve ark. (2016) The inventory of psychotic-like anomalous self-experiences (IPASE): development and validation. *Psychol Assess* 29:13-25.
- Davidsen KA (2009) Anomalous self-experience in adolescents at risk of psychosis. *Psychopathology*, 42:361-9.
- De Leon J (2013) Is psychiatry scientific? A letter to a 21st century psychiatry resident. *Psychiatry Investig* 10:205-17.
- Gallagher S (2011) Introduction: A diversity of selves. *The Oxford Handbook of the Self*, 1. Baskı, S Gallagher (ed.), Oxford. Oxford University press, s. 1-29.
- Gawęda Ł, Pionke R, Arciszewska A ve ark. (2019) A combination of self-disturbances and psychotic-like experiences. A cluster analysis study on a non-clinical sample in Poland. *Psychiatry Res* 273:394-401.
- Gawęda Ł, Prochwicz K, Adamczyk P ve ark. (2018) The role of self-disturbances and cognitive biases in the relationship between traumatic life events and psychosis proneness in a non-clinical sample. *Schizophr Res* 193:218-24.
- Grünbaum T, Zahavi D (2013) Varieties of self-awareness. *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*, 1. Baskı, KW Fulford, M Davies, R Gipps ve ark. (Ed), Oxford, Oxford University Press, s. 221-39.
- Handest P, Parnas J (2005) Clinical characteristics of first-admitted patients with ICD-10 schizotypal disorder. *Br J Psychiatry* 48 (Suppl.): 49-54.
- Haug E, Lien L, Raballo A ve ark. (2012) Selective aggregation of self-disorders in first-treatment DSM-IV schizophrenia spectrum disorders. *J Nerv Ment Dis* 200:632-6.
- Henriksen MG, Parnas J (2014) Self-disorders and schizophrenia: A phenomenological reappraisal of poor insight and noncompliance. *Schizophr Bull* 40:542-7.
- Henriksen MG, Parnas J (2017) Clinical manifestations of self-disorders in schizophrenia spectrum conditions. *Curr Probl Psychiatry* 18:177-183.
- Holzman PS, Shenton ME, Solovay MR (1986) Quality of thought disorder in differential diagnosis. *Schizophr Bull* 12:360-71.

- Hume D (1888) İnsan Doğası Üzerine Bir İnceleme (Çev. E. Baylan), 1. Baskı, Ankara, 2009, Bilgesu Yayıncılık. s. 174.
- ICD-11- Mortality and Morbidity Statistics. (n.d.). 8 Haziran 2020'de, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1683919430> adresinden indirildi.
- Insel TR (2010) Rethinking schizophrenia. *Nature* 468:187–93.
- Jaspers K (1959) *General psychopathology*, 7. baskı (Almancadan İngilizceye çeviren. J. Hoenig ve Marian W. Hamilton) Manchester Univ. Press, Manchester, 1963.
- Kendall T (2011) The rise and fall of the atypical antipsychotics. *Br J Psychiatry* 199:266–8.
- Kendler KS (2009) An historical framework for psychiatric nosology. *Psychol Med* 39:1935–41.
- Kircher T, Krug A, Stratmann M ve ark. (2014) A rating scale for the assessment of objective and subjective formal thought and language disorder (TALD). *Schizophr Res* 160:216–21.
- Klosterkötter J (1992) The meaning of basic symptoms for the genesis of the schizophrenic nuclear syndrome. *Jpn J Psychiatry Neurol* 46:609–30.
- Koren D, Tzivoni Y, Schalit L ve ark. (2020) Basic self-disorders in adolescence predict schizophrenia spectrum disorders in young adulthood: a 7-year follow-up study among non-psychotic help-seeking adolescents. *Schizophr Res* 216:97–103.
- Lewis M, Staehler T (2019) *Fenomenoloji* (Çev. M. Demirhan), 1. Baskı, Ankara, 2019, Fol Kitap Yayınları. s. 100–172.
- Lysaker PH, Lysaker JT (2010) Schizophrenia and alterations in self-experience: A comparison of 6 perspectives. *Schizophr Bull* 36: 331–340.
- Maatz A, Hoff P (2017) Schizophrenia, self, and person: Eugen Bleuler and Arthur Kronfeld on a conceptual alliance. *Psychopathology* 50:297–303.
- Madeira L, Pienkos E, Filipe T ve ark. (2019) Self and world experience in non-affective first episode of psychosis. *Schizophr Res* 211:69–78.
- Marková IS, Berrios GE (2009) Epistemology of mental symptoms. *Psychopathology* 42:343–9.
- Marková IS, Berrios GE (2012) Epistemology of Psychiatry. *Psychopathology*, 45:220–7.
- Mishara AL (2001) On Wolfgang Blankenburg, common sense, and schizophrenia. *Philos Psychiatr Psychol* 8:317–22.
- Møller P, Husby R (2000) The Initial Prodrome in Schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophr Bull* 26:217–32.
- Naber D, Lambert M (2009) The CATIE and CUtLASS studies in schizophrenia: results and implications for clinicians. *CNS Drugs*, 23:649–59.
- Nelson B, Lavoie S, Gawęda Ł ve ark. (2020) The neurophenomenology of early psychosis: An integrative empirical study. *Conscious Cogn* 77:102845.
- Nelson B, Parnas J, Sass LA (2014) Disturbance of minimal self (ipseity) in schizophrenia: clarification and current status. *Schizophr Bull* 40:479–82.
- Nelson B, Thompson A, Yung AR (2012) Basic self-disturbance predicts psychosis onset in the ultra high risk for psychosis “prodromal” population. *Schizophr Bull* 38:1277–87.
- Nietzsche F (1904) *Güç istenci* (çev. S Umran), Birey Yayıncılık, İstanbul, 2002, s.193.
- Nordgaard J, Parnas J (2014) Self-disorders and the schizophrenia spectrum: a study of 100 first hospital admissions. *Schizophr Bull* 40:1300–7.
- Parnas J (1999) From predisposition to psychosis: progression of symptoms in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 99 (Suppl.):20–9.
- Parnas J (2011) A disappearing heritage: the clinical core of schizophrenia. *Schizophr Bull* 37:1121–30.
- Parnas J (2012) The core Gestalt of schizophrenia. *World psychiatry* 11:67–9.
- Parnas J, Bovet P (1991) Autism in schizophrenia revisited. *Compr Psychiatry* 32:7–21.
- Parnas J, Handest P (2003) Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Compr Psychiatry* 44:121–34.
- Parnas J, Henriksen MG (2014) Disordered self in the schizophrenia spectrum: a clinical and research perspective. *Harv Rev Psychiatry* 22:251–65.
- Parnas J, Henriksen MG (2019) *Selfhood and its disorders*. The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology, 1. Baskı, G Stanghellini, M Broome, P Fusar-Poli ve ark. (Ed), Oxford, Oxford University Press, s. 465–74.
- Parnas J, Møller P, Kircher T ve ark. (2005) EASE: examination of anomalous self-experience. *Psychopathology*, 38:236–58.
- Parnas J, Sass LA, Zahavi D (2013) Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophr Bull* 39:270–7.
- Parnas J, Zahavi D (2002) The role of phenomenology in psychiatric classification and diagnosis. *Psychiatric Diagnosis and Classification*, 1. Baskı, M Maj, W Gaebel, JJ Lopez-Ibor ve ark. (Ed), Chichester, John Wiley & Sons Ltd, s.137–62.
- Pionke R, Gidzgjier P, Nelson B ve ark. (2020) Prevalence, dimensionality and clinical relevance of self-disturbances and psychotic-like experiences in Polish young adults: a latent class analysis approach. *Int J Methods Psychiatr Res* 29: e1809.
- Raballo A ve Parnas J (2011) The silent side of the spectrum: schizotypy and the schizotaxic self. *Schizophr Bull* 37:1017–26.
- Raballo A, Monducci E, Ferrara M ve ark. (2018) Developmental vulnerability to psychosis: selective aggregation of basic self-disturbance in early onset schizophrenia. *Schizophr Res* 201:367–72.
- Sass L, Parnas J (2017) Thought disorder, subjectivity, and the self. *Schizophr Bull* 43:497–502.
- Sass LA (2001) Self and world in schizophrenia: Three classic approaches. *Philos Psychiatr Psychol* 8:251–70
- Sass LA (2003) Negative symptoms, schizophrenia, and the self. *Rev Int Psicol Ter Psicol* 3:153–80.
- Sass LA (2014) Self-disturbance and schizophrenia: structure, specificity, pathogenesis (current issues, new directions). *Schizophr Res* 152: 5–11.
- Sass LA, Parnas J (2003) Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull* 29:427–44.
- Sass LA, Parnas J (2007) Explaining schizophrenia: the relevance of phenomenology. *Reconceiving Schizophrenia*, 1. Baskı, MC Chung, KWM Fulford, B Fulford ve ark. (Ed), Oxford, Oxford University Press, s. 29–62.
- Schultze-Lutter F (2009) Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: the basic symptom concept. *Schizophr Bull* 35:5–8.
- Silveira C, Marques-Teixeira J, de Bastos-Leite AJ (2012) More than one century of schizophrenia: an evolving perspective. *J Nerv Ment Dis* 200:1054–7.
- Silverstein SM, Moghaddam B, Wykes T (2014) Research strategies and priorities to improve the lives of people with schizophrenia: executive summary of the Ernst Strüngmann Forum on schizophrenia. *Schizophr Bull* 40:259–65.
- Stanghellini G (2009) The meanings of psychopathology. *Curr Opin Psychiatry* 22:559–64.
- Stip E (1997) From intrapsychic ataxia to cognitive dysmetria: from Stransky to Andreasen. *Can J Psychiatry* 42:777
- Tandon R (2012) The nosology of schizophrenia: toward DSM-5 and ICD-11. *Psychiatr Clin North Am* 35:557–69.
- Tandon R (2014) Schizophrenia and other psychotic disorders in diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)-5: Clinical implications of revisions from DSM-IV. *Indian J Psychol Med* 36:223–5.
- Tyrer P, Kendall T (2009) The spurious advance of antipsychotic drug therapy. *Lancet* 373:4–5.
- Værnes TG, Rössberg JI, Møller P (2019) Anomalous self-experiences are strongly associated with negative symptoms in a clinical high-risk for psychosis sample. *Compr Psychiatry* 93:65–72.
- Zahavi D (2019) *Self*. The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology, 1. Baskı, G Stanghellini, M Broome, P Fusar-Poli ve ark. (Ed), Oxford, Oxford University Press, s. 372–80.

Teşekkür: Literatürde “basic self”, “minimal self”, “core self”, “experiential self” ya da “ipseity” ile ifade edilen kavrama karşılık Türkçede “yaln kendilik” kavramını öneren Prof. Dr. E. Cem Atbaşoğlu'na teşekkür ederiz.