



AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



Edanur SARIKAYA

DUYGULARIN TIBBİLEŞTİRİLMESİ

Sosyoloji Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2025



AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



Edanur SARIKAYA

DUYGULARIN TIBBİLEŞTİRİLMESİ

Danışman

Prof. Dr. NURŞEN ADAK

Sosyoloji Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2025

T.C.
Akdeniz Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

Edanur SARIKAYA'nın bu çalışması, jürimiz tarafından Sosyoloji Anabilim Dalı
Tezli Yüksek Lisans Programı tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan	: Doç. Dr. Meral TİMURTURKAN	(İmza)
Üye (Danışmanı):	Prof. Dr. Nurşen ADAK	(İmza)
Üye	: Doç. Dr. Sinem Burcu UĞUR	(İmza)

Tez Başlığı: Duyguların Tıbbileştirilmesi

Onay: Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tez Savunma Tarihi : 15.09.2025

Mezuniyet Tarihi : 23/10/2025

AKADEMİK BEYAN

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Duyguların Tıbbileştirilmesi” adlı bu çalışmanın, akademik kural ve etik değerlere uygun bir biçimde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım bütün eserlerin kaynakçada gösterildiğini ve çalışma içerisinde bu eserlere atıf yapıldığını belirtir; bunu şerefimle doğrularım.

Edanur SARIKAYA



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU BEYAN BELGESİ

Öğrenci Bilgileri	
Adı-Soyadı	Edanur Sarıkaya
Öğrenci Numarası	202252023011
Anabilim Dalı	Sosyoloji
Programı	Tezli Yüksek Lisans
Danışman Öğretim Üyesi Bilgileri	
Unvanı, Adı-Soyadı	Prof. Dr. Nurşen ADAK
Yüksek Lisans TezBaşlığı	Duyguların Tıbbileştirilmesi
Turnitin Bilgileri	
Ödev Numarası	2779721695
Rapor Tarihi	13.10.2025
Benzerlik Oranı	Alıntılar hariç: %..2 Alıntılar dahil: %..5.
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE, Yukarıda bilgileri bulunan öğrenciye ait tez çalışmasının a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana Bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam ...230.... sayfalık kısmına ilişkin olarak Turnitin adlı intihal tespit programından Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esaslarında belirlenen filtrelemeler uygulanarak yukarıdaki detayları verilen ve ekte sunulan rapor alınmıştır. Danışman tarafından uygun olan seçenek işaretlenmelidir: (X) Benzerlik oranları belirlenen limitleri aşmıyor ise: Yukarıda yer alan beyanın ve ekte sunulan Tez Çalışması Orijinallik Raporunun doğruluğunu onaylarım. () Benzerlik oranları belirlenen limitleri aşıyor, ancak tez/dönem projesi danışmanı intihal yapılmadığı kanısında ise: Yukarıda yer alan beyanın ve ekte sunulan Tez Çalışması Orijinallik Raporunun doğruluğunu onaylar ve Uygulama Esaslarında öngörülen yüzdelik sınırlarının aşılmasına karşın, aşağıda belirtilen gerekçe ile intihal yapılmadığı kanısında olduğumu beyan ederim.	
Gerekçe:	
Benzerlik taraması yukarıda verilen ölçütlere uygun olarak tarafımca yapılmıştır. İlgili tezin orijinallik raporunun uygun olduğunu beyan ederim. Danışman Öğretim Üyesi Unvanı, Adı-Soyadı Prof. Dr. Nurşen Adak İmza	

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
KISALTMALAR LİSTESİ	ix
ÖZET	x
SUMMARY	xii
MEDICALIZATION OF EMOTIONS	xii
ÖNSÖZ	xiv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIĞIN DÖNÜŞÜMÜ VE TIBBİLEŞTİRME

1.1.Aydınlanma Çağı ve Modern Tıbbın Temelleri	7
1.2.Küreselleşme, Neoliberalizm ve Sağlığın Sektörleşmesi	8
1.3.Tüketim Toplumu ve Sağlık Kültürünün Dönüşümü.....	10
1.4 Tıbbileştirmenin Kavramsal Gelişimi	13
1.4.1. Modern İktidar Biçimi Olarak Hekimler	14
1.4.2. Başka Bir Boyut: İyatrojenez.....	17
1.5. Tıbbın Risk Yönetimi: Pre-Hastalık (Hastalık Öncesi) Kavramı	20
1.6. Toplumsal Yansımalar	26

İKİNCİ BÖLÜM

DUYGULARIN TIBBİLEŞTİRİLMESİ

2.1. Tarihsel Süreçte Duyguların Anlamlandırılma Biçimleri	31
2.1.1. Orta Çağ: Teolojik, Ahlaki, Metafizik Temel	32
2.1.2. Modern Çağ: Duyguların Rasyonelleştirilmesi	33

2.1.3. Hümanizm, Bireycilik ve Duyguların Psikolojikleştirilmesi.....	34
2.1.4. Postmodern Çağ: Duyguların Göreceliği.....	37
2.2. Duygusal Hastalık Kavramı.....	38
2.3. Psikiyatri ve Duyguların Biyolojik Dayanakları	40
2.4. Duygusal Hastalıkların Toplumsal İnşası	45
2.3.1. Toplumsal Cinsiyet Bağlamı.....	48
2.3.2. Kentler ve Duygusal Hastalıklar.....	53
2.3.3. Sosyoekonomik Koşullar ve Duygusal Hastalık İlişkisi	55
2.3.4. Diğer Toplumsal Faktörler	56
2.4. Duyguların Aşırı Teşhis ve Tedavisi	58
2.4.1. Ruhsal Sağlığın Standartlaştırılması.....	61
2.4.2. İlaç Endüstrisinin Rolü	65
2.5. Toplumsal Sonuçlar	67

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ VE VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

3.1. Araştırmanın Yöntemi.....	72
3.1.1. Araştırmanın Amacı ve Kapsamı	72
3.1.2 Evren ve Örneklem	75
3.1.3 Araştırmada Verilerin Toplanması ve Analizi	77
3.1.4 Araştırmanın Güvenilirlik ve Geçerliliği	81
3.1.5 Araştırmanın Temel Kabulleri.....	82
3.2 Veri Analizi	83
3.2.1. Katılımcı Profili	83
3.2.2. Genel Yaşam Deneyimi ve Duygular: <i>Psikolojik Bireyliğin Yansımaları</i> ..	85
3.2.3. Duyguların Sınırları	95
3.2.4. İdeal Ruh Halinin Göreceliği.....	101
3.2.5. Duygusal Deneyimlerin Hastalık Olarak İnşası: <i>Odağı anlamdan belirtiye kaydırmak</i>	104

3.2.6. Duyguların Cinsiyetlendirilmesi: “ <i>Erkek ağlayamaz o kaldırırda</i> ”	140
3.2.7. Sosyoekonomik Bağlam: “Cebimde param yok diye hayatıma birini almak istemiyorum”	151
3.2.8. Kolektif Travmalardan Duygusal Hastalıklara	154
3.2.9. Alternatif Anlamlar ve Direniş Biçimleri	159
SONUÇ	162
KAYNAKÇA	180
EK 1- MÜLAKAT FORMU	193
EK-2 UZMAN MÜLAKAT FORMU	195
ÖZGEÇMİŞ	197

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Kentve Kır Nüfusunda Hastalık Yaygınlığı (Depresyon ve Anksiyete) 55



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.2. Türkiye’de Farklı Eğitim Durumlarında Gözlemlenen Duygusal Hastalıklar	
57	
Tablo 3.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	83



KISALTMALAR LİSTESİ

AKB Antidepresan Kullanım Bozukluğu
Ar-Ge Araştırma ve geliştirme yatırımları
ABD Amerika Birleşik Devletleri
BM Birleşmiş Milletler
BRCA1/BRCA2 Meme ve Yumurtalık Kanseri Yatkınlık Genleri
DSM Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DR. Doktor
DOÇ. Doçent
DPD Bağımlı Kişilik Bozukluğu
DEHB/DEB Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
ICD Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması
KAOS GL Kaos Gey ve Lezbiyen Kültürel Araştırmalar ve Dayanışma Derneği
KCDP Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu
LGBT+ Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Transgender vd.
MEB Millî Eğitim Bakanlığı
MR Manyetik Rezonans Görüntüleme
PROF. Profesör
PSA Prostat Spesifik Antijen
OECD Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü
OKB Obsesif Kompulsif Bozukluk
SPoD Sosyal Politika, Cinsiyet Kimliği ve Cinsel Yönelim Çalışmaları Derneği
SSRI Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü
TÜİK Türkiye İstatistik Kurumu
TSSB Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TİTCK Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
UZM. Uzman
YÖK Yüksek Öğretim Kurulu
YY. Yüzyıl
WHO Dünya Sağlık Örgütü

ÖZET

Modern toplumda bireyin ruh hali, yalnızca kişisel bir mesele olmaktan çıkarak tıbbi bir konu haline gelmiştir. Üzüntü, kaygı, korku gibi duygular; artık yalnızca geçici ve doğal tepkiler olarak değil, tanı konulabilir, tedavi edilebilir bozukluklar olarak ele alınmaktadır. Bu durum, duyguların tıbbileştirilme süreciyle yakından ilişkilidir. Modern tıp, sadece bir sağlık pratiği olmanın ötesine geçerek, bireylerin bedenlerini, zihinlerini ve duygusal deneyimlerini şekillendiren güçlü bir toplumsal kurum haline gelmiştir. Tıbbın tarihsel süreçteki gelişimi, tıbbi bilginin ilerlemesinin ve dönüşmesinin yanı sıra, aynı zamanda bir iktidar ilişkisi olarak evrilmiş, bedenin ve sağlığın kontrol altına alınması için önemli bir araç haline gelmiştir. Neoliberal sağlık politikalarının etkisiyle, hastalıklar sadece tıbbi bir problem olarak ele alınmakla kalmamış, aynı zamanda ekonomik ve sosyal bir meseleye dönüşmüştür. Bu bağlamda, sağlık hizmetleri, bireyleri sadece tedavi etmenin ötesine geçerek, aynı zamanda onları birer tüketiciye dönüştürmüştür. Tıbbın küresel yayılımı, sadece fiziksel hastalıkları değil, psikiyatrik rahatsızlıkları da küresel ölçekte tıbbileştirerek, bireylerin duygusal sağlıkları üzerinde de güçlü bir otorite kurmuştur. DSM ve ICD gibi evrensel tanı kriterleri, duyguların sınıflandırılmasında, normal ve anormal ölçeğinde sınırlandırılmasında birer kılavuz haline gelmiş ve her yeni baskısında artan duygusal hastalık tanılarının çokluğu, hastalığın mı yoksa hastaların mı arttığı sorusunu akla getirmiştir. Dolayısıyla depresyon, kaygı bozuklukları gibi hastalıklar ve öfke, kaygı, korku gibi duygular; bu hastalık ve duygulara zemin hazırlayan toplumsal gerçekliklerle bir arada düşünülmelidir.

Bu çalışmanın amacı, modern yaşamda duyguların tıbbileştirilmesini ve duygusal hastalıkların toplumsal bağlamlarını sosyolojik bir bakış açısıyla incelemektir. Dolayısıyla çalışmanın temel araştırma sorusu, toplumsal faktörlerin duyguların tıbbileştirilmesiyle nasıl bir ilişki içerisinde olduğudur.

Çalışmada duyguların tıbbileştirilmesinin toplumsal değişimler ve olaylarla ilişkisi, psikiyatr ve psikoloğa başvuran katılımcılar üzerinden incelenmiştir. Kartopu örnekleme yöntemiyle belirlenen, psikiyatrya veya psikoloğa gitmiş 20 katılımcı ve 1 psikolog ve 1 hekimle ile yüz yüze derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Çalışmanın sonuçları hastalık olarak değerlendirilen gündelik duyguların tıbbi söylemlerle açıklanarak denetim altına alındığı, katılımcıların çoğunun kaygı, korku, mutsuzluk, öfke gibi pek çok olumsuz duyguyla karşılaşmaları ve duygularını anlamlandırma konusunda çaresiz kalmaları nedeniyle psikolojik bir tedavi aldıklarını ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Antidepresan, Duygusal hastalık, İyatrojenez, Psikiyatri, Tıbbileştirme



SUMMARY

MEDICALIZATION OF EMOTIONS

In modern society, an individual's mental state has evolved beyond being merely a personal matter to become a medical issue. Emotions such as sadness, anxiety, and fear are no longer viewed solely as temporary and natural reactions but are now considered diagnosable and treatable disorders. This situation is closely linked to the process of medicalizing emotions. Modern medicine has gone beyond being merely a health practice and has become a powerful social institution that shapes individuals' bodies, minds, and emotional experiences. The historical development of medicine has evolved not only as the advancement and transformation of medical knowledge but also as a power relationship, becoming an important tool for controlling the body and health. Under the influence of neoliberal health policies, illnesses have not only been treated as medical problems but have also become economic and social issues. In this context, healthcare services have gone beyond simply treating individuals and have also turned them into consumers. The global spread of medicine has established a powerful authority over individuals' emotional health by medicalizing not only physical illnesses but also psychiatric disorders on a global scale. Universal diagnostic criteria such as the DSM and ICD have become guidelines for classifying emotions and limiting them on a scale of normal and abnormal, and the increasing number of emotional disorder diagnoses in each new edition raises the question of whether it is the disease or the patient that is being medicalized.

Therefore, illnesses such as depression and anxiety disorders, and emotions such as anger, anxiety, and fear, should be considered in conjunction with the social realities that pave the way for these illnesses and emotions.

The aim of this study is to examine the medicalization of emotions and the social contexts of emotional illnesses in modern life from a sociological perspective. Therefore, the main research question of the study is how social factors relate to the medicalization of emotions.

The study examined the relationship between the medicalization of emotions and social changes and events through participants who consulted psychiatrists and psychologists. Face-to-face, in-depth interviews were conducted with 20 participants who had visited a psychiatrist or psychologist, as well as with one psychologist and one physician, selected through the snowball sampling method. The results of the study reveal that everyday emotions, which are considered illnesses, are explained and controlled through medical discourse, and that most

participants received psychological treatment because they encountered many negative emotions such as anxiety, fear, unhappiness, and anger and felt helpless in making sense of their emotions.

Keywords: Antidepressant, Emotional illness, Iatrogenesis, Psychiatry, Medicalization



ÖNSÖZ

Bu çalışmayı yapmamın düşünsel dayanaklarının Lisans eğitimimi tamamladığım şehir olan İstanbul'da şekillenmeye başladığını söylemem yanlış olmayacaktır. Antalya'nın Manavgat ilçesinden İstanbul'a öğrenim için gitmiş bir öğrenci olarak ikamet ettiğim konum ile okulumun bulunduğu konum arasında her gün gidiş ve geliş olmak üzere altı saat ayırmak durumunda kaldığım bir mesafe bulunmaktaydı. Ulaşımımı toplu taşıma araçlarıyla sağlamaktaydım ve altı yılın sonunda neredeyse bulunduğum semtin durağında inen ve binen insanların davranış şekilleri hakkında çıkarım yapabilecek kadar tecrübe kazanmıştım. Hangi sosyal statüye, role, ekonomik koşula, eğitim durumuna, etnik kökene, cinsiyete, sağlık durumuna tabi ve sahip olurlarsa olsunlar; kent yaşamının bu insanları -kendi rızaları dışında dahi olsa- buluşturduğu ortak paydalar vardı. O da sanırım hemen hepsinin, fiziksel yakınlık had safhada olmasına rağmen sosyal bağların bir o kadar uzak, mesafeli ve yüzeysel oluşuydu. Kalabalık ve anomik ortamlarda kişisel eşyalarımın güvenliği için sürekli tetikte olmanın, bir kadın olarak maruz kaldığım fiziksel yakınlığın, tutunacak yer olmadığında yapılan bir fren sonucunda mı yoksa daha art niyetli bir yakınlaşma mı olup olmadığının, duraklarda ve ulaşım araçlarında çeşitli yöntemlerle dilencilik yapan veya yaptırılan çocukların hayatları hakkındaki potansiyel riskleri bir sosyolog bakış açısıyla görebilmenin, şüphesiz ki gündelik duyguların tıbbileştirilmesini incelemem açısından oldukça katkısı oldu. Çünkü kent yaşamındaki kalabalıkların her birine ayrı ayrı baktığımda mutsuzluk, asık bir surat ifadesi, yorgunluk, duyarsızlık, belki de öğrenilmiş çaresizlik kavramlarıyla bir arada gözlemleme fırsatı da bulmuştum. Aynı zamanda o sessiz kalabalığın içinde sessizliği bozma cesaretini gösteren ilk kişiden sonra toplumsal dayanışmanın belki de fitillendiğini ve dolayısıyla insanların eyleme geçmek için istekli fakat ilk geçen olmak için çekingen olmalarının sebeplerini de düşündüm. Bahsettiğim insanların neredeyse hiçbirini tanımıyor ve bireysel hayatları hakkında hiçbir şey bilmiyorum ancak bunun toplumsal yanlarının olduğu ve bunlar hakkında konuşulması gerektiği ta o dönemlerimden içselleştirdiğim düşüncelerimdi. Dayanışma içinde olan, güven bağı kurabilmiş, hayatında aktif olarak eyleyen ve özyeterlilik hissedenden bireylerin surat ifadeleriyle; geri kalan kesimin yani çoğunluğun mutsuzluğu arasında bir orantısızlık söz konusuydu ve bu güncelliğini koruyan bir mesele olmaya devam ediyor. Nitekim mutsuz bir toplumu araştırmak için de disiplinler arası bir çalışma yapmanın daha kapsamlı, çok yönlü ve eleştirel olabileceğini düşündüm. Yalnızca ruh sağlığı alanında değil, sağlığın her branşında artan hastalık ve ilaç kullanım oranları yükselmekte ancak iyi hissettiğini söyleyen ve hasta olmayan insan sayısı giderek azalmaktaydı. Tedaviye rağmen hızla artan hastalıklara mı

sahibiz? Yoksa tedavinin çözümsüz kaldığı hastalıklara mı sahibiz? Hemen her imkânın, erişilebilir bilgi ve ürünlerin, katlanarak arttığı postmodern toplumda aslında erişemediğimiz nedir? Soruları bu çalışmanın başlık oluşturma aşamasında, kendini “hastalıklar mı artıyor? Hastalar mı?” Sorusuna bırakarak, özellikle Türkçe literatürde çok kısıtlı sayıda ele alınan bir konuya, duyguların tıbbileştirilmesine getirdi. Duygular tıbbi terimlerle açıklanarak, duygusal hastalıkların sayısı katlanarak arttıkça yazımın başında bahsettiğim insanlar içerisinde sağlıklı insan sayısını ararken iki basamaklı sayılara neredeyse çıkamadım. Duygusal olarak hasta insan sayısının, psikotrop ilaç kullanım oranlarının hem yaş sınırının düşmesinin hem de artmasının toplumsal temellerini, faktörlerini ve birey ve toplum arasındaki hem karmaşık hem de karşılıklı ilişkisini bir sosyolog olarak incelemenin bilimsel literatüre, sosyoloji, psikoloji, psikiyatri, siyaset gibi daha birçok alana ve çalışmamı incelemeyen okuyuculara katkı sunabileceğini umuyor ve düşünüyorum. Hem yaşam yolculuğumda hem de akademik yolculuğumda deneyimleri ve yol göstericilikleriyle -farkında olmasalar da- başta bana ve bu çalışmama katkı sağlayan kalabalık kent sakinlerine ; bana hem bireysel hem eğitim hayatımda daima destek olan değerli aileme; çalışmamın sınırlarını ve gidişatını engin donanımıyla şekillendirmesinden şeref duyduğum saygıdeğer danışman hocam Prof. Dr. Nurşen ADAK’a; duygularını ve tecrübelerini samimiyetle paylaşmaktan imtina etmeyen değerli katılımcılara ve mesleki bilgi ve tecrübelerini içtenlikle paylaşan değerli uzmanlara; son olarak stresimi paylaşan , katılımcılara ulaşma noktasında çabalayan ve bu süreçte benimle dayanışma içerisinde olan tüm değerli arkadaşlarıma teşekkürü bir borç bilirim.

Edanur SARIKAYA

Antalya, 2025

GİRİŞ

İnsan duyguları ve bu duyguların anlamlandırılma süreçleri, insanın ve dolayısıyla toplumun tarihinden bağımsız düşünülemezdir. İnsan var olduğu müddetçe toplumsal süreçleri etkilemiş ve bu süreçlerden etkilenmiştir. Tarihsel süreçte yaşanan çeşitli ekonomik, siyasal, dini, toplumsal ve yapısal diğer değişim ve dönüşümler; bireylerin sınıflandırılma, yönetilme, barınma şekillerini ve ihtiyaçlarını etkilediği gibi bu etkilenmeler sonucu bireylerin toplumsal yaşama katılım ve toplumsal yaşamdan dışlanma ve damgalanma biçimleri de yeniden üretilmiştir. Modern tıbbın akıl sağlığı başta olmak üzere sağlıklı olan ve olmayan şeklinde yaptığı tanımlamalar ve bu tanımlamaların bireysel ve toplumsal yaşamı değiştirme ve dönüştürme süreci, özellikle bireyin görünürlüğünün hız kazandığı 1980 ve sonrası dönemde, insan sağlığını konu alan tıbbın birçok farklı alt disiplinin oluşmasına ve dolayısıyla insanın yaşamına dair daha fazla parametrenin hastalık olarak tanımlanmasına sebep olmuştur. Neyin hastalık, normal veya olağan olarak tanımlanıp tanımlanmayacağı olgusu, modernite ve sonrasında etkisi azalan dini kurumların ve dinin disipline edici ve düzenleyici rolünün azalmasına paralel olarak, bu rolü giderek tıbbın almasına yol açmış ve bu süreç modern tıbbın bir sosyal kontrol aracı olarak inşa edilmesiyle sonuçlanmıştır. Bu inşa sürecinde modern tıp iktidarının aktörleri olarak doktorlar, genelde insan yaşamı özelde ise insanın duygu durumu hakkında söz söyleme, belirleme ve yönlendirme hakkını elinde bulunduran iktidar sınıfı konumuna gelmiştir (Illich,1976). 1980 sonrası dönemde insani ve sosyal bilimlerde bireyin görünürlüğünün artması, toplum-birey ilişkilerinin ve etkileşimlerine olan bakışın makro söylemlerden mikro söylemleri de içine alacak şekilde genişlemesi ve öznelliklere yapılan vurgu bir yandan her bireyin özgür, görelî, bireyselleşmeye dayalı özelliklerinin ön plana çıkmasına sebep olmuş öte yandan vurgulanan bu öznellik, bireyselleşme, özgürlük, görelilik durumları bireylerin genellenebilir kriterlere göre değerlendirilmesinin önüne geçmemiştir. Dolayısıyla her bireyin kendi bireysel ve toplumsal yaşam deneyiminin biricik olduğu algısı, bu yaşam farklılıkları sonucunda deneyimledikleri duyguların normal ve anormal olarak iki uçta tanımlanmasının ve bu tanımlamaların bir indirgeme olup olamayacağı tartışmalarının zeminini oluşturmaktadır. Bu tartışmalar bireyin toplumsal yaşamından bağımsız düşünülmeceği gibi bireyin toplum içerisindeki konumunu, etkileşimini ve statüsünü de dönüştürme potansiyeline sahiptir. Bu noktada psikiyatri biliminin belirli sınırlamalar ve kriterlere göre hastalık ve sağlık olarak tanımladığı insan duygularını değerlendirirken

toplumsal koşulların ve bireyin içinde bulunduğu duygunun toplumsal inşasının da göz önünde bulundurulması önemlidir.

Bu araştırmanın temel çıkış noktasında duyguların hangi sebeplerle ve dönüşümlerden geçerek tıbbın alanında ele alındığı ve bu sınıflandırmaların ne ölçüde toplumsal yaşamı hesaba katarak oluşturulduğu soruları yer almaktadır. Bu nedenle duyguların zamanla değişen anlamları ve sosyolojik sebepleri incelenerek toplumsal deneyimlerin bireylerin duygu durumlarıyla olan bağlantısına; ideal duygu durumunun toplumsal olarak nasıl inşa edildiğine ve duygusal hastalıklar bağlamında sağlık pratiklerinin tüketim pratikleriyle nasıl bir ilişki içerisinde olduğuna odaklanılmıştır. Çalışma yalnızca artan psikiyatrik hasta sayısı ile, değişen toplumsal yaşam arasında bağlantı kurmanın sürecin çok boyutluluğunu ihmal ettiğine dikkat çekmektedir. Çünkü artan hasta sayısı kadar hastalık tanımlamalarının giderek çoğalması da ekonomik sistem ve hastalıklar arasında anlamlı ilişkiler olduğuna işaret etmektedir. Bu bağlamda duyguların tıbbi süreçlere hangi gerekçelerle dahil edildiğini ve çoğu zaman hekimler ve bazen de hastalar olmak üzere yaygın tedavi yöntemi olarak ilaç kullanımının benimsendiğini anlayabilmek insan yaşamının duyguları da kapsayacak şekilde bütünsel analizine fırsat tanıyacaktır.

Literatür incelendiğinde duyguların tıbbileştirilmesi, sosyal bilimler literatüründe görece yeni tartışılmaya başlanan bir olgudur. Genel olarak tıbbileştirilme kavramı, bireysel ya da toplumsal sorunların giderek daha fazla biçimde tıp alanının sınırları içine taşınmasını ve bu sorunların tıbbi bir dille yeniden tanımlanmasını ifade eder (Conrad, 1992; Zola, 1994; Foucault, 1992). Uluslararası literatürde, özellikle sağlık sosyolojisi ve kültürel çalışmalar ekseninde bu konuya ilişkin dikkate değer katkılar bulunmakla birlikte, duyguların tıbbileştirilmesi özelinde yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır.

Uluslararası literatür incelendiğinde, öncelikle Conrad'ın (2007) tıbbileştirme üzerine yaptığı çalışmalar öne çıkmaktadır. Ancak onun çalışmaları duyguların kendisine değil, daha genel tıbbileştirme süreçlerine odaklanmıştır. Horwitz (2002), "Ruhsal bozukluk (mental illness)" kavramının sosyal inşa süreçlerine dikkat çekmiş ve ruhsal sorunların kültürel bağlamlara göre farklı biçimlerde tanımlandığını ortaya koymuştur. Bu perspektif, duyguların da toplumsal olarak inşa edildiğini ima etse de doğrudan duyguların tıbbileştirilmesini merkezine almamaktadır.

Ehrenberg (2010), modern toplumda depresyonu bir "tükenmişlik" sendromu olarak tanımlamış ve performans kültürü ile bireysel yetersizlik hislerinin depresyonu tetiklediğini ileri sürmüştür. Bu yaklaşım, özellikle neoliberal toplumlarda duygusal hastalıkların toplumsal temellerine ışık tutması bakımından önemlidir. Benzer biçimde Illouz (2007), modern kültürde

duyguların metalaşmasını ve terapötik söylemin gündelik yaşamda yaygınlaşmasını ele almıştır. Hochschild'in (1983) "duygulanım emeği" (emotional labor) kavramı da duyguların toplumsal bağlamda düzenlendiğini göstermesi açısından dikkat çekicidir. Ancak bütün bu çalışmalar Batı toplumlarına odaklanmakta; duyguların tıbbileştirilme süreçlerini, Türkiye gibi farklı sosyo-kültürel bağlamlarda doğrudan ele almamaktadır.

Türkiye literatürü değerlendirildiğinde ise tıbbileştirme tartışmalarının özellikle sağlık politikaları, ilaç kullanımı ve aşırı teşhis konularında yoğunlaştığı görülmektedir. Mutluhan İzmir'in (2022) Antidepresan Tuzağı adlı çalışması, psikiyatride aşırı teşhis ve tedaviye eleştirel bir bakış sunarken; Welch, Schwartz ve Woloshin'in (2022) çalışmasının Türkçeye çevrilmiş versiyonu, aşırı teşhis meselesini sağlık sistemine yönelik genel bir sorun olarak tartışmaktadır.

Bu çalışmalar, tıbbileştirmenin eleştirel değerlendirmesi açısından önem taşımakla birlikte, daha çok klinik psikiyatri veya eleştirel tıp perspektifine dayalıdır. Sosyolojik açıdan duyguların nasıl inşa edildiğini ve hangi toplumsal koşullarda "hastalık" kategorisine dönüştüğünü açıklamaya yönelik kapsamlı bir araştırmaya rastlanmamaktadır. Dolayısıyla, literatürde üç temel boşluk göze çarpmaktadır. İlki duyguların tıbbileştirilmesini, temel varsayılan duyguları (mutluluk, üzüntü, korku, öfke, şaşkınlık, tiksinti) (Ekman, 1992) kapsayacak bütünlükte ele alan çalışmaların oldukça kısıtlı olduğudur. İkincisi Türkiye bağlamında duyguların toplumsal inşası ve tıbbileştirilmesi üzerine sosyolojik araştırmaların sınırlı olmasıdır. Üçüncüsü ise mevcut çalışmaların çoğunlukla teorik düzeyde kalması veya saha verisine dayalı ampirik araştırmaların yetersiz olduğunun düşünülmesidir. Bu çalışma, söz konusu boşlukları doldurmayı hedeflemektedir. Çalışma, duyguların yalnızca biyolojik ya da psikolojik süreçler olarak değil, aynı zamanda toplumsal olarak inşa edilen deneyimler olduğunu ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda, yorumlayıcı sosyal bilim yaklaşımı olan fenomenolojik desenden yararlanarak, bireylerin gündelik yaşamda yoğun biçimde deneyimledikleri duyguları nasıl adlandırdıkları, bu duyguları hangi koşullarda "hastalık" olarak gördükleri ve bu süreçlerin modern sağlık sistemi ile nasıl kesiştiği analiz edilmeye çalışılmıştır. Böylece çalışma literatüre ampirik katkı sunmaktadır. Bu katkıyı ise Türkiye bağlamına özgü saha verileriyle duyguların toplumsal inşasını görünür kılarak yapmaktadır.

Çalışmanın amacı, modern yaşamda duyguların tıbbileştirilmesini ve duygusal hastalıkların toplumsal bağlamlarını sosyolojik bir bakış açısıyla incelemektir. Bu bağlamda araştırmanın kapsamını toplumsal yaşam ve duygusal hastalık arasındaki ilişki oluşturmaktadır. Araştırma İstanbul ve Antalya olmak üzere iki farklı şehirde toplamda 22 katılımcı ile

gerçekleştirilmiş; katılımcıların seçilmesinde uzmana başvurma kriteri esas alınmıştır. Ayrıca çalışmanın yöntemsel yaklaşımını nitel analiz oluşturmaktadır.

Pozitivist yaklaşımlar genellikle duygusal hastalıkları ölçülebilir semptomlar üzerinden sınıflandırmaya odaklanırken; yorumlayıcı sosyal bilim, bireylerin bu semptomlara yüklediği anlamları, onların gündelik yaşamda duygularını nasıl ifade ettiklerini ve toplumsal normların bu ifadeleri nasıl şekillendirdiğini anlamaya çalışmaktadır. Örneğin, bir toplumda “kaygı” normal bir duygusal tepki olarak görülürken, başka bir toplumda aynı duygu tıbbileştirilerek “anksiyete bozukluğu” biçiminde kategorize edilebilmektedir (Horwitz, 2002). Bu bağlamda araştırmada kullanılan yorumlayıcı yaklaşım çeşitlerinden biri olan fenomenolojik desen, duygusal hastalıkların yalnızca tıbbi sınıflandırmalardan ibaret olmadığını, aynı zamanda kültürel kodlar, toplumsal roller, cinsiyet beklentileri ve ekonomik koşullar gibi çok katmanlı süreçlerin ürünü olduğunu ortaya koymaktadır. Weber’in “anlama” (Verstehen) kavramı burada merkezi bir rol oynar: Duygusal hastalıkların neden ve nasıl ortaya çıktığını kavrayabilmek için bireylerin öznel deneyimlerine ve kendi yaşam dünyalarına içerden bakmak gerekmektedir (Weber, 1981).

Ayrıca hermeneutik (yorum bilgisi) (Blaikie, 1993:28) geleneğin sunduğu yöntemler, duyguların toplumsal olarak nasıl yorumlandığını açığa çıkarmak açısından yararlıdır. Örneğin depresyonu yalnızca kimyasal bir dengesizlik olarak değil, aynı zamanda modern toplumda bireyin yalnızlaşması, yabancılaşması ve performans baskısı altında tükenmesi bağlamında okumak mümkündür (Ehrenberg, 2010). Böylece nitel analiz, duygusal hastalıkların yalnızca klinik tanımlar yoluyla değil, aynı zamanda bireylerin anlatıları, gündelik pratikleri ve toplumsal konumları üzerinden de anlaşılması gerektiğini vurgulamaktadır.

Çalışmada nitel veri toplama araçlarından olan derinlemesine görüşme formu kullanılmış olup sorular yarı yapılandırılmış sorulardan oluşturulmuştur. Katılımcılar ve uzman katılımcılar olmak üzere iki ayrı görüşme formu oluşturulmuştur. Katılımcı formu yedi ana başlık altında sıralanmış soruları kapsamaktadır. Bu başlıklar sırasıyla genel yaşam deneyimi ve duygular (1), duyguların tıbbileştirilmesi deneyimi (2), sağlık sistemine ve tıbbileştirilme sürecine ilişkin algılar (3), alternatif anlamlar ve direniş biçimleri (4), zaman ve mekân bağlamı (5), toplumsal cinsiyet perspektifi (6), duyguların zaman içinde dönüşümü (7) başlıklarından oluşmaktadır. Böylelikle görüşme esnasında belirli bir sıra takip edilebilmiştir.

Uzman görüşme formunda ise kısa ve açık uçlu on yedi soru bulunmakta ve bu sorular hekim ve uzman gözüyle tıbbileşen duyguların nasıl ele alındığının değerlendirilmesinde, bireylerin en çok mustarip olduğu hastalıklar ve tedavi arayışlarının yorumlamasında, sağlık

politikaları ve kurumsal farklılıkların hastaları ve tedavileri nasıl etkilediğinin incelenmesinde yararlanılan sorular olmaktadır.

Araştırma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm olan “*Sağlığın Dönüşümü ve Tıbbileştirme*” sağlık ve hastalık kavramının tarihsel süreçte uğradığı anlam değişimleri, tüketim toplumu ve sağlığın sektörleşme ilişkisi, tıbbileşme ve iyatrojenez kavramları ile aşırı teşhis ve aşırı tedavi kavramlarının açıklanması üzerinedir. İkinci bölüm olan “*Duyguların Tıbbileştirilmesi*” ‘nde ise duyguların geçirdiği anlam değişimleri incelenmiş, bu değişimlerin toplumsal nedenlerle ilişkisi kurulmuştur. Ayrıca duyguların modern psikiyatri açısından nasıl ele alındığı ve tanı kriterlerine göre sınıflandırılmasının duyguları nasıl psikolojikleştirerek tıbbileştirdiğinden bahsedilmiştir. Üçüncü ve son bölüm olan “*Araştırma Bulguları ve Verilerin Değerlendirilmesi*” bölümünde ise önce araştırmanın amacı, yöntemi ve örnekleme, bulguları ve metinlerin analizi, güvenirlik ve geçerliliği ve araştırmanın temel kabülleri açıklanmış; sonrasında veriler literatür yardımıyla analiz edilmiştir. Son olarak yapılan araştırmanın sonuç ve tartışma kısmı yazılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIĞIN DÖNÜŞÜMÜ VE TIBBİLEŞTİRME

Günümüzde modern tıp bireysel ve Toplumsal yaşamın tüm yönlerine sirayet eden bir kurum olma niteliği taşımaktadır. Bu niteliğin temelleri aydınlanma çağı da denilen rasyonalizmin hüküm sürmeye başladığı dönemde atılmıştır. Öyle ki tedavinin rasyonalist, bilimsel ve deneysel temellere dayandırılması gerekliliğinin kabulü ve tedavi edici vasfa sahip kesimin din adamları, şamanlar, büyücüler veya şifa vericiler olmaktan çıkıp bu görevin doktorlar veya hekimler bünyesinde sınırlandırılması tıbbın otoritesinin ve hekimlerin iktidarının sınırlarını da yeniden çizmiş ve buna paralel olarak toplumsal ve bireysel yaşamı da bu bağlamda dönüştürmeye başlamıştır.

Hastalığın sınırlarının genişlemesiyle birlikte sağlıklı olmanın imkanları da buna paralel olarak genişlemiş ve bu genişleme sağlığın sektörleşmesi olgusuyla mümkün olmuş ve aynı zamanda ivme kazanmıştır. Zira sağlığın belirli politikalar çerçevesinde yeniden şekillenmesi ve ulaşılabilirliği yolunda adımlar atılması, sağlığın bütünsel bir anlayışla ele alınıp fiziksel psikolojik ve biyolojik bir tam olma hali olarak tanımlanmasına vesile olmuştur. Bu bütünlük halinin korunması ve sağlığın sektörleşmesine yapılan teşvikler, ilaç sektörünün de aynı doğrultuda gelişmesinin temel zeminini oluşturmuş ve sağlıklı olmaya giden imkanları alınıp satılabilen bir metaya dönüştürmüştür. Dolayısıyla sağlık bir statüye dönüşmüş ve bu statüye sahip olup olamama durumu da toplumsal koşullarla şekillenmiştir. Sağlığın maddi yeterlilikle ulaşılabilen veya daha iyi sağlığa ulaşmayı sağlayan maddi faktörler benzer şekilde sağlığa ulaşamama riskini barındıran toplumsal kesimleri daha da dezavantajlı konuma getirmiştir. Daha sağlıklı olmanın statü ve bir ayrıcalık olarak inşa edilmesi ise sağlığın kültürleşmesi kavramına karşılık gelmektedir. Sağlığın kültürleşmesi sağlıklı olmanın kültür ve toplumsal kurumlar aracılığıyla bireylerin içselleştirdikleri bir pratik olarak anlamlandırılmasına ve bu pratiği en iyi şekilde yerine getirmek için sağlık tüketimi yapmaya teşvik etmektedir. Sağlık adına tüketmek, tüketim toplumu olarak adlandırılan neoliberal ekonomik sisteme geçişle birlikte tüketmek için üretimin yapıldığı bir toplumsal yapının sağlık alanındaki karşılığı olmaktadır. Bireyler önce neyin sağlık olup olmadığına dair bir bilinçle donatılıp daha sonra bu bilince tüketim bilinci eklemlenmekte, böylece sağlık adına tüketmek ve para harcamak meşru ve haz veren bir eyleme dönüşmektedir.

Bu bölümde tıbbın dönüşümüne paralel olarak sağlığın bundan nasıl etkilendiği toplumsal bir bakış açısıyla açıklanmaya çalışılacak ve bu etkileşimler tüketim toplumu temelinde incelenecektir. Devamında hastalık kavramının farklı tarihsel dönemlerdeki

algılanma biçimlerine değinilecek ve son olarak tıbbileştirme kavramı üzerinde durularak sağlığın kültürleşmesi olgusu bütünsel bir perspektifle değerlendirilmiş olacaktır.

1.1.Aydınlanma Çağı ve Modern Tıbbın Temelleri

Prehistorik (Yazılı tarih öncesi çağ) çağlarda ve ilkel toplumlardaki hastalık ve sağlık kavramlarıyla birlikte tıp olgusu, dini inanış ve kültürel ögeler çerçevesinde şekillenmiştir. Bu dönemde hastalık ve ölüm, tanrıların cezalandırması, kötü ruhların musallatı veya cinlerin müdahalesi gibi sebeplerle açıklanmaktadır. Dolayısıyla bu dönemdeki hekimlerin çoğunu da tanrı-hekim, büyücü/şaman/din adamı hekimler oluşturmaktadır. Bu sebeple hekimlere tanrısal ve kutsal özellikler atfedilmişti ve hekimler kendilerinden korkulan, hastalıkları ve ağrıyı yok eden, şifa verme yeteneğine sahip bir otorite olarak benimsenmiştir. Tıbbın ilkel döneminin bitişi, Hippokrates'in tıbbı tüm tanrısal ve doğaüstü unsurlardan arındırmasıyla gerçekleşmiştir. Bu sayede tıp, modern tıbbın da kaynağını aldığı akılcı ve deneysel temellerine kavuşmuştur.

Rönesans'la birlikte yalnızca tıp anlayışında değil tüm bilimlerde devrim yaşanmasına sebep olan hoşgörü ve düşünce özgürlüğü gibi kavramlar, kilise baskısına, din adamlarının otoritesine, orta çağın kolektivizmine ve baskı anlayışına tepki olarak gelişen bilimsel canlandırma hareketlerinin de tetikleyicisi olmuştur (Çotuksöken,1988:41). Bireyin önem kazanması ve ardından bedenin değerinin fark edilmesi, tüm alanlarda olduğu gibi tıbbi yaklaşımlarda kendine yer bulmuştur. Antik çağlardaki "tanrı hekim" anlayışı, Rönesans ve Reform ile (Fişek, 1983) akılcı, deneyci, gözlemci, keşfedici ve seküler bir karaktere bürünmüştür.

19. yüzyıl bitip 20. yüzyıla girildiğinde sağlık hizmetleri, devlet kontrolünde hizmet veren kurumsal bir alana dönüşmüştür. Özellikle açılan muayene ve tedavi evleri ile girişilen halkın bilinçlendirilmesi ve modern yaşama kültürünün benimsetilmesi ile tıbbın çehresi Foucault'nun bahsettiği iktidar çerçevesinde değişmiştir. Bu süreçte sadece uyumsuz, anormal, patolojik olanların kontrol altına alınması değil; temizlik, düzen, bireysel sorumluluk, üretkenlik gibi değerlerin öne çıkarıldığı yaşama biçimini kabul ettirmek için çabalayan bir tıp anlayışı da gelişmiştir (Çelik vd., 2016). Bu bağlamda Foucault'un *Toplumu Savunmak Gerekir* (1997) eserinde mevzubahis olan iktidar kavramsallaştırmasına da gönderme yapmakta fayda vardır. Zira Foucault yaşamsal olanın kontrol altında tutulmasına yönelik disipline edici iktidar biçimine biyoiktidar demektedir. Bu kavram bireylerin içselleştirme yoluyla benimsedikleri denetim biçimlerine göndermede bulunan yönetimsellik (1992) kavramıyla örtüşmekte ve modern tıbbın nasıl içselleştirilerek kendini yeniden ürettiğine de ışık tutmaktadır. Örneğin günümüzde uygulanan hijyen kampanyaları, anne- çocuk sağlığı politikaları gibi uygulamalar

bireylerin içselleştirme yoluyla ve kendi rızalarıyla katıldıkları fakat öte yandan da denetime ve gözetime tabi tutulmasına aracılık eden uygulamalara örnek verilebilmektedir. Bauman (2012:64)'e göre bu dönem ulus devlet anlayışının sonu olurken vahşi kapitalizmin de başlangıcı olmuştur. Diğer hizmet sektörleri gibi özelleştirilmeye başlanan sağlık hizmetlerinde de sosyal fayda geri plana atılmış ve sağlık hizmet kurumlarının kâr elde etmesi hedeflenir olmuştur (Belek vd., 1995). Sağlık hizmetinin mülkiyet ve gelir ekseninde talep edilebilen bir metaya dönüşmesi; başka bir ifadeyle sağlık hizmetinin metalaştırılması hizmet sektörünü kâr marjı yüksek bir alan olarak gören kapitalist politikaların işlevine katkıda bulunmaları yönüyle değerlendirilebilir (Aksakoğlu vd., 2003).

Sonuç olarak, Kartezyen düalizmin düşünce sistemi, yalnızca bir ontolojik ayırım olmaktan öte, tıbbın bilimsel bir disiplin haline gelmesini sağlayan modern bilginin yapıtaşlarından birini oluşturmuştur. Klinik pratikte bedenin gözlemlenebilir, ölçülebilir ve müdahale edilebilir bir nesneye indirgenmesi, bireyin öznelliğinin - duygu, deneyim ve bağlamlarının - geri plana itilmesi süreci zihin-beden ayrımının temel mantığını oluşturan unsurlardandır. Zihin-beden ayrımı, modern tıpta bedenin pasif, müdahale edilebilir bir nesne olarak konumlandırılmasını sağlamış; bireyin deneyiminden ve duygularından ayrıştırılmış bir sağlık anlayışının temelini atmıştır. Bu anlayışa göre; zihin, düşüncenin alanıdır; beden ise maddi ve mekanik bir yapıdır. Klinik bakış, hastanın sözel anlatımını arka plana itmiş, onun yerine bedenin sessiz dili ön plana çıkarılmıştır. Foucault'ya göre bu durum, hastanın bir özne olarak değil, üzerinde bilgi üretilebilecek bir nesne olarak konumlandırılması anlamına gelmektedir (Foucault, 1992). Böylece modern tıpta bedenin nesneleşmesi pekişmiş, doktorun otoritesi artmış ve sağlık kurumları bilgi iktidarının araçlarına dönüşmüştür (Turner, 2007). Bu süreçte tıbbın, sadece bilimsel değil, aynı zamanda normatif bir pratik haline geldiğini söylemek mümkündür. Klinik bilgi, yalnızca “ne” olduğunu değil, “ne olması gerektiğini” de belirleyen bir disipline dönüşmüştür. Normal/anormal ayrımı, sağlıklı/hasta beden tanımı, artık yalnızca biyolojik değil, toplumsal değerlerle iç içe geçmiştir (Canguilhem, 2009).

1.2.Küreselleşme, Neoliberalizm ve Sağlıkın Sektörleşmesi

20. yüzyılın son çeyreğiyle birlikte küresel ölçekte yaygınlaşan neoliberal politikalar, sağlık alanında da köklü dönüşümlere yol açmıştır. Sağlık, kamu hizmeti olmaktan çıkarak, kâr odaklı bir sektöre dönüşmüştür (Harvey, 2007). Bu süreçte “sağlık hizmetleri”, devletin sağladığı bir hak değil, bireyin satın alması gereken bir mal veya hizmet haline gelmiştir. Özelleştirme politikaları, hastanelerin yönetim anlayışını değiştirmiş, kamu hizmetinin yerini rekabet, performans, verimlilik ve müşteri memnuniyeti gibi piyasa değerleri almıştır. Sağlık

kuruluşları özel işletmelere dönüşmüş, hastalar ise artık birer tüketici olarak konumlandırılmıştır. Bu durum hem sağlık hizmetinin erişilebilirliğini hem de eşitliğini zedeleyen sonuçlar doğurmuştur. Neoliberal reformlarla birlikte “koruyucu sağlık hizmetleri” arka plana itilirken, “tedavi edici” ve yüksek teknolojiye dayalı uygulamalar ön plana çıkmıştır. Bu da yalnızca maliyetleri artırmakla kalmamış, aynı zamanda bireylerin sağlık sistemine güvenini de sarsmıştır (Bauman, 2005).

Türkiye örneğinde ise 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı, neoliberal sağlık politikalarının somut bir yansımasıdır. Bu program çerçevesinde kamu hastaneleri birleştirilmiş, performansa dayalı ücretlendirme ve özel sektörle iş birliği uygulamaları yaygınlaşmıştır (Yıldırım vd.,2012). Böylece sağlık hizmeti, sosyal devletin bir yükümlülüğü olmaktan çıkmış, bireysel sorumluluk alanına kaydırılmıştır. Buna göre sağlığın sektörleşmesi ve özelleştirilmesi sürecinin, tıbbi hizmetleri bir hak olmaktan çıkararak, alınıp satılan bir mala dönüştürdüğü; hasta-hekim ilişkisini ise müşteri-hizmet sağlayıcı ilişkisine indirgediği söylenebilmektedir. Küresel ölçekte sağlık hizmetlerinin dönüşümünde, neoliberal politikaların etkisiyle birlikte yeni bir yönetim paradigması hâkim olmaya başlamıştır. Bu paradigma, kamu hizmeti olarak görülen sağlık hizmetini, piyasa dinamiklerine göre şekillenen bir “hizmet sektörü” haline getirirken, hasta kavramı da gitgide “müşteri” kimliğiyle yer değiştirmiştir (Saltman vd., 1997). Bu bağlamda, kamu hastaneleri özel sektör yönetim modellerini benimsemeye başlamış, performans hedefleri, kalite göstergeleri ve müşteri memnuniyeti gibi kavramların ön plana çıktığı söylenebilmektedir.

Modern tıbbın dönüşümünde önemli rol oynayan aktörlerden biri de ulusötesi ilaç firmalarıdır. Bu firmalar yalnızca yeni ilaçların üretiminde değil, aynı zamanda hastalık tanımlarının genişletilmesinde, sağlık politikalarının yönlendirilmesinde ve tıbbi bilgi üretiminde aktif rol oynamaktadırlar (Bakan, 2004:78). İlaç endüstrisinin bu gücü, "medikal endüstriyel kompleks" kavramı ile açıklanır. Bu kavram, askeri-endüstriyel kompleksin sağlık alanındaki karşılığı olarak; devlet, özel sektör, tıp kurumu ve medya arasındaki çıkar ilişkilerini ifade etmektedir (Illich, 2005). Ulusötesi şirketler, Ar-GE yatırımları, patent uygulamaları ve reçete yazımını etkileyen pazarlama stratejileri ile sağlık sistemine yön vermektedir. Bu endüstri aynı zamanda, ruhsal ve fiziksel rahatsızlıkların sınırlarını esneterek, daha fazla bireyin tıbbi müdahale kapsamına alınmasını sağlar. Bu durum, “hastalık yaratma” (disease mongering) olarak adlandırılır ve firmaların kâr maksimizasyonu adına yeni “tedavi pazarları” yaratması anlamına gelir (Moynihan vd., 2006). İlaç firmalarının medya ve halkla ilişkiler yoluyla da toplumun sağlık algısını şekillendirebilmektedir. Bu da bireylerin, duygusal durumlar dahil olmak üzere birçok yaşamsal deneyimi medikal yorumlara göre değerlendirmesine neden

olabilmektedir. Tüm bunların ışığında denebilir ki: medikal endüstriyel kompleksin yükselişiyle birlikte sağlık, piyasa dinamiklerine göre tanımlanan bir alan haline gelmiş; tıbbi bilgi ve uygulamalar büyük ölçüde ekonomik çıkarlarla şekillenmeye başlamıştır.

1.3. Tüketim Toplumu ve Sağlık Kültürünün Dönüşümü

Günümüzde bireyler, yalnızca hasta olduklarında değil, sağlıklıyken de sürekli olarak kendi bedenlerini izlemeye, kontrol etmeye ve yönetmeye yönlendirilmektedir (Rose, 2007). Bu süreç, Foucault'nun "biyo-politika (2014)" kavramı çerçevesinde okunabilir: bireylerin bedensel ve duygusal kapasiteleri, nüfusun yönetilmesinin aracı haline gelir. Yani birey, yalnızca sağlık hizmetlerinin nesnesi değil, aynı zamanda kendi sağlığının girişimcisi olarak da sorumlu hale getirilmiştir. Bu dönüşümle birlikte sağlıklı olmanın bir "norm" ve hatta bir "ahlaki sorumluluk" halini aldığı söylenebilmektedir. Bu anlamda küresel sağlık politikaları bireyleri yalnızca hizmet alıcısı değil, aynı zamanda sorumlu sağlık öznesi haline getirerek, neoliberal ideolojinin sağlık alanındaki bireyselleştirici etkisini pekiştirmiştir.

Tüm bunlar özellikle 18. yüzyıl sonrasında yaşanan ekonomik, sosyal ve siyasi dönüşümün tüketim kültürünün önünü açmış olması ve zamanla lüks- haz, tüketim-mutluluk gibi kavramların eşleşmesi, tüketimde hedonist(hazcı) duyguların etkili hale gelmesine neden olmuştur (Metin vd., 2019). Halk için sağlık ihtiyacını tanımlayan tıbbın, bireylerin hangi sağlık veya bakım hizmetine ihtiyacı olduğunu belirleme yetkisi ve bu ihtiyacın doktorlar tarafından giderilebilecek olmasına dair düşüncelerin yaygınlaşması, sağlığın da temel bir ihtiyaç olmanın ötesinde bir tüketim aracı halini almasına sebep olmuştur. Sağlığa yönelik değişen bu anlayış, tıbbi bireysel bir ihtiyaç olmaktan öteye taşıyarak topluma ihtiyaç yükleyen bir olgu halini almıştır. Bu duruma paralel olarak ilaç sanayinin gelişimi, ilacın üretimindeki artış ve "hastanın rolünü (Parsons, 1952)" belirleyecek hekimlerin varlığı; hastaların azınlık olmaktan çıkarak tıbbın ve kapitalizmin bir tüketim aracı olmasının başlıca sebepleri arasındadır. Dolayısıyla bireyler artık "*sağlıklı olma ihtiyaçlarını*" karşılamak için tüketimden kaçınmayan ve tüketime teşvik edilen bireyler haline gelmiştir. Bireylerde sağlıklı yaşamaya dair oluşan bu görev bilinci, hasta olma korkusunu da beraberinde getirmiş, sağlık için tüketmek bir vicdan muhakemesinden haz duyulan bir eyleme doğru evrilmiştir. Bu noktada ruhsal bozuklukların merkezinde konu olan insan duygularının tıbbileştirilmesi ve artan antidepresan vb. ilaçların artması ruh sağlığının metalaşmasına ve tüketim pratikleriyle örtüşmesine örnek oluşturmaktadır. Bu bağlamda Foucault'un biyoiktidar kavramı da üzerinde durulması gereken bir noktayı oluşturmaktadır.

Foucault'un biyoiktidar kavramı, modern ulus devletlerin amaçlarını “bedenlerin zaptedilmesini ve nüfusun kontrol edilmesini başarmak için sayısız ve farklı tekniklerin uygulanışındaki bir patlama” aracılığıyla, özellikle de istatistik ve olasılığın kullanılması yoluyla, düzenleme pratiğine işaret eden bir kavramdır. Onun ilk defa College de France'daki derslerinde kullandığı bu kavram, yazılı olarak ilk kez Cinselliğin Tarihi(1976) adlı kitabının ilk cildi olan Bilme İstenci'nde kullanılmıştır. Modern devletlerin artık yalnızca cezalandırıcı ve disipline edici bir otorite olmadığını, aynı zamanda nüfusu yönetilen bir topluluk olarak ele aldığını söyleyerek devletin insan yaşamına olan bütünüyle kontrolüne vurgu yapar. Disiplin bireysel beden üzerinden gerçekleşirken denetim toplumsal beden üzerinden gerçekleşmektedir (Foucault, 1976). Modern devletin nüfusun sağlığını, üretkenliğini ve güvenliğini yönetmek için hedef aldığı toplumsal bedeni kontrol çabalarına aşı kampanyaları, doğum kontrol politikaları, halk sağlığı önlemleri, işçi sağlığı düzenlemeleri gibi faaliyetler örnek verilebilmektedir. Bu kavramsallaştırmadaki toplumsal bedene olan ilgi ve bedenlerin denetim ve gözetime tabi olması yoluyla uysallaştırılması, standartlaştırılması gibi duygular da standart sınırları çizilen ve normal-anormal ikiliğinde kendine yer bulan insan yaşamının bir parçası olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda 19.yüzyılın son çeyreğinde başlayan ve 20.yüzyılın başlarında hız kazanan teknoloji alanındaki hızlı yükselişlerin de etkisi yadsınamazdır.

19.yüzyılın sonlarından günümüze kadar kitle iletişim araçları ve modern medya, bireylerin sağlık algılarını şekillendiren başlıca araçlardan biri haline gelmiştir. Televizyon programları, haber bültenleri, sosyal medya içerikleri ve influencer paylaşımları aracılığıyla “sağlık” sürekli gündemde tutulmakta ve bireylere belirli yaşam tarzları önerilmektedir (Lupton, 2012). Televizyon programlarında ya da dijital platformlarda sıklıkla yer alan “medikal uzmanlar”, tıbbın halkla buluşan yüzü haline gelmiştir. Bu uzmanlar çoğu zaman belirli ürünlerin tanıtımında rol almakta ve medikal tavsiyeler ile ticari çıkarlar arasındaki sınır bulanıklaşmaktadır (Conrad, 2007). Böylece tıbbın popülerleşmesi, bilginin demokratikleşmesi değil, çoğu zaman ticarileşmesiyle sonuçlanmaktadır. Medyadaki sağlık içerikleri yalnızca bilgi sunmamakta aynı zamanda bir yaşam tarzı da önermektedir. Böylelikle sağlıklı olmanın da artık yalnızca bir hak değil, bir sorumluluk ve hatta “iyi yurttaşlık” göstergesi haline geldiğini söylemek mümkündür (Rose, 2007). Bu anlayış bireyleri sürekli olarak kendilerini izlemeye, ölçmeye ve geliştirmeye itmektedir. Özellikle sosyal medyada “önce/sonra” dönüşüm hikâyeleri, kişisel başarı anlatıları, sağlık üzerinden öznellik biçimleri üretir (Ersoy, 2023). Böylece bireyler hem kendi sağlıklarının teknisyeni hem de başarısızlıklarının sorumlusu haline gelirler. Bu durum, neoliberalizmin bireysel sorumluluğu yücelten yapısıyla da örtüşmektedir.

Tüketim toplumunun dijitalleşme süreciyle birleşmesi, bireylerin sağlık bilgisini edinme biçimlerinde de köklü bir dönüşüme yol açmıştır. Artık birey, yalnızca sağlık hizmetlerinin pasif alıcısı değil, aynı zamanda bilgiye doğrudan erişim sağlayan “dijital bir tüketici” konumundadır. İnternetin yaygınlaşmasıyla birlikte ortaya çıkan “Google hastası” ya da literatürdeki adıyla siberkondri olgusu, bireylerin çevrimiçi ortamda sağlık bilgisi arayışına girerek kendi bedenleri üzerinde uzmanlaşma çabasını temsil eder.

Dijitalleşme, bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye erişim biçimlerini radikal biçimde dönüştürmüştür. Artık insanlar, semptomlarını internetteki arama motorlarına yazarak saniyeler içinde çeşitli hastalık ihtimalleri, tedavi seçenekleri ya da forumlardaki hasta deneyimlerine ulaşabilmektedir. Bu bağlamda ortaya çıkan “*Google-hastası*” (*cyberchondria*) kavramı, bireyin profesyonel tıbbi yardım almadan önce ya da sonra internette yoğun bir şekilde sağlık bilgisi araştırması yapmasıyla tanımlanır (Starcevic vd., 2013:16). Bu kavram, sağlık bilgisinin tıbbın tekelinden çıkarak dijital platformlarda dolaşıma girmesini ifade etmektedir. Ancak Lupton’a (2013) göre dolaşım, her zaman bireyde güven oluşturmaktan çok, çoğu zaman kaygı ve kafa karışıklığı yaratmaktadır. Çünkü bireyler arama motorunda arattıkları birtakım belirtilere karşılık en az tehlikeli olandan ölüme varana değin birçok hastalık ihtimali ile karşılaşmakta ve ortaya çıkan belirsizlik hem sağlık için harekete geçme güdüsü oluşturmakta hem de kaygı oluşumuna sebep olabilmektedir. Zira Google-hastası bireylerin temel problemi, güvenilir bilgi ile yanlış veya spekülatif bilgi arasında ayırım yapmakta zorlanmalarıdır. Arama motorlarında üst sıralarda yer alan içeriklerin algoritmalar tarafından değil, tıbbi uzmanlıkla sıralanması, bireylerde yanlış teşhislerin yaygınlaştığının düşünülmesine neden olabilmektedir (White vd., 2009). Bu süreçte bireylerin, uzman hekim görüşünden önce çeşitli bloglar, forumlar ve sosyal medya platformlarındaki kullanıcı deneyimlerine öncelik verdiği görülebilmektedir. Türkiye özelinde bakıldığında, “doktor sitesinden önce şikayetvar.com’a bakmak” gibi pratiklerin yaygınlaştığı görülmektedir. Bu durum, “tüketici-hasta” kimliğini de yeniden üretmektedir. Yine Türkiye’de e-nabız sistemi, mobil sağlık uygulamaları, diyabet takibi ve adet döngüsü uygulamaları gibi dijital araçlar bireyin sağlık üzerinde daha etkin ve veriye dayalı bir kontrol mekanizması kurmasına olanak sağlamaktadır. Ancak bu kontrol duygusu, aynı zamanda yeni bir “*sağlıklı olma baskısı*” yaratır. Özellikle dijital sağlık teknolojilerinin yaygınlaşmasıyla birlikte, bireyler bedenlerine dair verileri sürekli toplayan, analiz eden ve optimize etmeye çalışan birer “özneleşmiş denetleyici” halini almaktadır (Shilling, 2012).

1.4 Tıbbileştirmenin Kavramsal Gelişimi

Tıbbileşme (medikalizasyon) kavramı, 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren tıp sosyolojisinin temel kavramlarından biri olmuştur. Esasında bu kavram başlangıç olarak 1960'lara dayandırılrsa da 1950'lerde Barbara Wootton'ın "*Hastalık mı Günah mı?* (1956)" çalışmasındaki akıl hastalığının delilikten, hayatlarını idare edemeyenlere doğru geçirdiği dönüşüm, tıbbileştirmenin daha öteden beri var olduğunu göstermektedir.

Irving Zola (1994), toplumsal sorunların giderek daha fazla tıbbi kavramlarla tanımlandığını ve çözüm yollarının tıbbın alanına taşındığını belirterek kavramın öncül tartışmalarını başlatan isimlerden olmuştur. Zola'ya göre bu durum, tıbbın toplumsal kontrol araçlarından biri hâline gelmesine yol açmıştır. Ivan Illich (1976) ise tıbbileşmeyi, modern tıbbın bireyler üzerinde "iyatrojenik" etkiler yaratarak yeni bağımlılıklar ve toplumsal denetim mekanizmaları oluşturması bağlamında eleştirmiştir. Bir başka düşünür olan Michel Foucault ise kavramı farklı bir eksenle temellendirmiştir. Ona göre modern tıbbın yükselişi, "klinik bakış" adı verilen yeni bir epistemolojik düzenin oluşumunu beraberinde getirmiştir. Klinik bakış, hastalığın bireyin öznel deneyiminden koparılarak bedenine nesnel bir nesne olarak incelenmesi anlamına gelir (Foucault, 2014). Böylece hasta, kendi deneyiminden çok tıbbi otoritenin gözlemi ve sınıflandırması ile tanımlanmaktadır. Bu süreç, modern toplumlarda biyoiktidarın temel dayanaklarından birini oluşturmaktadır. Biyoiktidar, devletin ve kurumların, nüfusun sağlığını, doğurganlığını, ölüm oranlarını ve genel yaşam koşullarını düzenleme yoluyla toplumsal bedeni yönetmesi anlamına gelmektedir (Foucault, 1992). Bu çerçevede tıbbileşme, yalnızca bireysel hastalıkların tanımlanması değil, aynı zamanda nüfusun yönetilmesi ve düzenlenmesinin bir aracı hâline gelmiştir.

Tıbbileşmeyi daha önce tıbbi alanın konusu sayılmayan sorunların veya yaşam deneyimlerinin tıbbi terimlerle açıklanması olarak tanımlayan Conrad (2007), daha sonraki çalışmalarında kavramı güncelleyerek yalnızca sapma davranışlarının değil, gündelik yaşam deneyimlerinin ve duyguların da tıbbi müdahale alanına dahil edildiğini belirtmiştir. Böylece tıbbileşme, tarihsel olarak "hastalıkların tanımlanması" sürecinden çok daha öteye geçmiş, bireylerin yaşam biçimlerini, duygusal durumlarını ve toplumsal rollerini düzenleyen kapsamlı bir toplumsal süreç hâline gelmiştir. Ivan Illich'in ise Türkçeye 'Sağlığın Gaspi' olarak çevrilen *Medical Nemesis* (1975) adlı eseri, modern tıbbın sadece hastalıkları iyileştirmekle kalmayıp, toplumu "*hastalık üretici*" bir sistem olarak dönüştürdüğünü anlatmaktadır. Illich'e göre tıp, bireyin kendi bedenine ve yaşamsal deneyimine dair bilgilerini değersizleştirirken, uzmanlık söylemiyle bireyi pasifleştirmektedir (Illich, 2002). Psikiyatrist Thomas Szasz ise özellikle psikiyatrik hastalıkların toplumsal denetim aracı olarak kullanıldığını savunarak tıbbileşmenin

siyasal boyutunu vurgulamakta “*akıl hastalığı*” gibi kavramların, toplumsal normlara uymayan bireyleri kontrol altına almanın birer araçları haline dönüştüğünü belirtmektedir (Szasz, 1974). Bu görüş, tıbbileşmenin yalnızca birey üzerinde değil, toplumun genel yapısında da iktidar ilişkilerini pekiştiren bir araç olduğunu göstermektedir.

1.4.1. Modern İktidar Biçimi Olarak Hekimler

Modern toplumda iktidarın yalnızca siyasal otoriteler aracılığıyla değil, gündelik hayatın içine gömülü mikro ilişkiler yoluyla işlediği düşüncesi, Michel Foucault’nun modern iktidar kavrayışıyla derinlik kazanmıştır. Bu bağlamda hekimlik mesleği ve klinik disiplinler, modern iktidarın beden üzerinde kurduğu denetim rejiminin somutlaştığı başlıca alanlardan biridir. Foucault’nun *Kliniğin Doğuşu* (2002) ve *Hapishanenin Doğuşu* (1975) gibi çalışmalarında geliştirdiği “disipliner iktidar” ve “biyopolitika” kavramları, klinik pratiğin yalnızca tedavi edici bir süreç olmadığını, aynı zamanda bireylerin normlara uygunluk temelinde sınıflandırılıp disipline edildiği bir iktidar mekanizması olduğunu gösterir.

Foucault’da iktidar, beden, özne ve söylem birbirinden bağımsız düşünülmesi gereken kavramlardır. Çünkü her kavram birbiriyle bağlantılı bir noktaya ışık tutmaktadır. Öyle ki Foucault iktidar kavramını ele alırken hem tarihsel hem de toplumsal, kültürel, ekonomik, siyasal ve hukuki süreçlerle bağlantılı olarak ele alması bakımından geniş ve disiplinler arası bir tanım yapmaktadır. İktidar yalnızca siyasi ve politik bir ilişkiler ağı olarak algılanmaz daha çok tüm toplumsal ilişkilerde bir şekilde görülen, çeşitli biçimlere bürünebilen ve tanımlandığı dönemin şartlarıyla yeniden şekillenebilen bir biçimdedir (Foucault, 1992). İktidar tek yönlü işleyen bir tahakküm değil birden fazla aracı, yöntemi ve bağlantısı olan çok yönlü bir ilişkiler ağıdır ve toplumsal kurumlarda, hapishanelerde, hastaneler, okullar, fabrikalar gibi diğer kamusal alanlarda karşımıza çıkan bir yığın disiplin ve denetleme araçları bulunmaktadır (Foucault, 1992). Fakat aynı zamanda Foucault, tarihin yalnızca bir iktidarlar tarihi değil, iktidarların görünür olduğu başat alan olan bedenlerin (2007), öznelerin tarihi olduğunu da ifade etmektedir. Her iktidar biçimi özneyle olan temasından şekillenir ve burada güç, iktidar sahipleri tarafından bilinçli ve korkutmak, kontrol altına almak amacıyla kullanılan bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Yani gücün tanımı daha doğal ve kendiliğindenken; iktidar bu gücün bilinçli olarak uygulanması sonucunda karşımıza çıkan bir kavram olmaktadır. İktidarın gücünü meşru kılma aracı olan söylemler ise yaşamı tüm yönleriyle kuşatmakta ve özneleri kontrol ve disiplin altında tutmaktadır (Foucault, 1992: 79). Elbette iktidarın kendini gösterdiği kurumlar ve bu kurumların pratikleri toplumsal süreçte yaşanan dönüşümler ve kırılmalarla kendini yenilemektedir.

Modernleşmeyle birlikte insan ilişkilerinin merkezine aklın ve bilimin yerleşmeye başlaması, akıllı ve bilimsel ilişkilerin güç olarak tanımlanmasına yol açmaktadır. Bu bağlamda aklın ve bilimin sınırlarının şekillenmesi, bu sınırların dışında kalanları disipline etmek ve topluma uygun bireyler haline getirmek için Foucault'un "*Büyük kapatılma (1961)*" dediği kurumlara başvurmuşlardır. Bu kurumların mevcudiyeti ve işleyişi ona göre her zaman hukuk ve tıbbın iş birliği sayesinde gerçekleşerek, hukuk da tıbbı kendi sınırlarına dahil etmiştir. Büyük kapatılma ile Foucault'un ifade ettiği şey 17.yüzyıldan itibaren Avrupa'da delilerin, yoksulların, işsizlerin ve toplum için 'tehlikeli' görülen marjinal grupların bir arada tutulduğu akıl hastaneleri, fabrikalar, okullar vb. gibi alanlar olmaktadır. Toplumsal öznenin (1992) nasıl olması gerektiğine dair belirlenimler, o tanımların dışında kalan suçlular, deliler, yoksullar, engelliler vb. dezavantajlı bireyleri normal dışı tanımlamalara sokarak bu anormalliğin giderilmesi yönünde girişimlere de açık hale getirmiştir. Bu giderilme pratikleri esasen bireylerin bedenleri üzerinden işlemekte ve bu yüzden beden ve iktidar birbirinden bambaşka iki şey gibi düşünülememektedir. Bedenlerin kapatılmasıyla ıslah edilen şey, bireylerin yalnızca bedeni olmamakta; bireyler hem ıslah mekanlarına hem de kendi bedenlerine hapsedilmekte, böylelikle özne çift yönlü bir kapatılmaya tabi tutulmaktadır. Dolayısıyla iktidarın bireyleri eyleyen, sosyalleşen, üreten ve tüketen bedenleri üzerinden disipline ve kontrole tabi tutmasının nihai hedefi; özneyi dönüştürmek, ıslah etmek ve bunu bedeni üzerinden yapmaktır. Bu nedenle özne, bedenli özne (Merleau-Ponty, 2006) olarak, bedeninin mevcut kapatılma durumu aracılığıyla söylemlerine, isteklerine, düşüncelerine, inançlarına ve yönelimlerine ve duygularına çeki düzen vermesi istendik hale gelen bedenli özne olmaktadır. Toplumsal zeminlerde yaşanan dönüşümler iktidar ilişkilerini de dönüştürmüş ve böylelikle iktidar da her zaman dikte eden, bedenleri ve özneyi terbiye eden, "*Hayır!*" diyerek bireylerin karşısında dikilen bir otorite olmaktan çıkmış, dönüşmüş ve değişik formlarla kendini güncellemiştir. Bu form, yerini disiplinden ziyade, kontrol ve denetimden nemalanan, bireyin kendi kendinde kontrolü ve denetimini sağladığı ve bunu görünmez baskı ve kontrol araçlarının içselleştirmesiyle yaptığı bir sürece evrilmektedir. Özne bu süreci, yaşamının tüm yönlerine sirayet eden iktidar söylemleriyle kendi kendini denetleyerek ve buna dair pratiklerin daha uygulanabilir ve hatta faydalı olduğu görüşünü benimseyerek yapmaktadır. Yani toplumsal iktidar biçimleri dönüşmekte ve baskının yerini gönüllülük almaktadır. Bu hem ekonomik maliyet açısından devletlere daha makul gelmekte hem de bireylerin değer haline getirdikleri pratikler için istekli ve gönüllü şekilde tüketmelerine zemin hazırlamaktadır. Dolayısıyla modern kurumlar olan tıp, hukuk, eğitim gibi kurumlar bu bireysel yönlendirmelerin bireyler tarafından içselleştirilmesi aracılığıyla işleyişlerini sürdürebilmektedirler. Bu dönüşümle

birlikte hekim yalnızca bir tedavi uygulayıcı değil, aynı zamanda normları belirleyen, bireylerin yaşam tarzlarına müdahale eden bir iktidar figürüne dönüşür. Özellikle kronik hastalıklar, ruhsal bozukluklar ve yaşam tarzına bağlı sağlık sorunları, bu iktidar ilişkisini daha görünür kılar. Bireyler hekimlerin yönlendirmesiyle yalnızca iyileşmeye değil, “*normale*” dönmeye çalışırlar.

Klinik iktidarın etkisi yalnızca hastane duvarlarıyla sınırlı kalmamaktadır. Günümüzde okullar, işyerleri, cezaevleri ve hatta evler, tıbbî bilgilerin ve normların dolaşımında olduğu mekânlara dönüşmüştür. Örneğin, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısının eğitim sistemleri içerisinde öğrencilere yöneltilmesi; öğrenme güçlüğü yaşayan çocukların “*tedavi edilmesi gereken hastalar*” olarak sınıflandırılması, bu disiplinin eğitime nasıl sirayet ettiğini göstermektedir (Conrad, 2007). Türkiye’de özellikle okul çağı çocuklarına yönelik tanılarının artışı, bu durumun yerel bir yansımasıdır. Ayrıca, klinik disiplinin toplumsal cinsiyet temelli işleyişi de dikkat çekicidir. Kadın bedeninin doğurganlık, menopoz, regl ve estetik kaygılar gibi başlıklar üzerinden tıbbileştirilmesi, kadınların biyolojik süreçlerinin sürekli denetlenmesini beraberinde getirmektedir. Türkiye’de sezaryen oranlarının artışı, estetik müdahalelerin yaygınlaşması ya da doğurganlıkla ilgili tıbbi destek arayışları bu yapının güncel örneklerini oluşturmaktadır. Hekimlik mesleği, modern toplumlarda yalnızca bilimsel bilgiye dayalı bir meslek olmanın ötesinde, toplumsal saygınlık ve karar verme gücüyle donatılmıştır. Hekimler, “uzman” kimlikleriyle yalnızca tıbbi kararlar vermez, aynı zamanda hastaların yaşam biçimlerine, alışkanlıklarına ve davranış kalıplarına dair normatif yönlendirmelerde de bulunmaktadırlar (Turner, 1995)

Klinik disiplin, neoliberal sağlık politikaları çerçevesinde yalnızca bireyleri değil, toplumları da normalize etmeyi amaçlayan bir mekanizma hâline gelmiştir. Bu anlamda, örneğin Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Bankası gibi kurumların geliştirdiği küresel sağlık göstergeleri ve standartları, farklı toplumlarda benzer sağlık normlarının benimsenmesini teşvik etmektedir. Ancak bu standartların evrensel olarak uygulanması, yerel bilgi ve kültürel pratiklerin göz ardı edilmesine de neden olur. Örneğin, Uganda’da doğum sonrası bakım süreçlerinin Batılı normlara göre yeniden şekillendirilmesi, yerel sağlık bilgileriyle çatışma yaratmaktadır (Whyte, 2009:9). Türkiye’de ise performansa dayalı sağlık sisteminde hekimlerin giderek daha fazla sayıda hastayı kısa sürede görmek zorunda kalması, klinik disiplinin “*hızlandırılmış*” bir biçimde uygulanmasına yol açmıştır. Bu durum hem tanılarının yüzeysel kalmasına hem de hekimlerin karar gücünün artmasına neden olmuştur (İzmir, 2022)

1.4.2. Başka Bir Boyut: İyatrojenez

Tıbbın kendisinden, hekimlerin uygulamalarından ve tedavilerden kaynaklanan hastalıklar olarak geniş bir çerçevede ele alınabilen iyatrojenez kavramı Illich'e göre tıbbın hastalık ürettiğini doğrulamaktadır (İllich,1976). Illich, iyatrojenezi tanımlarken üç kategoride incelemektedir ve bunları klinik iyatrojenez, sosyal iyatrojenez ve kültürel iyatrojenez olarak ayırmaktadır.

1.4.2.1. Klinik İyatrojenez: Riskler ve Yan Etkiler

Klinik iyatrojenez ile Illich, yanlış uygulama, klinik hatalar ve yan etkileri ifade ederken bu kavramı hekimlerin insanlara şifa uygulaması sırasında ortaya çıkan fiziksel hasarlar olarak örneklendirmek mümkündür. Gereksiz tıbbi müdahaleler, ilaçların yan etkileri, çeşitli tedaviler sonucunda ortaya çıkan komplikasyonlar, klinik anlamda iyatrojenez kavramına diğer örneklerdendir. Modern tıbbın sunduğu teknolojik imkânlar ve tanı kapasitesindeki gelişmeler, birçok hastalığın erken teşhisini ve tedavisini mümkün kılarken, aynı zamanda önemli bir paradoksu da beraberinde getirmiştir: tanı ve tedavi süreçleri her zaman fayda üretmemekte, bazen bireyin sağlığına zarar da verebilmektedir. Bu durum, “tıbbî iyatrojenez” olarak adlandırılan olgunun en somut yansımalarından biridir. Tıbbî iyatrojenez, doğrudan tıbbî müdahalelerin, örneğin ilaç, cerrahi işlem, tanı prosedürleri gibi bireye fiziksel ya da psikolojik zarar vermesi anlamına gelmektedir. Bu bağlamda, Welch, Schwartz ve Woloshin'in (2022) çalışması, “fazla sağlık” fikrinin bireyleri nasıl hasta hâle getirdiğini etkileyici bir biçimde ortaya koymaktadır. Kitapta “aşırı teşhis”in, aslında tıbbi sistemin bireyin bedenine yönelik sürekli gözetimiyle ilişkili olduğu; normal varyasyonların, risk durumlarının ya da önemsiz sapmaların “hastalık” etiketiyle tanımlanmasının ciddi zararlar doğurduğu vurgulanır.

Tıbbî iyatrojenez yalnızca fiziksel zararlarla sınırlı değildir; aynı zamanda psikolojik etkileri de barındırır. Welch'e göre, “hastalığın erken teşhisi” şeklindeki söylem, bireyde sürekli bir tehdit duygusu yaratır. Bu tehdit, bireyin kendini sağlıklı değil, her an hastalanabilecek bir “*risk taşıyıcısı*” olarak algılamasına yol açar. Böylece birey, yaşam kalitesini düşürecek düzeyde sürekli bir tıbbî izlem altına girer. Bu durum özellikle anksiyete ve depresyon semptomlarını artırıcı bir etki yaratmaktadır.

Türkiye’de de benzer eğilimler görülmektedir. Örneğin özel sağlık kuruluşlarında rutin check-up kültürü, bireylere gereğinden fazla tetkik yapılmasına ve çoğu zaman klinik olarak anlamlı olmayan bulguların “hastalık belirtisi” gibi sunulmasına neden olmaktadır. Sonuç olarak, bireyler gereksiz ilaç tedavilerine yönlendirilmekte ya da farklı uzmanlık alanları arasında dolaştırılmaktadır. Bu da yalnızca fiziksel değil, ekonomik ve duygusal olarak da zarar

yaratabilmektedir. Ayrıca Türkiye'de yaygın antibiyotik kullanımı hem bireysel düzeyde direnç sorunlarına hem de toplum düzeyinde mikrobiyolojik tehditlere yol açarak tıbbî iyatrojenez vakalarının artmasına neden olabilmektedir. Tıbbî iyatrojenez, modern tıbbın sınırlarını ve etkilerini sorgulamak açısından temel bir uyarı işlevi görür. Welch ve arkadaşlarının çalışması, “fazla sağlık”ın bazen hastalık kadar zarar verebileceğini ortaya koyar. Bu bağlamda, tıbbın her müdahalesinin nötr veya pozitif sonuç doğurmadığı; aksine, bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceği kabul edilmelidir. Dolayısıyla, yalnızca hastalıkların değil, tıbbın kendisinin de eleştirel bir biçimde analiz edilmesi, günümüz sağlık sosyolojisinin temel gerekliliklerinden biridir.

1.4.2.2. Sosyal İyatrojenez: Toplumsal Roller, Bağımlılıklar

Artan tıbbi bürokrasinin ortaya çıkardığı stres gibi birçok faktörün neden olduğu dolaylı etkiler ise sosyal iyatrojenez olarak tanımlanmıştır. Tıbbın tekeli bir yapıya dönüşmesi; kendi çevresiyle başa çıkamayacak güçsüz bireylerin yaratılması yoluyla sosyal iyatrojeneze örnek oluşturmaktadır. Bireyin güçleşen yaşam koşulları altında stres düzeyinin artması, hatta artan bürokratikleşmenin insan yaşamını etkileyerek hastalık yaratması, - örneğin duygusal olarak problem yaşayan bir bireyin hekime başvurması- ve bu yolla insanların duygularının da tıbbi terimlere ve tıp alanına dahil edilmesi sosyal iyatrojenez ile açıklanabilmektedir.

Ivan Illich'in (1976) Türkçeye “*Sağlığın Gaspt*” olarak çevrilen eserinde kavramsallaştırdığı “sosyal iyatrojenez”, tıbbi kurumların bireyin toplumsal özerkliğini zayıflatarak onu sağlık sistemi karşısında edilgen bir konuma sokmalarını ifade eder. Bu tür iyatrojenez, yalnızca fiziksel zararları değil, aynı zamanda bireylerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrolünü kaybetmesini ve modern tıbbın direktiflerine bağımlı bir konuma itilmesini konu edinmektedir (Illich, 1976: 76-83). Modern tıbbın sağladığı uzmanlaşmış hizmetler, başlangıçta bireyin yaşam kalitesini artırmakla birlikte, zamanla bireyi kendi bedenini tanıyamaz, kendi sağlığına dair karar veremez ve en küçük rahatsızlıkta profesyonel müdahaleye muhtaç hâle getirir. Illich'e göre bu durum, toplumsal olarak “*kendi başına yetemeyen hasta birey*” profilinin yaygınlaşmasına ve bireysel kapasitenin körelmesine yol açar. Bu bağlamda sosyal iyatrojenez, yalnızca tedavi süreçleriyle ilgili değil; aynı zamanda kültürel normlar, ebeveynlik, yaşlılık, çocukluk ve cinsellik gibi temel yaşam alanlarının da tıbbileştirilmesini kapsar (Illich, 1976: 87-93). Sosyal iyatrojenezle birlikte birey hem kendi sağlığını hem de yaşam sürecindeki kriz anlarını (doğum, ölüm, yas, yaşlılık gibi) yönetme yetisini kaybetmektedir. Örneğin doğum sürecinin ev ortamından tamamen hastane ortamına taşınması; doğumun, kadının kendi deneyiminden çıkıp hastanelerde gerçekleştirilmesi gereken bir müdahaleye dönüşmesine

neden olmuştur. Benzer biçimde ölüm de artık bireysel, sosyal bir deneyim değil, “hastanede yönetilen bir tıbbi süreç” hâline gelmiştir. Bu süreçte birey, yalnızca hasta olduğunda değil; yaşlanırken, duygusal çöküntü yaşarken, çocuk yetiştirirken ve hatta performansını artırmak isterken de tıbbi müdahaleye yönlendirilmektedir. Böylece birey, giderek daha fazla “tıbbi danışmanlık” almadan yaşam kararları veremeyen, sürekli izlenmesi ve denetlenmesi gereken bir varlık haline gelir. Bu da tıbbın, bireyin davranışlarını sınırlayan ve onu pasifleştiren veya sağlıklı olma yolunda sınırsız tüketim yapabilir hale getirilen bir toplumsal kontrol aracı olarak işlev görmesine neden olur.

1.4.2.3. Kültürel İyatrojenez: Kendi Kendine Yetme Yeteneklerinin Kaybı

Kültürel iyatrojenez ise insanın acı deneyimini esas almaktadır ve özellikle batı toplumlarında acı, üzüntü ve benzer duyguların doğal bir süreç olarak değil, tedavi edilmesi gereken koşullar olarak ele almasıyla bağlantılıdır. Yani günlük kategorilerin tıbbi alanın içine dahil olmasıyla tanımlanan şey sosyal iyatrojenez ile açıklanırken; vurgunun iç acıya yapıldığı kültürel iyatrojenezde mutsuzluğun medikalizasyonu söz konusudur (Maturo, 2012).

Kültürel iyatrojenez, Ivan Illich’in (1975) sağlık sistemlerinin birey ve toplum üzerindeki etkilerini analiz ederken geliştirdiği üçlü iyatrojenez kavramsallaştırmasının üçüncü boyutunu oluşturur. Klinik ve toplumsal iyatrojenezden farklı olarak, kültürel iyatrojenez bireyin hastalık, acı, yaşlılık ve ölüm gibi temel varoluşsal deneyimlere dair bilgi üretme, anlamlandırma ve baş etme kapasitelerinin tıbbi kurumlar tarafından aşındırılması sürecine işaret ederek daha içsel acıyı merkeze alan bir iyatrojenez biçimidir. Bu anlamda kültürel iyatrojenez, yalnızca bireysel düzeyde bir bağımlılık hali değil; aynı zamanda kültürel belleğin, geleneksel sağlık bilgeliğinin ve karar verme mekanizmalarının zayıflamasıdır (Illich, 1975).

Illich’e göre modern tıp, yalnızca bedenin onarılmasıyla ilgilenen teknik bir uzmanlık alanı olmaktan çıkıp, yaşamın tüm yönlerini belirleyen bir ahlaki ve kültürel otoriteye dönüşmüştür. Ölüm gibi doğal bir süreç, giderek daha fazla “*önlenebilir bir başarısızlık*” olarak görülmekte; doğum, yaşlanma, yas gibi deneyimler ise profesyonel müdahale gerektiren tıbbi olaylara indirgenmektedir. Bu durum, bireylerin kendi bedenlerine ve deneyimlerine dair sezgisel bilgilerini değersizleştirerek, onları uzman görüşüne mutlak bağımlı hale getirmektedir (Conrad, 2007; Illich, 1975). Bu süreç hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde farklı biçimlerde tezahür etmektedir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri’nde doğumun büyük oranda medikalize edilmesi –ebelerin yerine doğum uzmanlarının ve sezaryen oranlarının artması– kadınların doğum üzerindeki kontrolünü azaltmış, geleneksel doğum pratiklerini marjinalleştirmiştir. Oysa Hollanda gibi bazı gelişmiş ülkelerde hâlâ evde doğum teşvik edilmekte ve doğumun toplumsal-kültürel boyutu korunmaya çalışılmaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerde ise kültürel iyatrojenez farklı bir dinamikle işler. Nepal, Hindistan veya bazı Afrika ülkelerinde geleneksel şifacılık ve halk tıbbı uzun süre temel sağlık hizmetlerini sağlamışken, modern tıbbın yayılmasıyla bu yerel pratikler ya bastırılmış ya da kriminalize edilmiştir (Langwick, 2011). Bu bağlamda, yalnızca bireysel bağımlılık değil, aynı zamanda kültürel aktarımların da yok sayılması da söz konusudur. Ayrıca, psikiyatrik tıbbın yaygınlaşmasıyla birlikte bireylerin gündelik yaşamın doğal iniş çıkışlarına karşı dayanıklılık kapasitesi azalmış; mutsuzluk, yas, yalnızlık gibi duygular giderek patolojikleştirilmiştir (Horwitz vd., 2007; İzmir, 2022). Özellikle antidepresan kullanımındaki artış, bireylerin ruhsal deneyimlerle baş etme araçlarını tıbbi müdahaleye havale ettiklerini göstermektedir. Bu eğilim, yalnızca Batı toplumlarına özgü değildir; Türkiye gibi ülkelerde de son on yılda antidepresan tüketimi neredeyse iki katına çıkmıştır (TÜİK, 2022). Bu durum, bireyin duygusal öz-yeterliliğinin zayıfladığını ve kültürel iyatrojenez sürecinin evrensel boyutlara ulaştığını ortaya koymaktadır.

Illich'in kültürel iyatrojenez eleştirisi, yalnızca sağlık sisteminin sınırlarını değil, aynı zamanda bireyin yaşamla kurduğu etik, duygusal ve kültürel bağların da ne ölçüde dönüştüğünü gösterir. Her acının dindirilmesi gerektiği fikri, dayanma ve anlamlandırma kapasitelerini gölgede bırakmakta; birey, acıya katlanmayı değil, onu yok etmeyi beklemektedir. Böylece, özne olma halinden çıkıp “tıbbi tüketici” konumuna geçmektedir.

1.5. Tıbbın Risk Yönetimi: Pre-Hastalık (Hastalık Öncesi) Kavramı

Modern toplumlarda sağlık kavramı, yalnızca hastalığın yokluğu olarak değil, aynı zamanda bireyin sürekli olarak bedensel, zihinsel ve ruhsal iyilik hâlini koruması ve bunu görünür biçimde ifade etmesi gereken bir norm olarak şekillenmiştir. Bu durum, birey üzerinde sağlıklı olmanın ötesinde “*sağlıklı görünme baskısı*” oluşturmaktadır. Sağlık, tıbbi bir durumdan çok kültürel bir ideale dönüşmüş; bireyler, normatif sağlık göstergelerine uymak ve bunu dışa yansıtmak zorunda bırakılmıştır (Shilling, 2012).

Bu baskının önemli yansımalarından biri, “pre-hastalık” (ya da ön-hastalık) kavramının yaygınlaşmasıdır. Pre-hastalık, kişinin henüz hasta olmamasına rağmen bazı biyomedikal göstergeler doğrultusunda potansiyel hasta olarak sınıflandırılması anlamına gelir. Örneğin “prediyabet”, “pre-hipertansiyon” veya “hafif depresyon belirtileri” gibi kategoriler, bireyleri henüz klinik olarak hasta olmadan önce medikal denetim altına almaktadır (Illich, 2010). Bu durum, yalnızca erken teşhis ve tedavi imkânı sunmakla kalmaz; aynı zamanda bireyde sürekli tetikte olma, kendi bedenine yabancılaşma ve kendini bir “*risk nesnesi*” olarak görme durumlarını da beraberinde getirir (Rose, 2022).

Pre-hastalık kavramı, tıbbın yalnızca mevcut hastalıkları tedavi etme işlevini değil, potansiyel riskleri yönetmenin de genişlediği bir alanı temsil eder. Bu yaklaşım, bireyleri “henüz hasta olmayan ama hastalık riski taşıyan” öznelerle dönüştürerek sağlıkla ilgili sürekli bir belirsizlik ve tetikte olma hali yaratabilmektedir. Böylece tıbbın önleyici söylemi, giderek risk faktörlerinin kendisini hastalık olarak tanımlamaya başlayabilmektedir. Bu noktada erken teşhisle başlayan süreç, kimi zaman “aşırı teşhis” ve “aşırı tedavi” gibi yeni tıbbileştirme biçimlerine zemin hazırlayabilmektedir. Dolayısıyla pre-hastalık kavramı, modern tıbbın risk yönetimi mantığının görünür biçimi olarak, sağlıklı bireylerin dahi tıbbi gözetim altına alınmasına neden olabilmektedir. Bu süreçte literatürde “teşhis salgını” (diagnostic epidemic) adı verilmektedir (Welch vd., 2022). Kolesterol yüksekliği, hipertansiyon, prediyabet (şeker hastalığı öncesi), depresif belirtiler, hatta “kanseri taşıyan genetik mutasyonlar” gibi çok sayıda durum, doğrudan hastalık değilse de bireyleri “hasta potansiyeli” olarak sınıflandırmaktadır. Bu yaklaşım, bir yandan bireylerde sürekli izlenme ve önleme baskısı yaratırken, diğer yandan sağlık sistemlerinde aşırı test, tarama ve müdahaleleri yaygınlaştırmaktadır (Moynihan vd., 2002). Risk faktörlerinin hastalık olarak yeniden tanımlanmasında üç temel strateji dikkat çekmektedir. Bunlardan ilki tanı eşiklerinin sürekli aşağı çekilmesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Örneğin, hipertansiyon için normal kabul edilen sınır değerleri zamanla 140/90’dan 130/80’e indirildiğinde, bir gecede milyonlarca kişi “*hipertansiyon hastası*” hale gelir. Welch ve arkadaşlarına göre bu tür revizyonlar, hastalık kategorilerinin genişletilmesinden çok, risklerin doğrudan hastalıkla eşdeğer hale getirilmesiyle ilintilidir (Welch vd., 2022). İkincisi başlık, pre-durumların üretilmesiyle ilgilidir. Prediyabet, prehipertansiyon, premenapoz gibi “henüz hasta olmayan” ama “*hasta olabilecek*” bireyleri tanımlamak için kullanılan bu kategoriler, tıbbi gözetimi kalıcılaştırmakta ve bunun sonucunda bireylerin psikolojik yükünü de artırabilmektedir (Greene, 2007). Bir diğer başlık olan üçüncü konu ise genetik ve moleküler düzeyde tehdit tanımlamalarını içermektedir. BRCA1/BRCA2(Meme ve yumurtalık kanseri yatkınlık genleri) mutasyonu taşıyan bireylerde olduğu gibi, herhangi bir klinik belirti olmasa bile, gelecekteki bir hastalığın “olasılığı” müdahale gerekçesi haline gelmektedir. Bu da kimi zaman gereksiz cerrahi kararlarına -örneğin koruyucu mastektomi de denilen- meme kanserinin tedavi edilmesi için meme dokusunun çıkarılması- operasyona yol açabilmektedir (Armstrong, 2015). Bu bağlamda, genetik yatkınlık, genotip ve fenotip kavramları, teşhis salgınının biyolojik değil, epistemolojik ve kültürel bir mesele olduğunu göstermek için çok değerli hale gelir. Welch’e göre, bu durum genellikle

genetik yatkınlık ile gerçek hastalık gelişimi arasındaki farkın göz ardı edilmesine neden olmaktadır.

Genotip, bireyin genetik taşıdığı potansiyelleri ifade ederken; fenotip, bu potansiyelin çevresel, yaşamsal ve toplumsal faktörlerle etkileşiminden doğan gerçek, gözlemlenebilir özellikleri ifade eder. Welch ve arkadaşları, hastalık riskinin yalnızca genotip düzeyinde değerlendirilmesinin tıbbi olarak yanıltıcı ve sosyolojik olarak problemli olduğunu vurgulamaktadır. Çünkü genetik mutasyona sahip olmak, her zaman fenotipik bir hastalığa dönüşeceği anlamına gelmez. Buna rağmen, örneğin BRCA1 taşıyan bireyler sıklıkla koruyucu mastektomiye-meme dokusunun çıkarılması işlemi- yönlendirilmekte ve birey daha hasta olmadan, bedenine geri dönülmez tıbbi müdahaleler uygulanmaktadır. Dolayısıyla riskin kendisi, hastalığın yerine geçmiştir. Welch bunu “geleceğe karşı şimdiden alınmış radikal tıbbi önlemler” olarak tanımlar. Bu tür durumlar hem bireyin tıbbi kararlarını hem de toplumsal düzeyde sağlık tanımını dönüşüme uğratar: Artık “sağlıklı” olmak, yalnızca şu anda hastalık belirtisi taşımamak değil, aynı zamanda genetik olarak “*güvenli*” olmaktır. Bu durum Zola’nın (1972) ifade ettiği gibi, tıbbın toplumsal yaşamın her köşesine nüfuz etmesiyle ortaya çıkan tıbbi gözetim toplumunun bir göstergesidir. Özellikle Angelina Jolie’nin kamuoyuna duyurduğu “koruyucu çift taraflı mastektomi” kararı, bu sürecin medyatik ve kültürel boyutunu da gözler önüne sermiştir. Jolie, BRCA1 gen mutasyonu taşıdığı için ileride kanser olabileceği varsayımıyla meme dokusunu aldırması; bu karar, birçok kadın tarafından “bilinçli ve önleyici sağlık davranışı” olarak görülmüştür. Ancak Welch ve arkadaşları bu tür kararların, klinik zorunluluktan çok istatistiksel olasılıkların dramatize edilmesi sonucu ortaya çıktığını savunmakta ve bu durumları “*aşırı teşhis yoluyla ihtimallerin tedavi edilmesi*” olarak değerlendirmektedir (Welch vd, 2022). Dolayısıyla ele alınan bu başlıklarda incelenen konular sağlık kültürünü kökten dönüştürmektedir. Artık insanlar yalnızca “hasta” olduklarında değil, “risk altında” olduklarında da ilaç kullanmakta, diyet programlarına başlamaktadır. Bu, bireylerin yaşam biçimlerini kontrol altına almakla kalmamakta, aynı zamanda “*hasta gibi yaşama*” halini normalleştiren bir etki yaratmaktadır (Zola, 1972; Conrad, 2007).

Örneğin, ABD’de 2000’li yıllarda yüksek kolesterol tedavisinde kullanılan statin ilaçlarının, yalnızca kalp krizi geçiren bireylere değil, kolesterol seviyesi minimal düzeyde yüksek olan herkese önerilmeye başlandığı bilinmektedir. Welch ve arkadaşları, bu eğilimi “*tedavi alanının klinik ihtiyaçtan çok, istatistiksel risk hesaplarına dayalı olarak genişletilmesi*” olarak yorumlar. Bu nedenle teşhis salgını olarak adlandırılan bu durumlar, yalnızca bir tıbbi fazlalık değil, aynı zamanda siyasal-ekonomik ve etik bir sorun olmaktadır. Riskin hastalıklaştırılması, bireylerin yaşamlarını sürekli olarak uzman gözetiminde sürdürmesini bir

gereklilik haline getirerek normalleştirirken aynı zamanda tıp otoritesinin genişlemesine de hizmet etmektedir (Illich, 2020; Conrad, 2009).

Modern tıpta erken teşhis ve tedavi yaklaşımı, hastalıkların daha başlangıç aşamasında yakalanıp kontrol altına alınabileceği varsayımına dayanır. Bu varsayım, özellikle kanser taramaları -meme, prostat, kolon, tiroid kanseri- kolesterol ve tansiyon ölçümleri, genetik yatkınlık testleri gibi uygulamalarla tıbbın neredeyse her bireyin yaşamına çok daha erken müdahil olmasına yol açmıştır. Ancak bu müdahalenin, her zaman bireylerin yararına işlemediği, hatta bazı durumlarda zarar verdiği çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur (Welch vd., 2022). Welch'e göre, erken teşhisin sunduğu *umut* ile *gerçek fayda* arasında ciddi bir fark vardır. Ona göre birçok hastalık taramasında, erken saptanan anomalilerin büyük bölümü hiçbir zaman klinik olarak zararlı hale gelmeyecektir. Örneğin, prostat kanseri taramalarında PSA (Prostat Spesifik Antijen) testinin yaygınlaşması, çok sayıda "kanseri" vakasının ortaya çıkarılmasına ancak bu vakaların büyük kısmının yavaş ilerleyen ve hastanın yaşam süresini etkilemeyecek türden olduğu için gereksiz ve aşırı tedavi edilmesi riskine yol açmaktadır. Bu durum aynı zamanda "*irdelenmediği zaman sessiz kalacak hastalıkları*" aktif hale getirme ve potansiyel risk olarak görünür kılma etkisine sahiptir. Bu bağlamda erken teşhis uygulamaları, beraberinde "aşırı teşhis" (overdiagnosis) olgusunu getirmektedir. Çünkü bir potansiyel hastalığın teşhis teknikleriyle birlikte hastalık olarak ele alınıp önleyici tedavilerin gerçekleştirilmesi, aynı zamanda aşırı teşhisin de öncül aşamalarını oluşturmaktadır.

Aşırı teşhis, aslında bireyin yaşamı boyunca sorun yaratmama ihtimalinin yüksek olduğu bir durumu, tıbbi müdahale gerektiren bir hastalık gibi ele almayı ifade etmektedir. Meme kanseri taramalarında tespit edilen kitle vakalarının çoğu bu kapsama girmektedir. Memede kitle tanısı almış birçok kadına cerrahi ve radyoterapi uygulanabilmekte fakat bu tür oluşumların büyük bir kısmı hiçbir zaman tehlike yaratan kanser haline gelmemektedir (Welch vd., 2022). Böylece erken teşhis, bir yandan bireylere güvende olma ve kendi sağlığını "*garantiye alma*" duygusunu yaşatırken diğer yandan bireyleri gereksiz testler, biyopsiler, anksiyete ve ağır tedavi süreçleri ile karşı karşıya bırakabilmektedir. Erken teşhis söylemi aynı zamanda, bireyin yaşamındaki belirsizlikleri sürekli kontrol altında tutmaya çalışan yayılmacı bir tıbbi epistemolojiyi de yansıtmaktadır. Bu yaklaşım, sağlığın yalnızca hastalığın yokluğu değil, potansiyel risklerin ekarte edilmesi halinde yeniden tanımlanmasını da içermektedir (Rose, 2007:81). Yani bireyler hasta olmasa bile, hastalığa aday bir profil üzerinden sürekli izlem altında tutulmaktadır. Bu, özellikle yüksek gelirli toplumlarda sık rastlanan bir durumdur. Örneğin, ABD'de her yıl yapılan milyarlarca dolarlık sağlık taramaları -meme, kolon, akciğer,

tiroit, mide- yaşam süresine katkı sağlamaktan çok, sağlık sisteminin sürdürülebilirliğine dair soruları gündeme getirmekte ve sağlık sektörüne katkı sağlamaktadır (WHO, 2021).

Gelişmiş ülkelerde erken teşhisin yaygınlaştırılması, çoğu zaman “daha iyi sağlık hizmeti” olarak pazarlanmakta; ancak bu strateji, düşük ve orta gelirli ülkelerde temel sağlık hizmetlerine erişim sorunu yaşayan milyonlarca insanın durumunu gölgede bırakma riski taşımakta ve dolayısıyla sağlığa erişim ve tedavi planlamalarında var olan dezavantajlı konumu daha da derinleştirmektedir. Örneğin Afrika ve Güney Asya’da birçok birey hâlâ basit tanı ve tedavilere ulaşma imkânı bulamayabilirken gelişmiş ülkelerde genetik tarama programları kamu bütçesinden finanse edilmektedir (WHO, 2021). Tüm bunların sonucunda denebilir ki erken teşhis günümüzde sadece bir tıbbi strateji değil, aynı zamanda kültürel bir norm haline gelmiştir. “*Ne kadar erken, o kadar iyi*” anlayışı, bireyleri düzenli sağlık kontrolü yaptırmaya ve potansiyel risklere karşı sürekli tetikte olmaya yönlendirmektedir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin bireysel sorumluluk alanında değerlendirilmesini devam ettirecek bir potansiyel yaratmakta ve sağlık sistemindeki yapısal sorunları görünmez kılabilir (Lupton, 2012: 89).

Günümüz tıbbında hastalık, artık yalnızca belirli semptomların veya bozuklukların varlığına indirgenmez; potansiyel risklerin, olasılıkların ve genetik eğilimlerin kendisi de tedavi nesnesine dönüşmüştür. Böylece “hasta” olmak için hasta olmak gerekmez; hastalanma ihtimali bile bireyleri tedavi süreçlerinin nesnesi haline getirir (Welch vd., 2022). Tıp, bir tür “*olasılıkların tedavi merkezi*” haline gelirken, bireyler de bu olasılıkları yönetmekle yükümlü yeni özneler dönüşmektedir (Rose, 2007). Bu bağlamda “ihtimalleri tedavi etmek”, sadece bir klinik strateji değil, aynı zamanda modern rasyonaliteye içkin olan kontrol etme ve öngörülebilir kılma arzusunun tıbbi alandaki yansıması olarak okunabilmektedir. Hastalık riski taşıyan bireyler, potansiyel tehlike kaynağına dönüşürken, tıbbın müdahalesi yalnızca bedene değil, geleceğe de yönelmektedir. Bu yaklaşım, önleyici tıbbın, neoliberal bireyselleşme ve *kendi sağlığından sorumlu* olma ideolojisiyle birleşerek, bireyleri sürekli “kendi geleceklerine karşı önlem alma” baskısı altında bıraktığını göstermektedir (Lupton, 2012:72). Bu durum aynı zamanda sosyolojik bir kırılmayı da beraberinde getirmekte ve riskin kendisi, toplumda bir tür kültürel patolojiye dönüşmektedir. Beden artık yalnızca şimdiyle değil, gelecekteki ihtimallerle de suçlanabilir, hastalıklı olarak damgalanabilir hale gelebilmektedir. Örneğin, genetik yatkınlığa sahip olmak, henüz ortada bir semptom yokken bile tedbir alınması gereken bir durum olarak yorumlanabilmektedir. Welch’in (2022) ifadesiyle, bu durum “*hasta değilken hasta gibi muamele görmek*” şeklinde özetlenebilir. Böylelikle birey, sağlık sistemine gelecekte borçlu bir özne haline gelmekte ve sağlık için tüm yaşamının pratiklerini düzenleme

güdüsüyle şartlı bir özneye dönüşmektedir. Bu yaklaşım özellikle farmasötik endüstri açısından oldukça işlevseldir. Çünkü ilaç endüstrisi bireyleri yalnızca hasta olduklarında değil, hasta olabilecekleri ihtimali üzerinden de sürekli ilaç, test ve izleme döngüsüne dahil edebilmektedir. (Conrad, 2007). Bu, hem “*müşteri tabanı*”nı genişleten hem de bireylerin tıbbi denetimi içselleştirmesini sağlayan bir pratik olarak çift yönlü işlemektedir. Ancak burada hassasiyet gösterilmesi gereken sosyolojik bir ayrım da ortaya çıkmaktadır. Zira her birey gelecekteki riskleri eşit koşullarda yönetemeyebilmektedir. Sağlık okuryazarlığı, ekonomik kaynaklar ve sosyal destek sistemlerine erişim düzeyi, bireyin tıbbın önerdiği “risk yönetimi” stratejilerini uygulayıp uygulayamayacağını belirleyen faktörlerin başında gelmektedir. Dolayısıyla “*ihimalleri tedavi etmek*”, hem sınıfsal bir ayrıcalık hem de yeni bir ayrımcılık biçimi halini alabilmektedir. Genetik taramalara erişebilen ya da sağlıklı yaşam önerilerini sürdürebilecek ekonomik güce sahip olan bireyler, potansiyel riskleri yönetebilirken; dezavantajlı gruplar bu ihtimalleri taşıdıkları için damgalanabilmektedir (Zola, 1972). Son olarak, “ihimalleri tedavi etme” kültürü, sağduyu ve ölçülülük kavramlarını da zayıflatmaktadır. Günlük yaşamın olağan varyasyonları —örneğin kısa süreli baş ağrıları, yorgunluk hissi, düzensiz kalp atışları— potansiyel bir hastalığın belirtisi olarak sağlığın kültürleşmesi aracılığıyla kodlandığında, bireylerin bedeniyle olan doğal ilişkisi de bozulabilmektedir. Böylelikle beden artık, anlamlandırılması gereken şüpheli bir sinyaller bütünü haline gelmektedir (Lupton, 2012: 91). Bu da bireylerde, özellikle orta sınıf eğitilmiş bireylerde, yüksek tıbbi farkındalıkla iç içe geçmiş bir kaygı kültürü yaratır. Bu kültür ise bireylerin yaşam kalitesini düşürebilmekte ve sağlığını sürekli güncel tutulması gereken bir aplikasyon mantığı ile ele alarak bu uğurda kaygı seviyesinin yüksek seyretmesine sebep olabilmektedir.

Modern tıbbın ilişkilerinden sayılabilecek durumların başında, sağlığı korumak adına uygulanan tanı ve tarama stratejilerinin, paradoksal biçimde aşırı teşhis ve aşırı tedavi üretmesi gelmektedir. Bu durum bir önceki anlatıda ele alınan erken teşhisin etmenin bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Tıp bilimi, giderek daha karmaşık tarama araçlarına ve görüntüleme teknolojilerine sahip hale geldikçe, potansiyel riskleri erken yakalama kaygısıyla “hastalık riski” bile bir hastalık kategorisine dönüştürülmektedir. Welch ve arkadaşları, birçok hastalık kategorisinin genişletilerek daha fazla insanın bu kategorilere sokulduğunu ve buna bağlı olarak gereksiz tedavi süreçlerinin başlatıldığını belirtmektedir. Örneğin, meme kanseri taramaları sonucunda, bazı kadınlara agresif tedaviler uygulanmakta; bu vakaların bir kısmı asla klinik olarak belirti göstermeyecek “sessiz tümörler” den oluşmaktadır. Ancak bu kişiler kemoterapi, radyoterapi veya cerrahi işlemler gibi ciddi yan etkileri olan tedavilere maruz kalabilmektedirler (Welch vd., 2022). Bir diğer örnek olarak osteoporoz (kemik erimesi) tanısı,

eskiden yalnızca ciddi kemik kırığı riski taşıyan ileri yaştaki bireylere konulurken, günümüzde kemik yoğunluğu testleriyle daha genç bireylerde de “risk” saptanarak ilaç başlanmakta, bu ilaçlar ise sindirim sistemi bozuklukları ve çene kemiği erimesi gibi ciddi tıbbi iyatrojenik yan etkiler doğurabilmektedir. Örneğin erken teşhis edilen tiroit kanseri vakalarında ABD’de tanı oranlarının 1975-2005 yılları arasında üç kat arttığını, ancak tiroit kanserinden ölüm oranlarının bu süreçte sabit kaldığı söylenebilmektedir. Bu, çok sayıda kişiye kanser tanısı konulmasına rağmen bu tanının bu kişilerin yaşam süresini uzatmadığı, dolayısıyla tedavinin faydasının tartışmalı olduğu anlamını taşımaktadır. Benzer şekilde meme kanseri taramalarının yaygınlaştırılması sonucunda tanı oranları artmış, ancak ileri evre meme kanserinin seyri değişmemiştir. Yani taramalar, daha erken evreleri yakalamış gibi görünmekte fakat aslında ciddi vakaları önlemekte aynı başarıyı gösterememektedirler.

Bu örnekler aşırı teşhis ve bu teşhislere yönelik tedavilerin yanı sıra tıbbî iyatrojenez olgusunun da sistemik düzeyde nasıl işlediğine dair önemli bir uyarı niteliği taşımaktadır. Çünkü yalnızca bireysel zararlar değil, aynı zamanda sağlık sistemlerinin genel verimliliği ve adalet dağılımı da bu süreçten etkilenmektedir. Tanı ve tedavi süreçleri gereksiz yere kullanıldığında hem kaynaklar boşa harcanmakta hem de gerçekten ihtiyaç duyan hastalara erişim güçleşmektedir. Ayrıca Welch, bu artışların çoğunun “*gizli epidemiler*” yarattığını savunur. Yani toplumda gerçekten var olmayan sağlık krizleri, yalnızca tanılarının artmasıyla görünür hâle gelebilmektedir. Bu da bireylerin korku içinde yaşamalarına ve sağlıklı oldukları hâlde tedavi sürecine dâhil edilmelerine neden olmaktadır. Bu istatistiksel gerçeklik, “daha fazla müdahale = daha fazla sağlık” şeklindeki popüler varsayımın çöküşünü temsil eder. Modern tıbbın kontrol odaklı, garantici ve niceliksel başarıya odaklanan yapısı, iyatrojenik sonuçları görmezden gelme eğilimindedir. Aşırı Teşhis kitabında yer alan çarpıcı grafiklerden biri, ABD’de 1975-2005 yılları arasında tiroit kanseri tanı oranlarının üç kat arttığını, buna karşın ölüm oranlarının neredeyse hiç değişmediğini göstermektedir. Grafik, yıllara göre tanı konan hasta sayısının yükselişini kalın bir çizgiyle temsil ederken; ölüm oranları neredeyse düz bir çizgi hâlinde ilerlemektedir (Welch vd., 2022: 60-61). Benzer şekilde, prostat kanseriyle ilgili grafik, PSA testinin yaygınlaştırılmasından sonra tanı oranlarının hızlıca yükseldiğini; ancak prostat kanseri nedeniyle ölüm oranlarının sabit kaldığını ya da yalnızca çok hafif bir düşüş gösterdiğini ortaya koymaktadır.

1.6. Toplumsal Yansımalar

Tıbbileşme, yalnızca sağlık alanıyla sınırlı bir kavramsal çerçeve değil, aynı zamanda bireylerin yaşam biçimlerini, toplumsal kurumları ve kültürel normları da derinden etkileyen

bir dönüşüm sürecini ifade etmektedir. Başlangıçta belirli davranışların ve durumların tıp alanına dahil edilmesini ifade eden bu kavram, günümüzde yaşamın neredeyse tüm alanlarını kapsayan geniş bir müdahale ve düzenleme rejimine dönüşmüştür (Conrad, 2007). Tıbbileşme yalnızca bireyin hastalık algısını değil; aynı zamanda toplumsal kontrol mekanizmalarını, aile yapısını, eğitim sistemini ve hatta ekonomik üretim biçimlerini de dönüştüren çok yönlü seyreden bir kavram olarak anlaşılmalıdır.

Tıbbileşme süreci, belirli davranışların “*normal*” ya da “*anormal*” olarak sınıflandırılmasında tıbbın belirleyici aktör haline gelmesini sağlamaktadır. Bu bağlamda tıp, yalnızca hastalıkları teşhis eden bir alan olmaktan çıkar; aynı zamanda normatif düzenin kurulmasında ve bireylerin disipline edilmesinde başat bir rol üstlenmektedir (Foucault, 2003). Özellikle bedenin kontrolü, disipline edilmesi ve yönetilmesi, modern toplumda sağlıklı olmanın yalnızca bir fizyolojik durum olarak değil aynı zamanda ahlaki ve sosyal bir sorumluluk olarak kurgulanmasına yol açmaktadır (Turner, 2008). Bu durum, “sağlıklı olma zorunluluğu” nu beraberinde getirir. Artık birey yalnızca hasta olmaktan değil, sağlıksız olma potansiyelinden de sorumludur. Böylece bedenin yönetimi bireyin özerk bir kararı değil, kamusal bir ödev halini alır. Bu, neoliberal özne inşasının bir parçası olarak değerlendirilebilmektedir (Rose, 2007: 63).

Tıbbileşmenin toplumsal yansımaları özellikle toplumsal cinsiyet bağlamında da belirginleşmektedir. Kadın bedeninin doğurganlık, cinsellik ve ruhsal sağlık üzerinden sürekli izlenmesi ve müdahale edilmesi; erkek bedeninin ise üretkenlik ve performans üzerinden yapılandırılması, tıbbileştirmenin heteronormatif düzenle nasıl iç içe geçtiğini göstermektedir (Riessman, 1983). Bu bağlamda pre-menstrüel (adet öncesi) sendromdan doğuma, menopozdan estetik müdahalelere kadar birçok süreç kadınların gündelik yaşamlarını tıbbın denetimi altına sokulmasıyla sonuçlanmıştır (Ehrenreich vd., 2023).

Tıbbileşme yalnızca yetişkin bedenini değil, çocukluk dönemini ve toplumsal bir kurum olan eğitim alanını da dönüştürmektedir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), öğrenme güçlüğü, okul fobisi gibi tanılar hızla tıbbi etiketlere dönüştürülmesi, pedagojik sorunların tıbbi sorunlar gibi ele alınmasına neden olmaktadır (Illich, 1976; Schneider, 1992). Bu süreçte öğretmenler birer *ön tanı uzmanına*, ebeveynler ise farmasötik(ilaç) endüstrinin yönlendirdiği tüketicilere dönüşmektedir. Çocukların davranışları, artık yalnızca pedagojik ya da sosyal bağlamda değil, nörolojik ya da biyokimyasal temelli sorunlar olarak da tanımlanabilmektedir (Singh, 2008). Tıbbileşmenin arkasında yalnızca bilimsel gelişmeler değil, aynı zamanda güçlü ekonomik menfaatler de yer almaktadır. İlaç firmaları, üzüntü, yorgunluk, yaşlanma, korku gibi gündelik yaşam olaylarını birer tıbbi müdahale nesnesine

dönüştürerek, yeni hasta kategorileri ve pazarlar yaratmaktadır. Bu bağlamda tıbbileştirme yalnızca bir bilgi biçimi değil; aynı zamanda küresel kapitalizmin tıbbileştirilmiş kâr stratejisi haline gelmiştir (Busfield, 2010). Bunun yanında tıbbileştirme süreci, sınıfsal eşitsizlikleri de yeniden üretmektedir. Özellikle düşük gelirli bireyler, hem koruyucu sağlık hizmetlerinden mahrum kalabilmekte hem de yaşam koşullarının tıbbileştirilmesiyle birlikte daha fazla dışlanma ihtimaliyle karşı karşıya kalmaktadırlar. Örneğin, obezite ya da “kötü beslenme” gibi sorunlar bireysel irade eksikliği gibi sunulabilmekte ancak bu durumlar zaman zaman yoksulluk, ulaşılabilir gıda eksikliği ve yapısal eşitsizliklerin sonucu olabilmektedir (Lupton, 2012).

Modern toplumlar, sanayi sonrası dönemde teknolojik ilerlemeler, bireyselleşme ve neoliberal politikalarla şekillenmiş; ancak bu gelişmeler beraberinde geniş çaplı risk algıları ve toplumsal kaygılar da üretmiştir. Bu bağlamda Ulrich Beck'in (1992) Risk Toplumu kuramı, modernitenin kendi ürettiği- ekolojik felaketler, teknolojik arızalar, sağlık riskleri gibi tehditlerin kontrol altına alınamaz hale gelerek yeni bir toplumsal düzen oluşturduğunu savunmaktadır. Buna göre günümüz toplumu artık üretimden çok risk yönetimi üzerinden şekillenmekte, bireyler sürekli bir potansiyel tehlike durumunda yaşamaktadırlar. Sağlık alanında bu durum, "henüz hasta olmayan bireylerin" bile risk altında görülerek sürekli tarama, ölçüm ve kontrol süreçlerine tabi tutulmasına yani tıbbileştirme sonucunda aşırı teşhis ve tedaviye neden olmaktadır. Benzer şekilde Zygmunt Bauman'ın da Akışkan Modernite (2000) kavramı üzerinden çağdaş toplumun belirsizliklerle kuşatıldığını ve bu belirsizliklerin bireylerde sürekli bir "güvensizlik hali" yarattığını ileri sürmek mümkün hale gelmektedir. Bu güvensizlik hali, sağlığı da kapsayacak şekilde bireylerin kendi bedenlerine ve sağlık durumlarına karşı sürekli bir şüphe duymalarına, potansiyel hasta oldukları duygusuyla yaşamalarına yol açmaktadır. Bauman'a göre tüketim toplumu, bireyleri sürekli olarak kendi eksikliklerine odaklanmaya (Baumann, 2000) ve bu eksiklikleri gidermek için tıbbi çözümlere yönelmeye teşvik etmektedir. Featherstone ise *“Tüketim Kültürü ve Postmodernizm (1991)”* adlı çalışmasında bedenin, günümüz toplumunda bir tür "proje" olarak ele alındığını belirtmekte ve bireylerin idealize edilen sağlık, gençlik ve güzellik normlarına ulaşmak için tıbbi ve kozmetik müdahalelere yöneldiklerini ve böylece bedensel kaygıların, tüketimin itici gücü haline geldiğini belirtmektedir. Örtüşür bir biçimde Giddens da *“Modernliğin Sonuçları (1990)”* adlı çalışmasında, modernitenin bireylerde "ontolojik güven" krizine yol açtığını savunmakta ve bu krizin, bireyin kendi benliğiyle, toplumsal kurumlarla ve doğayla olan ilişkisinde sürekli bir kırılganlık hali yarattığını ifade etmektedir. Sağlık alanında bu durum, bireylerin uzman görüşlerine bağımlılığını artırmakta ve kişisel karar verme süreçlerini tıbbi otoriteye

devretmelerine, dolayısıyla kendi üzerinde düşünmeyi modern tıp otoritesinin söylemlerini referans olarak gerçekleştirmeye ve bireysel belirsizlik halinde kaygılı bireylere dönüşmelerine neden olabilmektedir. Kaygı üretimi ise burada yukarıda bahsi geçen denetim pratiklerini meşrulaştıran ve bireyleri gönüllü denetime sevk eden önemli bir toplumsal mekanizma görevi görmektedir. Bu bağlamda medya, dijital sağlık uygulamaları, reklamlar ve kamu politikaları gibi çeşitli aktörler, bireylerin sağlıkla ilgili korkularını pekiştirerek tüketimi ve müdahaleyi tetiklemektedirler. Örneğin, pandemi döneminde gözlemlenen "virüs korkusu", yalnızca enfekte olma riskiyle değil, aynı zamanda sağlık sistemine erişim, sosyal izolasyon ve belirsizlik gibi faktörlerle birleşerek bireylerin sağlıkla ilgili kaygı düzeylerini artırmıştır. Sonuç olarak, çağdaş toplumlarda sağlık, korku ve risk üçgeninde şekillenen bir alan haline gelmiş; bireyler potansiyel hasta, sağlık sistemi ise sürekli teyakkuz halinde olan bir yapı olarak yeniden örgütlenmiştir. Bu dinamikler, yalnızca bireysel değil, toplumsal düzeyde de bir "*korku kültürü*" "nın oluşumuna katkı sunmakta ve tıbbileştirme sürecinin sosyolojik boyutlarını derinleştirmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

DUYGULARIN TIBBİLEŞTİRİLMESİ

Modern toplumda duygular, yalnızca bireysel deneyimler olarak değil, aynı zamanda tıbbın ve psikiyatri disiplinlerinin müdahalesine açık nesneler olarak görülmeye başlanmıştır. Duyguların tıbbileştirilmesi, mutsuzluk, kaygı veya stres gibi yaşamın doğal bir parçası olan duygusal durumların, belirli normatif ve biyolojik ölçütlere göre “hastalık” olarak tanımlanması sürecini ifade eder (Conrad, 2007; İzmir, 2022). Bu süreç, sadece bireyin içsel deneyimlerini değil, aynı zamanda toplumsal beklentileri ve normları da içerir. Michel Foucault’nun benlik teknolojileri kavramı, bireylerin kendi duygularını gözlemleyip düzenleyerek toplumsal ve tıbbi normlara uyum sağlamalarını açıklamak için önemli bir kuramsal çerçeve sunar (Foucault, 2013). Duyguların tıbbileştirilmesi, böylece hem bireysel özdenetim hem de toplumsal düzenle ilişkili olarak anlaşılabilir; bu durum, modern yaşamın duygusal deneyimlerinin nasıl denetlendiği ve normatif çerçevelere çekildiğini göstermektedir. Bireylerin kendilerini tanıma, gözlemlleme ve düzeltme biçimleri, Foucault’nun “*Benlik teknolojileri* (2013)” kavramıyla açıklanabilir. Foucault’ya göre benlik teknolojileri, bireylerin kendi davranışlarını, duygularını ve düşüncelerini normatif hedeflere uygun biçimde dönüştürdükleri pratikleri ifade eder. Bu çerçevede, modern birey, sadece toplumsal beklentilere uygun hareket eden bir özne olmakla kalmaz; aynı zamanda kendi duygularını sürekli denetleyen ve düzenleyen bir özneye dönüşür.

Psikiyatri ve ruh sağlığı alanı, bu sürecin en görünür mekanizmalarından biridir. Bireyler, depresyon, kaygı veya stres gibi duygusal durumlarını biyolojik temellere dayandıran teşhis süreçleri aracılığıyla gözlemler ve yönetir. İzmir (2022), psikiyatride aşırı teşhis uygulamalarının bireyleri sürekli bir öz-düzeltilme döngüsüne soktuğunu belirtir; bu döngü, bireyin kendi duygusal durumunu toplumsal normlara göre sürekli yeniden şekillendirmesini gerektirir. Foucault’nun benlik teknolojileri perspektifi, bu süreci, bireyin kendisini sürekli izleyen ve dönüştüren bir özneye dönüşmesi olarak yorumlar (Foucault, 2013). Dolayısıyla tedavi, yalnızca tıbbi bir müdahale değil; aynı zamanda bireyin toplumsal normlarla uyumlu bir duygusal özne haline gelmesini sağlayan bir mekanizma olarak işlev görür.

Bu bölümde duyguların tarihsel süreçteki değişimleri incelenerek devamında duygusal hastalık kavramı üzerinde durulacaktır. Daha sonra duygusal hastalıklar ve toplumsal faktörlerin ilişkisi kurulmaya çalışılacak ve duyguların tıbbileştirilmesi süreci sosyolojik perspektiften, literatür desteğiyle incelenecektir.

2.1. Tarihsel Süreçte Duyguların Anlamlandırılma Biçimleri

Duygular uzun yıllar psikolojinin alanında görülmüş ve bireye özgü olarak ele alınmıştır. Duyguların tarihine bakıldığında ise pek çok filozof, sosyolog, antropolog ve tarihçinin ana çalışma konusu olduğu görülmektedir. Bu sebeple duyguların tarihsel süreç içinde nerede yer aldığını saptamaya dair çalışmalar ve toplumsal ilişkilerdeki önemini ve toplumsal ilişkilerle karşılıklı etkileşimini anlamlandırmaya dair girişimler, özelde duygu sosyolojisi ve -duygusal hastalıkların da duyguları kapsaması dolayısıyla- sağlık sosyolojisi; genelde ise -birey ve toplumsal etkileşimleri bütünsel değerlendirebilmesi açısından- sosyoloji ana biliminin üzerinde durması ve derinleşmesi gereken konuları oluşturmaktadır.

Duygular, bireyin hem biyolojik hem de toplumsal çevresiyle kurduğu ilişkiler sonucu oluşan, bedensel ve zihinsel tepkilerle dışa vurulan karmaşık deneyimlerdir. Geleneksel psikolojik yaklaşımlarda duygular genellikle içsel, evrensel ve bireye özgü tepkiler olarak ele alınmıştır. Örneğin Paul Ekman (1992), korku, öfke, sevinç, tiksinti, üzüntü, şaşkınlık gibi temel duyguların evrensel olduğunu savunmuş ve bunların yüz ifadeleriyle tanımlanabileceğini öne sürmüştür. Ancak bu yaklaşım, duyguların toplumsal bağlamlardan bağımsız, evrensel bir doğaya sahip olduğunu varsayarak kültürel ve tarihsel boyutları arka plana itme riski yaratmaktadır. Sosyolojik açıdan ise duygular, yalnızca bireysel tepkiler değil, aynı zamanda toplumsal olarak inşa edilen, normlara ve değerlere göre şekillenen pratiklerdir. Duygu sosyolojisinin önemli kuramcılarından Arlie Hochschild, duyguları “*toplumsal olarak öğrenilen ve düzenlenen deneyimler*” olarak tanımlamaktadır ve “*duygulanım emeği*” kavramı üzerinden duyguların nasıl iş gücüne dönüştüğünü analiz etmiştir (Hochschild, 2012). Ona göre bireyler, özellikle hizmet sektöründe, kurumsal beklentilere uygun duygu göstermeye zorlanmakta ve bu da duyguların bir tür performansla dönüşmesine neden olmaktadır. Erving Goffman (1990) da gündelik yaşamda bireylerin toplumsal rollere uygun olarak duygularını nasıl yönettiklerini dramaturjik bir yaklaşımla açıklamıştır. Ona göre duygular, toplumsal beklentilere göre düzenlenen ve sahnelenen rol performanslarının bir parçasıdır. Böylece “*doğal*” olarak görülen duygular, aslında toplumsal kurallarla biçimlendirilmiş birer sunum olmaktadır. Michel Foucault’da ise duyguların düzenlenişini beden ve iktidar ilişkileri üzerinden çıkarmak mümkündür. Ona göre modern toplumlarda iktidar, bedenler üzerindeki denetimini tıbbi bilgi, psikiyatrik söylem ve normatif duygulanım biçimleri aracılığıyla kurmaktadır (Foucault, 2003). Bu bağlamda duygular, bireylerin içselleştirdiği bir gözetim mekanizması olarak işlev görmektedir. Gramsci’nin hegemonya kuramı da duyguların ideolojik biçimde yönetilmesini anlamak açısından önemlidir. Gramsci’ye (2010) göre egemen sınıflar yalnızca ekonomik ve siyasi araçlarla değil, aynı zamanda kültürel ve duygusal

hegemonya aracılığıyla da iktidarlarını sürdürmektedirler. Bu bağlamda bireyin hangi duyguları hissetmesinin “*uygun*” olduğu, hangi duyguların “*anormal*” ya da “*hastalıklı*” sayılacağı hegemonik bir yapı tarafından belirlenmektedir. Richard Sennett ise duyguların modern kapitalist toplumda nasıl yıpratıldığını tartışır. “*Karakter Aşınması*” adlı eserinde, sürekli rekabet, bireysel sorumluluk ve performans baskısının bireyleri yüzeysel, kırılgan ve bağ kurmakta zorlanan varlıklara dönüştürdüğünü ileri sürer (Sennett, 2017). Bu durum, bireylerin iç dünyasını ve duygusal dayanıklılığını aşındırırken, *duyguların tıbbileştirilmesi* sürecini de hızlandırmaktadır. Gündelik hayat sosyolojisi bağlamında Agnes Heller (2005), duyguların bireyin toplumsal ilişkileri içindeki konumuna göre şekillendiğini, yani hem kültürel hem sınıfsal kodlara bağlı olduğunu savunur. Bu bağlamda duygular yalnızca bireysel değil, aynı zamanda kolektif bilinç ve toplumsal yapıyla iç içe geçmiş deneyimlerdir. Sonuç olarak duygular, biyolojik birer refleks olmaktan ziyade, toplumsal olarak öğrenilen, kültürel normlarla biçimlenen ve iktidar ilişkileriyle şekillenen çok katmanlı yapılardır. Bu nedenle duyguların tıbbileştirilmesi süreci yalnızca bireysel ruhsal durumları değil, aynı zamanda toplumsal düzenlemeleri ve ideolojik yapıları da içerir.

2.1.1. Orta Çağ: Teolojik, Ahlaki, Metafizik Temel

Orta Çağ'da duyguların algılanışı, modern anlamda psikoloji ya da duygu bilimi çerçevesinde değil, daha çok teolojik, ahlaki ve metafizik temeller üzerinden şekillenmiştir. Bu dönemde duygular, ruhun durumunu ve Tanrı ile olan ilişkiyi yansıtan fenomenler olarak değerlendirilmiştir. İnsan doğası, “günahkâr” ya da “erdemli” olma vasfına göre değerlendirilirken, duygular da bu ahlaki çerçevede anlamlandırılmıştır.

Aziz Augustinus (MS. 354–430), Orta Çağ'ın duygu anlayışını şekillendiren önemli düşünürlerden biri olmaktadır. Ona göre duygular, Tanrı'ya duyulan sevgiye yöneltilmediğinde yozlaşmakta ve insanı günaha sürüklemektedir. Augustinus'un “*İtirafılar (Confessiones)*” adlı eserinde sıkça görülen bu yaklaşım, duyguların kontrol altına alınması gereken birer içsel tehlike olduğu fikrine dayanmaktadır (Augustinus, 2012). Bu anlayışa göre, melankoli gibi ruhsal durumlar, bir zihinsel bozukluk değil, ruhun Tanrı'dan uzaklaşması anlamlarını da taşıyabilmektedir.

Orta Çağ tıbbında Antik Yunan'dan miras kalan dört hılt kuramı (kan, sarı safra, kara safra ve balgam)nın da etkisini görebiliriz. Bu kuram, Orta Çağ İslam ve Hristiyan tıbbında, özellikle Galen ve onun etkisindeki hekimler tarafından yorumlanarak ruhsal durumların fizyolojik nedenlerle açıklanmasına imkân tanımıştır. Özellikle Galen'in teorilerinden etkilenen İbn Sina, melankoliyi “*kara safranın fazlalığı*” ile açıklamış ve bunu hem fiziksel hem de ruhsal

bir dengesizlik olarak ele almıştır (Sina, 2005). Ona göre melankoli, yalnızca bir hastalık değil, aynı zamanda bireyin düşünsel üretkenliğini de etkileyebilecek bir hal olarak tanımlanmaktadır.

İslam felsefesinde ise duygu, genellikle akıl ve nefis ile ele alınır. Farabi, insan ruhunu “nefs” olarak tanımlar ve onun erdemli hale gelmesinde aklın duygular üzerindeki hâkimiyetinin önemine işaret eder. Gazali ise duyguların ahlaki yönüne vurgu yaparak öfke, kibir, haset gibi duyguları "*nefsin hastalıkları*" olarak görür ve tasavvufî anlamda "*arındırılması gereken yönler*" olarak tanımlar (Gazali, 2004). Bu anlayışa göre duygular, eğer nefsin denetimindeyse bireyi kötülüğe sürüklemekte ancak aklın ve kalbin denetiminde ise bireyin ruhsal olgunluğa erişmesini sağlamaktadır.

Orta Çağ'da duyguların nasıl yaşanacağı sadece bireyin iç dünyasına bırakılmamış; kilise ve dini otoriteler, insanların hangi duyguları ne şekilde deneyimleyebileceğini de düzenlemiştir. Örneğin, suçluluk duygusu, kilise tarafından sıkça kullanılan bir denetim aracı olarak karşımıza çıkmaktadır. Günah çıkarma pratiği hem bir ruhsal temizlik ritüeli hem de duyguların kontrol altında tutulmasını sağlayan kurumsal bir yapı olarak okunabilmektedir (Foucault, 2003). Bu dönemdeki ruh sağlığı anlayışı, bugünkü anlamıyla psikiyatrik bir sınıflamadan çok, kişinin ilahi düzene uygunluğu üzerinden değerlendirilmiştir. Duygular ise bu uygunluğun bir göstergesi ya da sapması olarak görülmüştür. *Melankoli*, *histeri*, *öfke* ya da *sevgi* gibi duygular, ruhun ya hastalıklı ya da erdemli durumlarını temsil eder biçimde tanımlanmış; örneğin melankoli "Tanrı'dan uzaklaşma" şeklinde kodlanmışken sevgi ise “ilahi bağlanma” olarak anlamlandırılmıştır.

2.1.2. Modern Çağ: Duyguların Rasyonelleştirilmesi

Erken modern dönemle birlikte Batı düşüncesinde duygulara dair köklü bir dönüşüm yaşanmış, Orta Çağ tanrısal düzene ve ruhun içsel durumlarına referansla anlamlandırılan duygular, artık insan aklı ve toplumsal düzenin kontrolü doğrultusunda yeniden yorumlanmaya başlamıştır. Bu dönüşüm, özellikle Aydınlanma düşüncesinin birey, akıl ve rasyonaliteye verdiği öncelikle belirginlik kazanmaktadır. Bu çerçevede duygular, düzenlenmesi, sınıflandırılması ve kontrol altına alınması gereken irrasyonel/akıldışı kuvvetler olarak görülmeye başlanmıştır (Elias, 1994). Norbert Elias'ın "*Uygarlık Süreci(1994)*" adlı eserinde belirttiği üzere, modern bireyin duygularını kontrol altında tutma becerisi, toplumsal olarak içselleştirilmiş bir disiplin mekanizmasına dönüşmüştür. Elias'a göre Batı toplumlarında birey, feodal dönemden moderniteye geçişle birlikte duygu yönetimini öğrenmiş, bu yönetim ise beden kontrolü ve duyguların bastırılması ile sağlanmıştır (Elias, 1994). Bu dönüşüm aynı zamanda gündelik yaşamda utanç, suçluluk ve nezaket gibi duyguların bireysel davranışları

düzenlemede içselleştirilmiş normlar haline gelmesini de beraberinde getirmiştir. Bu dönemde Descartes'ın “*Duygular Ya da Ruh Halleri*” adlı eseri, duyguların insan bedeniyle ilişkisini mekanik bir zemine oturtmaktadır. Duygular, ruhun bedene etkisiyle açıklanırken, onları yönetme yolları da aklın rehberliğinde tanımlanmaktadır (Descartes, 2015). Böylece duygular hem biyolojik hem zihinsel olarak denetlenmesi gereken fenomenler haline gelmiş; akıl ise duygular üzerinde egemenlik kuran yegâne güç olarak kutsanmıştır. Max Weber'in modernleşme çözümlerinde de benzer biçimde, duyguların rasyonelleştirilmesi süreci vurgulanmakta, modern bürokratik düzen, duyguya değil hesaplanabilirliğe dayandırılmaktadır. Bu durum bireylerin duygusal kararlarını dahi araçsal akılla şekillendirmelerine neden olmaktadır (Weber, 2017). *Aşk, öfke, korku* ya da *umut* gibi duygular artık toplumsal sistem içerisinde verimlilik, performans ve fayda kategorileri üzerinden değerlendirilir hale gelmektedir. Bu bağlamda duyguların rasyonelleştirilmesi, sadece bireysel değil, kurumsal düzeyde de gerçekleşmiş; eğitim, iş hayatı ve sağlık gibi alanlarda duyguların “*yerinde*” ve “*kontrollü*” ifadesi teşvik edilmiştir. Örneğin Arlie Hochschild'in “*duygusal emek*” kavramı, özellikle hizmet sektöründe çalışan bireylerin duygularını, işin gerektirdiği şekilde düzenlemelerini analiz etmektedir (Hochschild, 2012). Bu da duyguların modern toplumda işlevsel hale getirilmesi ve performans odaklı bir bağlamda yeniden şekillendirilmesi anlamını taşımaktadır.

Tüm bu gelişmeler ışığında denebilir ki modernite duyguları irrasyonellikten arındırılmış, hesaplanabilir ve yönetilebilir süreçler olarak görmüş ve böylece onları bireysel özelliğın dışına, toplumsal denetimin içine yerleştirmiştir. Bu süreç, bireylerin duygularını yalnızca toplumsal beklentilere uygun biçimde yönetmelerini değil, aynı zamanda kendi iç dünyalarını gözlemleme ve analiz etme gerekliliğini de gündeme getirmiştir. İşte bu noktada, hümanist düşüncenin yükselişi ve bireycilik anlayışının güçlenmesi, duyguların sadece sosyal değil, aynı zamanda psikolojik bir boyut kazanmasına yol açmıştır. Birey artık kendi içsel deneyimlerini anlamlandırmak ve yönetmekle yükümlü bir varlık olarak ortaya çıkarken, duygular da psikolojik olarak sınıflandırılabilir ve değerlendirilebilir hale gelmiştir. Bu çerçevede, modern bireyin duygusal dünyasının hümanizm ve bireycilik ekseninde psikolojikleştirilmesi kaçınılmaz bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.1.3. Hümanizm, Bireycilik ve Duyguların Psikolojikleştirilmesi

Hümanizm, özellikle Rönesans döneminden itibaren şekillenen, insanı evrenin merkezi olarak konumlandıran bir düşünce biçimidir. Hümanizmin temelinde, insanın akıl, irade ve ahlaki kapasite bakımından diğer canlılardan ayrıldığı ve bu nedenle özel bir konuma sahip

olduğu düşüncesi yatmaktadır. Bu düşünce, Orta Çağ'ın dinsel-dogmatik baskısına karşı bir özgürlük alanı yaratmış; bireyi Tanrı'nın gölgesi değil, akli ve duyarlılığıyla kendi hayatının öznesi olarak konumlandırmıştır. Bu yönüyle hümanizm, bireyin değerini artırmış, özgürlük, özerklik ve kişisel gelişim gibi kavramların temelini atmıştır. Aynı zamanda modern demokrasilerin, insan haklarının ve bilimsel ilerlemenin de entelektüel altyapısını oluşturmuştur. Duygular, bu süreçte doğallığın ve içsel hakikatin ifadesi olarak idealize edilmiş, sanat, edebiyat ve felsefe aracılığıyla yüceltilmiştir.

Modern Batı düşüncesi içinde hümanizm ve bireycilik, insanın merkezde olduğu, rasyonel, özerk ve bilinçli bir özne olarak kavranmasını teşvik eden temel akımlardan olması sebebiyle bu düşünsel yönelim, sadece siyasal ve etik alanlarda değil, duyguların anlaşılma biçimlerinde de derin bir dönüşüm yaratmıştır. Hümanizmle birlikte insan hem değerlerin hem de anlamların üreticisi olarak konumlanırken, bireycilik de bu öznenin iç dünyasını, kararlarını ve duygularını bireysel iradeye dayandırmıştır. Bu gelişmelerle birlikte duygular, toplumsal ve tarihsel bağlamlarından kopararak bireysel iç yaşantılar olarak ele alınmaya başlanmış; böylece duyguların anlamı giderek *psikolojikleştirilmiştir*. Duyguların psikolojik süreçlere indirgenmesi, onların bireysel patolojiler veya iyilik halleriyle ilişkilendirilmesine yol açmış, böylece sosyal nedenleri göz ardı edilen, bireyin ruhsal alanına hapsedilen bir duygu anlayışı ortaya çıkmıştır (Illouz, 2007).

Hümanizm, öznenin iç dünyasını biricik, özgün ve anlamlı kılar gözükmektedir fakat bu içsellik vurgusu zamanla duyguların sadece bireyin içsel deneyimleri olduğuna dair güçlü bir yanılsamaya dönüşmüştür. Bu, özellikle Rönesans ve Aydınlanma dönemlerinden itibaren bireyin iç yaşamına odaklanan sanat, felsefe ve edebiyatla daha da pekişmiştir. 20. yüzyılda ise duyguların psikolojikleştirilmesi olgusu kurumsallaşarak daha sistematik hale gelmiş; psikoloji ve özellikle klinik psikoloji, duyguları bireysel sağlık göstergeleri olarak değerlendirmeye başlamış; *depresyon*, *anksiyete*, *öfke* gibi duyguların tıbbi kategoriler içinde yeniden tarif edildiği görülmüştür. Rose, bu süreci "*psikolojik bireyliğin icadı*" olarak tanımlamaktadır. Rose'a göre birey, duygularını uzman denetiminde yönetmesi gereken bir varlık olarak inşa edilmiştir (Rose, 1998). Bu dönüşüm aynı zamanda bireysel sorumluluğun da artmasına neden olmakta veya bireysel sorumluluk alanının sınırlarının bulanık bir biçimde genişlemesine neden olmaktadır. Artık kişi üzgün, kaygılı ya da mutsuz olduğunda bunu dışsal koşullardan çok, kendi içsel düzeniyle açıklamakla yükümlüdür. Bu durum Sennett'in belirttiği gibi "*karakterin aşınması*"na neden olmakta; birey, duygularını özgürce ifade edememekte, normatif olarak "*iyi hissetme*" beklentisiyle bastırılabilir (Sennett, 2003).

20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren, hümanizmin bu merkezî insan anlayışı çeşitli düşünürler tarafından eleştirilmeye başlanmıştır. Bu eleştiriler özellikle insan türünün doğa üzerindeki tahakkümünü meşrulaştırması, diğer türleri dışlayıcı bir üstünlük söylemine dayanması ve bireyi doğayla, teknolojiyle ve diğer canlılarla olan karşılıklı ilişkisel varoluşundan koparması yönünde yoğunlaşmıştır. Bu noktada Donna Haraway, hümanizmin "*insanı merkeze alan ve doğanın geri kalanını yönetilecek bir kaynak olarak gören*" yaklaşımını radikal biçimde sorgulayan önemli düşünürlerden biridir. Haraway, "*Siborg Manifestosu* (1991)" adlı metninde, modern hümanizmin insanı diğer türlerden ve makinelerden keskin sınırlarla ayırarak "*üstün*" ve "*özerk*" bir varlık olarak inşa ettiğini savunmaktadır. Oysa günümüzde insan, biyoteknoloji, dijitalleşme ve çevresel krizler gibi çok katmanlı bir gerçeklik içinde var olmaktadır. Haraway, bu nedenle insanın doğa ve teknolojiyle iç içe geçmişliğini vurgular ve post-hümanist bir etik çağrısında bulunur. Bu yaklaşım, duyguların da sadece insanlara özgü, bireysel içsel süreçler olarak değil; hayvanlar, makineler ve çevresel koşullarla karşılıklı ilişkiler içinde oluşan dinamik varlıklar olarak değerlendirilmesini de önermektedir.

Hümanist bireycilik, başlangıçta bireyin baskıcı yapılardan özgürleşmesini sağlarken, zamanla bu özgürlük anlayışı toplumsal sorumluluktan ve ortak faydadan kopmuş bir bireysellik haline gelmiştir. Bu, neo-liberal bireycilik biçiminde tezahür ederek, bireyin her şeyin ölçüsü olduğu, kendi duygularından, performansından ve başarısından yalnızca kendisinin sorumlu olduğu bir "*öz-yeterlik kültürü*" yaratmıştır. Eva Illouz, bu kültürün duygular üzerindeki etkilerini analiz ederken, duyguların da piyasalaştığını ve bireyin duygusal refahının kendi çabalarıyla optimize etmesi gereken bir tür yatırım alanına dönüştüğünü belirtmiştir (Illouz, 2007). Bu gelişmeler, bir yandan bireyin otonomisini artırırken, diğer yandan onu yalnızlaştırmakta, sürekli bir performans ve mutluluk baskısı altına sokmaktadır. Sözde özgür birey, bu kez kendi içsel dünyasının yöneticisi olmaya zorlanmakta; duygusal yaşantısı psikolojik, ekonomik ve etik bir öz-denetim rejimi altında normatifleşmektedir. Böylece hümanizmin sunduğu "*özgür birey*" fikri, günümüzde bir *hiper kontrol öznesine* dönüşmüştür. Ayrıca Gramsci'nin "*hegemonya*" kavramı çerçevesinde değerlendirildiğinde, hümanizmin bireysel duygulara yaptığı vurgu, toplumsal olanı görünmezleştirerek mevcut ideolojik yapının yeniden üretimine hizmet eder hale gelir. Birey, mutsuzluk, kaygı, öfke gibi duyguları sosyal bağlamda değil, bireysel bir sorun olarak görmeye eğilimlidir; bu da kolektif duygu biçimlerinin bastırılmasına ve sosyal eleştirinin zayıflamasına neden olabilmektedir. Dolayısıyla günümüz dünyasında duyguların sadece bireyin iç dünyasına ait değil; toplumsal, kültürel ve ekolojik bağlamlarda şekillendiği; insanın da doğa, teknoloji ve diğer türlerle sürekli

bir etkileşim içinde olduğu bir anlayış hem etik hem de toplumsal açıdan yeni bir zemin sunabilme potansiyeli taşımaktadır.

2.1.4. Postmodern Çağ: Duyguların Göreceliği

Hümanist düşünce ve bireycilik ekseninde, duyguların psikolojik olarak analiz edilmesi ve bireyin iç dünyasına odaklanması, modern çağın ‘evrensel insan’ idealini beslemiştir (Taylor, 1998; Giddens, 1991). Ancak postmodern çağ, bu evrensel ve sabit insan tasavvurunu sorgulamış; bireysel deneyimlerin çeşitliliğini ve toplumsal bağlamın duygular üzerindeki etkilerini ön plana çıkarmıştır (Bauman, 2000) Artık duygular, yalnızca bireyin içsel dünyasının bir ürünü olarak değil, kültürel, toplumsal ve tarihsel koşullara göre şekillenen göreceli ve çok katmanlı bir olgu olarak anlaşılmaktadır (Illouz, 2007). Böylece modernin evrensel rasyonel duygusu, postmodern perspektife göreceli, çoğulcu ve bağlamsal bir anlayışla yeniden ele alınmaktadır.

Duyguların tıpkı kimlik, aidiyet ve hakikat gibi sabitliğini kaybetmiş; göreceli, değişken ve bağlama duyarlı bir nitelik kazandığı postmodern çağdaki bu dönüşüm, özellikle modernitenin büyük anlatılarının çözülmesiyle yakından ilişkilidir. Bauman’ın tanımıyla postmodernite, *akışkan modernite*dir; yani tüm ilişkiler, kurumlar ve değerler gibi duygular da artık kalıcılığını yitirmiş ve akışkan bir nitelik kazanmıştır (Bauman, 2003). Artık bireyler, kendilerine ait, tekil ve geçici duygusal deneyimler içinde yaşamakta; duygular toplumsal normlara göre değil, kişisel tercihlere ve bağlamsal ihtiyaçlara göre şekillenir gözükmektedir.

Duygu sosyolojisi, duyguların yalnızca bireysel ve içsel tepkiler değil, toplumsal bağlamda inşa edilen, öğrenilen ve performe edilen süreçler olduğunu ortaya koyması açısından duyguların toplumsal olarak nasıl değiştirme ve dönüştürme gücü olabildiğini odak noktasına alan bir alt disiplin olarak karşımıza çıkmaktadır (Barbalet, 2001; Illouz, 2007). Bu yaklaşıma göre, duygular da tıpkı kültürel normlar gibi tarihsel, toplumsal ve sınıfsal koşullarla belirlenmektedir. Postmodern çağda ise bu toplumsal belirleyicilik gevşemekte; bireyler duygularını daha çok kişisel deneyim, öznel anlam ve bireysel tatmin üzerinden anlamlandırma eğilimde olmaktadır. Bauman, postmodern bireyin “*bireyselleşmiş toplum*”da duygularını kendi sorumluluğu altında taşıdığını ve artık bu duyguların sosyal anlamlar değil, kişisel tercihler ve tüketim pratikleri aracılığıyla ifade bulduğunu belirtmektedir. Özellikle yakın ilişkilerdeki aşk, bağlılık, dostluk gibi duygular buharlaşan bağlara dönüşür. Bauman’a göre duygular artık “*cep boyu ilişkiler*” gibi kullan-at mantığıyla yaşanmakta, bağlanma korkusuyla kısa süreli deneyimlere indirgenmektedir (Bauman, 2005). Bu bağlamda postmodern çağın temel özelliklerinden biri olan hazcılık ve anlık tatmin arayışı, duyguların deneyimlenme

biçimini kökten değiştirmiştir. Featherstone'a göre, tüketim toplumu bireyi sürekli yenilik, stil ve heyecan arayışıyla yönlendirmekte, bu da duyguların performatif bir hale gelmesine yol açmaktadır (Featherstone, 1991). Duygular artık içten gelen deneyimler olmaktan çok, görsel olarak sunulan ve sosyal medyada dolaşıma sokulan “gösteriler” halini almıştır. Bu sürecin sonucunda birey, özne olarak biricik, ancak aynı zamanda yeni normlara boyun eğen bir yapı içinde konumlanır. Anthony Giddens, modernliğin geç dönemlerinde bireyin “refleksif özne” haline geldiğini ve yaşam hikayesini kendi eliyle yazmakla yükümlü olduğunu vurgular (Giddens, 1991). Ancak bu özgürlük aynı zamanda bireyi bir tür kaygı üretimiyle baş başa bırakmaktadır. Hangi duygunun gerçek, hangisinin sahte olduğu; neyin hissettirilmesi, neyin saklanması gerektiği sorusu, birey için sürekli bir iç sorgulama haline gelmektedir.

Postmodern çağda duyguların bu göreceliği, sadece bireyin iç dünyasını değil, kamusal alanı da dönüştürmektedir. Hochschild, duyguların neoliberal düzende nasıl “duygusal emek”e dönüştüğünü ortaya koyarak, bireyin duygularını bile piyasa mantığına göre düzenlediğini savunmaktadır. Özellikle kadınların iş dünyasında sergilemek zorunda kaldığı “zorunlu gülümsemeler” veya “müşteri memnuniyeti için bastırılan öfke” gibi pratikler, duyguların ne kadar biçimlendirilebilir hale geldiğini gözler önüne sermektedir (Hochschild, 2012). Sonuç olarak, postmodern çağda duyguların göreceliği, bireylerin duygusal deneyimlerini tekil, bağlamsal ve geçici biçimde yaşamalarına neden olmaktadır. Duygular, sabit anlamların değil, öznel yorumların ve performansların konusu haline gelmiştir. Bu durum hem bireysel özerkliği artırmakta hem de bireyleri yeni bir normatif çerçeveye, yani “duyguların da özelleştirilmesine” ve “kişisel sermaye” olarak kullanılmasına mecbur bırakmaktadır.

2.2. Duygusal Hastalık Kavramı

Tarihsel süreçte duygular yalnızca bireysel deneyimler değil, aynı zamanda toplumsal ve kültürel değer yargıları doğrultusunda şekillenen anlam alanları olmuştur. Her dönemin hâkim inanç sistemleri, otoriteleri ve bilgi rejimleri, hangi duyguların erdemli ya da tehlikeli, makbul ya da bastırılması gereken sayıldığını belirlemiştir. Sevgi, sadakat, sabır gibi duygular yüceltilirken; öfke, hırs, keder gibi duygular çoğu zaman kontrol edilmesi gereken olumsuzluklar olarak kodlanmıştır. Bu yönüyle duygular, yalnızca bireyin iç dünyasına ait deneyimler değil, aynı zamanda toplumsal normların taşıyıcısı ve yeniden üreticisidir. Dolayısıyla duyguların ne zaman, nerede, ne şekilde yaşanacağına dair görünmez sınırlar çizilmiş; bu sınırları aşan duygular zamanla “anormal”, “aşırı” ya da “sağlıksız” olarak tanımlanmıştır. İşte bu normatif çerçeve, duyguların yalnızca yaşanan bir durum değil, aynı

zamanda sınıflandırılan, denetlenen ve kimi zaman da hastalık olarak tanımlanan olgular haline gelmesinin zeminini hazırlamıştır.

Duygusal hastalıklar, modern psikiyatri literatüründe genellikle “*duygudurum bozuklukları (mood disorders)*” başlığı altında incelenmektedir. Depresyon, anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluk gibi tanılar bu kapsama girmektedir. Bu rahatsızlıklar, bireyin günlük işlevselliğini ve yaşam kalitesini etkileyen yoğun duygusal deneyimlerle karakterize edilir. Psikiyatri alanında, bu tür bozukluklar genellikle biyopsikososyal model temelinde açıklanmakta: bireyin genetik yatkınlıklarının, nörotransmitter dengesizliklerinin, çevresel stres faktörleri ve yaşam olaylarının duygusal rahatsızlıkların ortaya çıkmasında rol oynadığı ileri sürülmektedir (Kaplan vd., 2007). Ancak sosyoloji, duygusal hastalıkların yalnızca bireysel patolojiler olarak değil, aynı zamanda toplumsal yapıların ve kültürel normların ürünü olarak da değerlendirilmesinin önünü açmaktadır. Özellikle eleştirel psikiyatri ve tıbbileştirme çalışmaları bağlamında duyguların hastalıklaştırılmasını, kapitalist toplumun bireyden beklediği duygusal performansa uyumsuzlukla ilişkilendirmek mümkün olmaktadır.

Michel Foucault’nun “*Deliliğin Tarihi (2003)*” adlı çalışmasında işaret ettiği gibi, modern çağla birlikte “*delilik*” ve “*akıl hastalığı*” kategorileri tarihsel ve toplumsal olarak yeniden tanımlanmış, sapma gösteren duygular ve davranışlar “*tedavi edilmesi gereken bozukluklar*” haline getirilmiştir. Foucault’ya göre psikiyatrik bilgi, bireyleri normalleştirme ve toplumsal düzeni sürdürme işlevi gören bir iktidar biçimi olarak karşımıza çıkmaktadır. Benzer şekilde Thomas Szasz (1961), radikal bir biçimde “*akıl hastalığı*” kavramının bir metafor olduğunu söyleyerek aslında psikiyatrik tanıların çoğunun herhangi bir biyolojik patolojiye dayanmadığını ve bu nedenle gerçek anlamda “*hastalık*” sayılamayacağını ileri sürer. Ona göre psikiyatri, bireysel sorunları toplumsal bağlamından kopararak bireysel bir patolojiye indirgemektedir. Allan Horwitz ve Jerome Wakefield da “*The Loss of Sadness*” adlı eserlerinde benzer biçimde, modern depresyon tanısının sıradan üzüntü ve keder deneyimlerini hastalıklaştırdığını savunmaktadır. Bu bağlamda birçok “*duygusal hastalık*”, bireyin yaşadığı toplumsal adaletsizlik, yalnızlık, işsizlik ya da kayıpların doğal birer sonucu iken, klinikleşmiş bir dil aracılığıyla “*tedavi edilmesi gereken*” kişisel sorunlara dönüştürülmektedir (Wakefield vd., 2007). Öte yandan sosyolog Eva Illouz, duyguların bireysel deneyimler değil, kültürel olarak inşa edilmiş sosyal formlar olduğunu belirtmektedir. Ona göre kapitalizm, bireyin iç dünyasını “*duygusal yatırım*” ve “*psikolojik refah*” alanı olarak kodlamış; bu da “*psikolojik özne*”nin doğmasına neden olmuştur (Illouz, 2007). Böylece birey, mutsuzluk ya da huzursuzluk gibi hisleri, politik ya da yapısal sorunların değil, kendi kişisel eksikliklerinin sonucu olarak algılamaya başlamaktadır. Bu bağlamda duygusal hastalık, yalnızca tıbbi bir

kategori değil, aynı zamanda kültürel ve toplumsal bir normatif yargıdır. Üzülmek ne zaman “normal”, ne zaman ise “depresyon” olarak kabul edilmektedir. Kaygı hangi ölçüde “anlaşılabilir” ve ne zaman “bozukluk” sayılmaktadır? Bu sorular yalnızca tıbbi değil, aynı zamanda sosyolojik temelleri de içermektedir. Arthur Kleinman gibi medikal antropologlar da farklı kültürlerde “hastalık” ile “rahatsızlık” ayrımına dikkat çekmektedirler. Batı tıbbı, duygusal rahatsızlıkları bireyin zihinsel işleyişine indirgerken; başka kültürel bağlamlarda bu tür duygusal durumlar ruhani krizler, ailevi uyumsuzluklar ya da sosyal bozulmanın işareti olarak görülebilmektedir (Kleinman, 1988). Böylelikle duygusal hastalık kavramı, yalnızca bir psikiyatrik sınıflandırma değil; aynı zamanda duyguların nasıl anlaşılması, ifade edilmesi ve düzenlenmesi gerektiğine dair kültürel ve toplumsal normların ve inşasının yansımasıdır. Bu nedenle duygusal hastalıkların çözümü de sadece bireysel psikoterapi ya da ilaç tedavisiyle değil; toplumsal eşitsizliklerin, yalnızlaştırıcı yaşam biçimlerinin ve bireyin anlam üretme çabalarının anlaşılmasıyla mümkün olabilmektedir.

2.3. Psikiyatri ve Duyguların Biyolojik Dayanakları

Duyguların biyolojik temelleri, özellikle nörobilimsel araştırmalar sayesinde daha sistematik ve teknik bir çerçevede ele alınmaya başlanmıştır. Nörobilim, duyguların yalnızca davranışsal ifadeler değil, aynı zamanda beyin temelli fizyolojik süreçler olduğunu öne sürmektedir. Bu bağlamda duygular, belirli beyin bölgelerinde işlenen, çeşitli nörotransmitterler aracılığıyla düzenlenen ve bedensel tepkilerle dışa vurulan bir bütüncül sinirsel deneyim olarak tanımlanır. Duyguların işlenmesinde temel rol oynayan yapılar arasında limbik sistem, özellikle amigdala, hipokampus ve prefrontal korteks ön plana çıkar. Amigdala, özellikle korku ve öfke gibi hayatta kalma temelli duyguların hızlı işlenmesinden sorumludur (LeDoux, 1996). Hipokampus ise duygularla ilişkili anıların depolanmasında görev alır. Prefrontal korteks ise daha çok duygusal düzenleme, sosyal karar alma ve empati gibi üst düzey bilişsel işlemlerle ilişkilidir (Davidson vd., 1999). Nörotransmitter düzeyinde ise başta serotonin, dopamin, oksitosin ve norepinefrin gibi kimyasallar duyguların deneyimlenmesinde belirleyicidir. Örneğin dopamin, haz, ödül ve motivasyon sistemlerinde kritik rol oynarken, serotonin eksikliği genellikle *anksiyete* ve *depresyon* ile ilişkilendirilir. Oksitosin ise bağ kurma, güven duygusu ve sosyal ilişkilerdeki samimiyetle ilişkilendirilmektedir (Young vd., 2004).

Son yıllarda yapılan işlevsel beyin görüntüleme çalışmaları (örneğin fMRI) sayesinde, farklı duyguların spesifik beyin bölgelerinde nasıl aktive olduğu daha net anlaşılmıştır. Bu bulgular, özellikle psikiyatride tanı koyma süreçlerine ve ilaç geliştirmeye dair veriler olarak

işlenmekte ve insan duyguları bağlamında biyomedikal bir yöntem olarak biyolojik indirgemeciliğe zemin oluşturmaktadır.

Modern psikiyatri, duyguların özellikle beyin kimyası ve nörobiyolojik işlevlerle açıklanabileceği varsayımına dayanır. Bu çerçevede, serotonin, dopamin ve noradrenalin gibi nörotransmitterlerin düzeylerindeki dengesizlikler, depresyon, anksiyete bozuklukları ve benzeri duygudurum bozukluklarının temel biyolojik nedenleri olarak görülmektedir (Andreasen, 2001). Bu yaklaşım, bireyin yaşadığı duygusal dalgalanmaları yalnızca biyolojik bir arıza olarak konumlandırarak, toplumsal bağlamı dışarda bırakma eğilimindedir. Bu biyolojik indirgemecilik, özellikle *mutsuzluk* ve *üzüntü* gibi duyguların "*bozukluk*" olarak tanımlanmasında kendini göstermektedir.

Mutsuzluğun tıbbileştirilmesi üzerine çalışan Christopher Lane (2007), Amerikan Psikiyatri Birliği'nin özellikle DSM-III ile birlikte duyguların norm dışı olarak kategorize edildiğini ve sosyal olarak kabul edilemez davranışların tıbbi etiketlere dönüştüğünü ifade eder. Lane'in çalışması, psikiyatrinin duyguları normatif hale getirme sürecinde nasıl bir iktidar aracı olarak kullanıldığını da gösterir. Bu bağlamda duygular yalnızca bireysel deneyimler değil, aynı zamanda sosyokültürel normlarla şekillenen ve anlam kazanan yapılar olarak karşımıza çıkmaktadır. Mutluhan İzmir (2022), modern psikiyatrinin duygudurum bozukluklarını neredeyse tamamen biyolojik bir temele indirgemesini sert biçimde eleştiren psikiyatri uzmanlarından biridir. "*Antidepresan Tuzağı*" adlı eserinde, özellikle depresyonun bir "*serotonin eksikliği hastalığı*" olarak sunulmasını, bilimsel dayanakları zayıf bir hipotez olarak değerlendirmekte ve bu biyolojik yaklaşımın ardında çoğunlukla ilaç endüstrisinin yönlendirmelerinin ve psikiyatrik otoritelerin güç kazanma arzusunun yattığını belirtmektedir (İzmir, 2022:14). İzmir'e göre, üzüntü, keder, anlamsızlık ya da bunalma gibi duyguların yaşamın doğal ve kaçınılmaz parçaları olduğuna dair insani bakış, yerini *kimyasal dengesizlik argümanlarına* bırakmıştır. Böylece insanlar kendi duygularının anlamlarını sorgulamak yerine, onları "kimyasal bir bozukluk" olarak görmeye başlamakta ve çözümü de "*ilaçlarda*" aramaktadırlar. Bu durum, bireylerin kendi öznel deneyimlerini tanıma, anlamlandırma ve dönüştürme kapasitelerinin köreltilmesine neden olmaktadır. İzmir'in eleştirisi yalnızca biyolojik indirgemeciliğe değil, aynı zamanda bunun bireysel ve toplumsal etkilerine de yöneliktir. Kendisinin de belirttiği gibi, bu tür tıbbileştirme süreçleri, bireylerin acılarını ve sıkıntılarını konuşarak, paylaşarak, anlamlandırarak değil; baskılayarak ve susturarak geçiştirmelerini öğütlemektedir (İzmir, 2022:33). Oysaki bu, yalnızca bireyin değil, toplumun da duygusal ve ahlaki dayanıklılığını zayıflatan bir yaklaşım olmaktadır. Bu içsel dengeleme yetisinin göz ardı edilerek bireylerin doğrudan ilaç kullanımına yönlendirilmesi hem

insanı pasifleştirmekte hem de biyolojik indirgemeciliği pekiştirmektedir. İzmir'in bu görüşü, bedeninin yalnızca bir arıza tespit ve onarım alanı değil, aynı zamanda kendi kendini regüle edebilen bir sistem olarak da değerlendirilmesi gerektiğini vurgular. Kitapta yer alan çarpıcı bir örnekte, geleneksel toplumlarda —örneğin değirmene su taşıyan bir köylünün yaşamında— mutluluk ve huzurun daha kolay bulunabileceği ima edilmektedir (İzmir,2022:28). Burada kastedilen, modern yaşamın sunduğu konfor ve teknolojik olanaklara rağmen bireyin anlamlı bir hayat inşa etme konusunda zorlandığıdır. Buna göre modern bireyin günümüzde karşı karşıya olduğu depresyon ve kaygı hallerinin çoğu, fiziksel veya kimyasal eksikliklerden ziyade, yaşamın anlamına dair varoluşsal bir boşluktan kaynaklanmaktadır. Bu nedenle, bireyin yalnızca eksilen serotoninine değil, aynı zamanda çevresiyle, doğayla, toplumla ve kendisiyle kurduğu ilişkilerin niteliğine de bakmak gerekmektedir. İşte tam da bu noktada modern insan, değer üreten bir varlık olmaktan çıkıp, haz arayışına ve uyum sağlama çabasına hapsolan birey haline gelmekte ve spor, diyet, kariyer, ilişkiler gibi diğer tüm yaşamsal aktiviteler artık bireyin hedeflerinden çok, sistematik başarı kriterlerine ve toplumsal beklentilerle bağlantılandırılarak ele alınmaktadır. Bu da bireyin özgün yöneliminin yerini, dışsal hedeflere göre biçimlenen bir uyum çabasına bırakmasına neden olmakta, hayatını yalnızca idame ettiren, ancak yön vermekte zorlanabilen birey, duygusal olarak tükenmişlik, yetersizlik ve kaygı gibi hislerle baş başa kalabilmektedir. Bu durum yalnızca psikiyatrik bir sorun değil; sosyolojik ve kültürel bir dönüşümün de bir sonucu olarak ele alınmalıdır. Modern bireyin anlam arayışını kaybetme eğilimiyle bunun yerine, serotonin seviyesini artırma hedefinin koyulması söz konusu olmaktadır. Oysa serotonin üretiminin en güçlü kaynağı, ilişki, sorumluluk ve anlamlı yaşamla bütünleşmiş bir hedef sistemidir (İzmir, 2022:45).

Her ne kadar nörobilimsel yaklaşımlar duyguların fizyolojik temellerini açığa çıkarmakta başarılı olsa da bu tür yaklaşımlar sıklıkla duyguların toplumsal, kültürel ve ilişkisel boyutlarını ihmal etme riski taşımaktadır. Psikiyatrik tanılarının tarihsel gelişiminde en dikkat çekici noktalardan biri, modern psikiyatrik bozuklukların büyük bir kısmının 19. yüzyılda popülerlik kazanan histeri ve nevrasteni gibi kapsayıcı tanılardan türemiş olmasıdır. Mutluhan İzmir (2022), bu dönüşümü bir tür “*kavram türetme süreci*” olarak nitelendirir (İzmir,2022:56). Ona göre, bugün DSM veya ICD içerisinde yer alan onlarca duygu durum bozukluğu, başlangıçta bu iki ana tanı altında birleştirilmiştir. Örneğin, depresyon, anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk, panik atak, fobiler, somatizasyon bozukluğu, kişilik bozuklukları gibi birçok güncel tanı, tarihsel süreçte önce *histeri* olarak etiketlenmiş, daha sonra bu geniş kategorinin alt bölünmeleri şeklinde ayrıştırılmıştır. Bu ayrıştırma süreci, yalnızca klinik

gözlemlere değil, aynı zamanda zamanın ahlaki değerlerine, toplumsal normlara ve cinsiyetçi kabullere dayalı olarak yapılmıştır.

Histeri, özellikle kadın bedeniyle ilişkilendirilmiş ve duyguların taşkınlığına ya da bastırılmış cinselliğe bağlanmıştır. 19. yüzyıl tıbbında, kadınların ruhsal çöküntüleri genellikle “*histerik doğalarına*” atfedilirken, erkeklerde görülen sinirsel çökmeler ise *nevrazeni* olarak tanımlanmıştır. Nevrazenik bireyler; genellikle entelektüel faaliyet içinde olan, kentli ve “*aşırı çalışan*” erkekler olarak betimlenmiş; böylece psikiyatrik tanılarının sınıfsal ve cinsiyetçi kodlarla şekillendiği bir çerçeve de oluşturulmuştur. Bu iki tanı, zamanla bilimsel yöntem adı altında parçalanarak sistematikleştirilmiş, böylece DSM gibi sınıflandırmalarda yer alan her bir bozukluk, bir nevi “*histeriden kopan organlar*” gibi değerlendirilmiştir (İzmir, 2022: 81). Bu sürecin sonunda, histeri gibi esnek ve kültürel olarak şekillenen bir tanı yerini, çok daha katı, sabit, biyolojik referanslara dayanan bozukluklar listesine bırakmıştır. Bu dönüşüm, psikiyatrik bilginin ilerlemesinden çok, “*duyguların sınıflandırılmasına yönelik tarihsel bir disiplinleme biçimi*” olarak değerlendirilebilmektedir. Psikiyatri biliminin tarihsel olarak histeri ve nevrazeniye anlamaya çalışırken, öznel deneyimi değil, daha çok davranışsal normları merkeze aldığı görülmektedir. Bunun devamında psikiyatrik tanılarının tarihsel gelişiminde önemli bir eşik olan histeri ve epilepsi ayrımı konusuna değinmek yerinde olacaktır. Ona göre, bu iki durumun başlangıçta sıklıkla birbiriyle karıştırılması, yalnızca klinik eksikliklerden değil, aynı zamanda psikiyatrik bilginin sınırlı kavrayış biçimlerinden kaynaklanmaktadır. Epilepsi, nörolojik bir durum olarak bugün beyin temelli açıklamalarla kolaylıkla tanınabilirken, histeri daha çok duygusal dışavurumlarla ve “nedeni belirsiz” davranışlarla ilişkilendirilmiştir. 19. yüzyıl ve 20. yüzyıl başlarında hekimlerin özellikle kadın hastalarda gözlemledikleri krizlerin epilepsiyle karıştırıldığını; bu nedenle de yanlış tedavi uygulamalarının oldukça yaygınlaştığını bilinmektedir. Ancak epilepsinin nörolojik alt yapısı hakkında bilgi derinleştikçe, histerik tepkilerin beyindeki elektriksel boşalmalardan değil, psikososyal ve kültürel nedenlerle şekillenen duygusal süreçlerden kaynaklandığı daha net biçimde anlaşılmıştır. İzmir (2022), bu farkındalığı bir tür “epistemolojik kopuş” olarak tanımlar; zira bu noktadan itibaren histeri, sadece tıbbî değil, aynı zamanda sosyolojik, kültürel ve hatta politik bir mesele hâline gelir. Peki, histeri neden özellikle 19. yüzyıl sonu ve 20. yüzyıl başlarında bu kadar yaygın görülmektedir? Bu soruları birden fazla başlıkla irdelemek mümkündür. İlk sebebini toplumsal cinsiyet rolleri oluşturmaktadır. Kadınlara yönelik toplumsal beklentilerin son derece katı olduğu bu dönemde, histeri, kadınların ruhsal çöküntülerini ifade edebilecekleri yegâne kanallardan biri olmaktadır. Kadınlar, duygusal patlamaları veya kontrolsüz tepkileriyle bastırılmışlığın dilini ortaya koymaktaydılar. Bu nedenle histerinin, aslında bir “direniş formu”

olarak okunması da mümkündür. İkinci sebep olarak tıbbın bilimselleşme süreci gösterilebilmektedir. Hekimler için histeri, hâlen açıklanamayan semptomları tanımlamak için “*kullanışlı*” bir kategori hâline gelmişti. Psikiyatrik sınıflandırmaların henüz sistematize edilmediği bu dönemde, histeri neredeyse bir “*çöp kutusu tanısı*” işlevi görüyordu. Üçüncü sebep olarak kentleşme ve modern yaşamın yükü ele alınabilmektedir. Zira histerinin yaygınlığı, aynı zamanda dönemin hızlı toplumsal dönüşümleriyle de ilişkilidir. Özellikle kadınlar için artan görünürlük, yeni sorumluluklar ve özgürlük arayışı, beden dili üzerinden ifade bulan yeni duygusal biçimlerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. İzmir’in (2022) değerlendirmesine göre, histeri bu dönemde yalnızca bir hastalık değil, aynı zamanda dönemin kültürel ruh halinin bir ifadesi hâline gelmiştir. Kadın bedeni üzerinden okunması ise, histeriyi tıbbi olmaktan çok, cinsiyetlendirilmiş bir toplumsal kod olarak da yorumlamayı zorunlu kılmaktadır.

DSM’nin ilk versiyonu (DSM-I), Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 1952 yılında yayımlanmıştır. Bu versiyonun esasen II. Dünya Savaşı sonrası Amerikan askerlerinin psikolojik problemlerini sınıflandırmak amacıyla hazırlandığı ve psikodinamik yaklaşımlardan etkilendiği söylenebilmektedir. Ancak 1980’de yayımlanan DSM-III, büyük bir paradigmatik dönüşüm anlamına gelmiştir. Bu versiyonla birlikte psikiyatrik tanılarda operasyonel tanım anlayışı yerleşmiş, davranışsal belirtilere dayanan gözlenebilir semptomlara odaklanılmış ve biyomedikal modele geçiş hız kazanmıştır. Bu dönüşümle birlikte psikiyatri daha “*bilimsel*” bir kimlik kazanırken, aynı zamanda duygusal deneyimlerin normatif sınırlarının çizilmesi ise daha da kurumsallaşmıştır. Her yeni baskıda tanı kategorilerinin artması, örneğin DSM-I’de 106 olan tanı sayısının DSM-5’te 300’ü aşması dikkat çekicidir. Söz konusu genişleme, ruhsal hastalıkların giderek daha fazla gündelik yaşam tecrübesiyle örtüşmesi ve *normallik* ile *patoloji* arasındaki sınırların bulanıklaşması sonucunu doğurmuştur (Wakefield, 2007). Tanı kriterlerinin giderek genişlemesi, sıradan ruh hâllerinin ya da geçici duygusal tepkilerin patolojikleştirilmesine neden olmaktadır. Bu duruma yönelik eleştiriler, yalnızca sosyoloji ve felsefe gibi dış disiplinlerden değil, aynı zamanda psikiyatri içinden de gelmektedir. Allen Frances (DSM-IV’ün baş editörlerinden biri), “DSM-5’in psikiyatrinin kutsal kitabı olmaktan çok, bir tür “*aşırı tanı rehberine*” dönüştüğünü” ileri sürerek bu genişlemeyi “*psikiyatrik bir kriz*” olarak tanımlamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen ICD ise, DSM’ye kıyasla daha geniş coğrafi ve kültürel alana hitap etmektedir. Özellikle ICD-10 ve güncel versiyon olan ICD-11, tıpkı DSM gibi psikiyatrik bozuklukların tanımlanmasına katkı sağlarken, ilaç endüstrisi, sigorta sistemleri ve sağlık politikaları üzerinde belirleyici olmuştur. Her iki sistem de tanının bir nesnellik görüntüsü altında sunulmasını sağlamaktadır fakat bu nesnellik, aslında kültürel değer

yargıları, ekonomik çıkar ilişkileri ve bilimsel varsayımlarla iç içe geçmiş bir “inşa” sürecinin ürünüdür. Tanı sistemlerindeki bu genişleme, yalnızca hastalıkların çoğalmasa anlamına gelmemekte; aynı zamanda “normal” olanın giderek daralması ve “*normal olma ihtimalinin azalması*” anlamına gelmektedir. İnsanların mutsuzluk, yalnızlık, anlamsızlık, kaygı gibi temel varoluşsal deneyimleri artık kişisel krizler değil, tedavi edilmesi gereken semptomlar olarak görülmektedir.

Kemal Sayar, psikiyatri pratiğine kültürel, tarihsel ve varoluşsal bir derinlik kazandıran psikiyatristlerden biri olarak özellikle psikiyatrinin bireyin yaşadığı toplumsal bağlamdan soyutlanarak yalnızca biyolojik temellere indirgenmesine dair eleştiriler sunmaktadır. Ona göre çağdaş psikiyatri, insanı yalnızca beyin kimyasallarıyla açıklamaya çalışırken, duyguların kültürel ve manevi kökenlerini büyük ölçüde görmezden gelmektedir (Sayar, 2015). Sayar, modern tıbbın ve psikiyatrinin gelişiminde etkili olan Kartezyen ayrımın (beden/zihin ayrılığı) duyguları da bu ikilik içinde konumlandığını ve duyguların zamanla “*anlam*”dan çok “*belirti*” olarak ele alınmasına yol açtığını belirtir. Oysa bir bireyin üzüntüsü, melankolisi ya da kaygısı; yalnızca nörotransmitter eksikliğiyle değil, içinde bulunduğu kültürel bağlam, travmatik tarihsel deneyimler, sosyal kopuşlar ve ruhsal değer yitimleriyle birlikte de değerlendirilmelidir. Sayar’ın (2015) en çarpıcı katkılarından biri, “*kültürel yas tutamama*” olgusudur. Modern insanın hız çağında acılarını bastırmak zorunda kaldığını, çünkü ona “*güçlü olmanın*” dayatıldığını ve bunun da olumsuz duygularını göstermediğinde güçlü olunduğuna dair kültürel kodlarla pekiştğini belirtir. Bu bastırma mekanizması, bireyde zamanla travmaların yerleşmesine ve duygusal dışavurumların tıbbileştirilmesine neden olmaktadır. Sayar ayrıca psikiyatrik tanıların evrenselleştirilmesiyle birlikte kültürel farklılıkların silinmesini, Batılı yaşam tarzı dışında kalan bireylerin psikopatolojikleştirilmesini eleştirmektedir. Depresyonun ya da anksiyetenin her bireyde aynı şekilde tezahür etmediğini, kültürel olarak farklı şekillerde kendini gösterdiğini; fakat DSM gibi evrensel tanı sistemlerinin bu çeşitliliği dışlama eğilimde olduğunu belirtmektedir. Bu durum, psikiyatrik küreselleşmenin hegemonik bir yönü olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.4. Duygusal Hastalıkların Toplumsal İnşası

Duyguların yalnızca bireysel deneyimler değil, aynı zamanda kültürel ve tarihsel olarak şekillenen toplumsal olgular olduğu düşüncesi, duyguların tıbbileştirilmesi sürecini anlamak açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu bölümde “*duygusal hastalık*” olarak adlandırılan durumların nörobiyolojik temelli bireysel patolojiler olmaktan öte, belirli toplumsal normların, değerlerin ve iktidar ilişkilerinin

ürünleri olarak nasıl inşa edildiği üzerinde durulacaktır. Duyguların normal/anormal, sağlıklı/hastalıklı biçimlerde sınıflandırılması; hangi duyguların kabul edilebilir, hangilerinin tedavi edilmesi gereken bir duruma dönüştüğü sorusu, tıbbın ötesinde toplumsal, kültürel, ekonomik ve politik bağlamlarla iç içe geçmiştir. Modern tıp, özellikle psikiyatri aracılığıyla, bireylerin yaşadığı keder, yalnızlık, öfke, kaygı gibi duygusal durumları patolojik formlarda ele alma eğiliminde gözükmemektedir. Ancak bu duygu biçimlerinin “hastalık” statüsüne kavuşması, yalnızca bilimsel bulgulara dayanmamakta; aynı zamanda modern toplumun işleyişiyle ve normatif düzenlemeleriyle de ilgili olmaktadır. Duygusal normallik sınırlarının genişletilmesi, özellikle geç kapitalist toplumlarda bireyin üretkenliğini ve uyum yetisini artırma çabasının bir parçası olarak okunabilmekte ve bu süreçte ilaç şirketlerinin, medyanın ve sağlık politikalarının da yönlendirici bir rol üstlendiği görülmektedir.

Duygular, toplumsal ilişkiler ve kurumların arasındaki karşılıklı ve birbirini dönüştüren ilişkileri inceleyebilmek için, Gallup ve BM Sürdürülebilir Kalkınma Çözümleri Ağı ile yapılan “*Dünya Mutluluk Raporu’ndaki (2024)*” analizleri ele almak fayda sağlayabilmektedir. Raporda “İlgi ve paylaşım: Mutluluk ve nezaketin küresel analizi, başkalarıyla yemek paylaşmanın mutluluğu ve sosyal bağlantıları nasıl desteklediği, başkalarıyla(hane halkı ve aile) ile yaşamının aile bağları ve bireysel mutlulukla nasıl bir ilişki içerisinde olduğu, sosyal bağlantıların genç yetişkinlerin mutluluğu üzerinde ne gibi etkileri olduğu , başkalarını desteklemenin bu anlamdaki sosyal davranışların umutsuzluktan kaynaklanan ölümleri nasıl azalttığını, başkalarına güvenmek ve hayırseverlik anlamında başkalarına vermenin mutsuzluk ve toplumsal güvensizliği nasıl açıkladığı” gibi başlıklar yer almaktadır. Buna göre nezaket içeren davranışlar, birlikte yaşanan kişi sayısı ve yalnızlığa dair pratikler, başkalarıyla yemek paylaşma ve yoksullarla maddi ve manevi paylaşımlar yapma, sosyal etkileşimlerin güven temelinde oluşmasının bireysel mutluluğa olumlu etkisi gibi çıkarımlar yapılabilen ve toplumsal olanla bireysel olanın bağlantısı kurulabilmektedir. Rapora göre en mutlu ülkeler listesinin ilk sıralarını Kuzey Avrupa ülkeleri oluşturmaktadır. Finlandiya, sekizinci kez üst üste birinci sırada yer alırken; Danimarka, İzlanda, İsveç ve Hollanda gibi diğer İskandinav ülkeleri de ilk beşte konumlanmıştır. Bu ülkelerin yüksek yaşam memnuniyetine sahip olmalarında sosyal refah devleti uygulamaları, cinsiyet eşitliği politikaları, güçlü toplumsal destek ağları ve yüksek yaşam standartlarının belirleyici rol oynadığı görülmektedir (World Happiness Report, 2024).

Norveç örneği, özellikle toplumsal cinsiyet eşitliği ve ruh sağlığına erişim bakımından dikkat çekmekte ve Norveç’in, 2024 yılında yedinci sırada yer alarak istikrarlı yüksek mutluluk düzeyini koruduğu görülmektedir. Refah devleti politikaları sayesinde bireyler ruh sağlığı

hizmetlerinden ücretsiz ve yaygın biçimde faydalanabilmekte, bu durum özellikle duygusal sağlık göstergelerinde cinsiyetler arası farkların azaltılmasına katkı sağlamaktadır (Euronews, 2024). Buna karşılık, düşük sıralarda yer alan ülkelerde sosyal destek sistemlerinin zayıflığı ve ekonomik kırılganlıklar ön plana çıkmakta, Uganda 2024 yılında 117. sırada yer alarak düşük mutluluk düzeyine sahip ülkeler arasında konumlanmıştır. Ülkede özellikle kadınlar arasında kaygı, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gibi duygusal sorunlar yaygın olmasına rağmen, bu rahatsızlıkların tanınması ve tedavi edilmesinin oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. Ruh sağlığı hizmetlerine erişimin kısıtlı olması, sosyal damgalama ve kültürel normlar da bu sorunları derinleştiren sebeplerden olmaktadır (WHO Uganda Country Report, 2023).

Amerika Birleşik Devletleri ise gelişmiş bir ülke olmasına karşın mutluluk endeksinde gerileme yaşandığı söylenebilmektedir. 2024 yılı itibariyle ABD, ilk kez ilk 20'nin dışında kalarak 23. sıraya gerilemiştir. Özellikle 30 yaş altı bireylerde yaşam memnuniyeti düzeylerinin kayda değer biçimde düştüğü belirtilmekte ve bu durum, bireyselleşme kültürünün aşırılılaşması, yalnızlık oranlarının artması ve zihinsel sağlık sorunlarının yeterince desteklenmemesi ile ilişkilendirilebilmektedir (People, 2024).

Avrupa Birliği geneline bakıldığında, üye ülkelerin büyük kısmının dünya mutluluk sıralamasında üst sıralarda yer aldığı görülmektedir. Özellikle İskandinav ülkeleri AB içinde yüksek mutluluk seviyeleriyle öne çıkarken, İspanya gibi bazı ülkelerde gerilemeler gözlemlenmektedir. İspanya, 2024 yılında 36. sıradan 38. sıraya düşerek son yıllardaki ekonomik ve siyasal belirsizliklerin yaşam memnuniyetine yansıdığı bir örnek teşkil etmektedir (Huffington Post España, 2024).

Türkiye ise 2024 yılı itibariyle raporda 94. sırada yer alarak önceki yıla göre dört basamak yükselmiş olsa da hâlen düşük mutluluk seviyelerine sahip ülkeler arasında yer almaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2024 tarihli Yaşam Memnuniyeti Araştırması'na göre, mutlu olduğunu beyan eden bireylerin oranı %49,6'ya gerilerken, mutsuz olduğunu ifade edenlerin oranı %14,5'e yükselmiştir. Bu veriler, toplumsal belirsizlik, ekonomik baskılar ve ruh sağlığı hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerin bireysel mutluluğu olumsuz etkilediğine dair dayanaklar sunmaktadır (TÜİK, 2024). Sonuç olarak, Dünya Mutluluk Raporu 2024 verileri, mutluluk düzeylerinin yalnızca bireysel durumlar olarak açıklanamayacağının ve toplumsal cinsiyet eşitliği, sağlık hizmetlerine erişim, sosyal destek sistemleri, ekonomik refah seviyesi ve güven duygusunun bireylerin refah algısında belirleyici olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, duyguların toplumsal inşası ve sağlık politikaları

arasındaki ilişkiyi anlamak, toplumsal cinsiyet eşitliği gibi kritik alanlarda daha adil ve etkili çözümler üretebilmek açısından önem taşımaktadır.

Bu bölümde, duygusal hastalıkların toplumsal inşa süreci tarihsel ve kültürel bağlamlarıyla birlikte ele alınacaktır. Bu bağlamda “*depresyon*”, “*anksiyete bozukluğu*” ve “*travma sonrası stres bozukluğu*” gibi kategorilerin nasıl oluştuğu, hangi toplumsal süreçlerle yaygınlaştığı ve nasıl norm haline geldiği incelenmeye çalışılacaktır. Ayrıca bu kategorilerin bireylerin yaşam deneyimlerini nasıl şekillendirdiği ve duyguların tıbbileştirilmesi sürecindeki işlevleri de tartışmaya açılacaktır. Bu bağlamda toplumsal inşa süreci; toplumsal cinsiyet, eğitim, eğitim, göç ve suç olgularıyla ilişkilendirilerek ele alınacak ve böylelikle bireysel sorumluluk alanına hapsedilen duyguların toplumsal olarak hangi parametrelerle nasıl şekillendirildiği incelenecektir.

2.3.1. Toplumsal Cinsiyet Bağlamı

Duyguların toplumsal olarak inşa edildiği bir bağlamda toplumsal cinsiyet rolleri; bireysel duyguların ifadesi, bastırılması ve anlamlandırılmasında belirleyici bir konuma sahiptir. Toplumsal cinsiyet “kadın” ve “erkek” olmanın biyolojik bir farklılıkla değil toplumsal norm, değer ve kültürel kodlamalarla şekillendiğini ifade etmektedir. Bu bağlamda duygular “kadınsı duygular” ve “erkeksi duygular” şeklinde cinsiyetlendirilmiş ve hangi duyguların hangi cinsiyete sahip kimseler tarafından hissedilmesinin “normal” ve “aykırı” olduğuna dair bir takım kültürel kodlamalarla toplumsal anlamda derinleştirilmiştir. Öyle ki bu bağlam toplumsal cinsiyet rollerinin yalnızca o rolü yerine getirmesi beklenen değil kendinden beklenen role uygun davranmayan kimseler için de açıklayıcı saptamalar içermektedir.

Heteronormatif ve eril hegemonyanın hâkim olduğu toplumlarda duygusal olmanın bizzat kendisi kadına atfedilen bir olgudur. Kadın narin, hassas, duygusal, detay gerektiren işlerde başarılı, doğurgan ve çocuk bakımından sorumlu olan görev tanımlamaları içerisinde konumlandırılmış ve bunun ötesinde bu detay işlerde başarılı olduğu düşüncesi onu ev içi işlerde de görünmez bir emekçi konumuna getirmiştir. Böylelikle kadının sosyalizasyon sürecinde “evcilik oyunlarında” dahi ileride kendinden toplumsal olarak beklenen rollere göre yönlendirilmesi ve oyuncakların renk ve biçimlerinin bu beklentilere göre seçilmesi, yapılan bir işte deneyim kazanmanın o işte uzmanlaşma ve pratikleşme gibi sonuçları olmasının olağan olduğu gerçekleri göz ardı edilerek; ev işleri, çocuk bakımı, detay gerektiren işler, el işi hobileri vb. eylemlerin ezelden beri sahip olunan beceriler ve yetenekler gibi ele alınmasına sebep olmuştur. Toplumsal cinsiyet ve duyguları ele almak; kadının doğasına atfedilen işlerde, kadının kültürel aktarım, deneyim, tecrübe ve içselleştirmenin etkili olduğunu anlamak ve bunun “*verili*

bir deneyimler bütünü “değil, “*öğrenilen pratikler bütünü*” olduğunu görebilmek açısından önem taşımaktadır. Bireylerin duyguları; yapıp etmelerinden, sorumluluklarından, sosyalleşme pratiklerinden, hobilerinden bağımsız düşünülemede ve tüm bu parametreleri de toplumsal cinsiyet rolleri şekillendirebilmektedir. “Ağlamak, üzülme, kaygılanma, empatik olmak, şefkatli olmak “gibi duygulara kadınsılık atfedilmiş ve bu yalnızca duyguların kadınlık bağlamında sınırlandırılmasına değil erkeklik bağlamında da bastırılmasına aracılık etmiştir. “*Erkekler ağlamaz* “gibi herkesçe bilinen sözler, kederin ve üzüntünün dışavurumunu kadın olmanın bir göstergesi şeklinde betimlemekte; erkeğin bu duygusunu dışa vurmadan defetmesi öğütlenmektedir. Dolayısıyla bir cinsiyete atfedildiği için rahatça dışa vurulan ve dikkat çekmeyen duygular; diğer cinsiyet için gösterilmemesi gereken bir zaafılar bütünü olarak yorumlanabilmektedir. Bu da duyguların olduğu kadar duygusal hastalıkların da cinsiyetlendirilmesinin önünü açmaktadır. Bastırılan ve güçsüz hissetmemek adına rahatça ifade edilemeyen “kadınsı” duyguların ve hastalıkların, kadınlarda daha sık görülmesinin bir sebebi de “*kadınların bunu ifade etmesinin daha normal*” görülmesidir. *Korku* duygusu kadının, *korkusuzluk* ise bir güç olarak erkeğin duygusu olarak görüldüğünde; anksiyete, kaygı, panik bozukluk gibi “hastalıkların” kadınlarda görülme sıklığının daha çok olması toplumsal cinsiyet normları ve rolleri ile bağlantılı ele alınması gereken durumlar olmaktadır. Benzer şekilde ev ekonomisinden sorumlu, daha genel ve kuvvet gerektiren işlere yatkın, cesur ve sahiplenici özelliklerle ele alınan “erkeklik” özellikleri, erkeklerin sorumluluk alanını hane içi sorumlulukla genişleterek duygusal baskı oluşturabilmekte ve “yetersizlik” duygularına kapılmalarına zemin oluşturabilmektedir. Toplumsal cinsiyetin, cinsiyetlerin nasıl davranması, nelerden ve kimlerden hoşlanması, hangi işlerde başarılı olması ve hangi işlere “*başarılı olamayacağı için*” girmemesi gerektiği gibi yargılar; yalnızca kadını değil erkeği de farklı bir alanda sıkıştırmakta ve öfke, yetersizlik, cesaret, soğukkanlılık gibi duyguları erkeksi duygular olarak konumlandırmaktadır. Böylelikle kadınlara ve erkeklere atfedilen duygusal normlar, yalnızca bireysel deneyim alanını değil, aynı zamanda tıbbi tanı ve tedavi süreçlerini de doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle, duygusal hastalıkların cinsiyete göre dağılımı yalnızca biyolojik bir farklılıkla değil, aynı zamanda toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin sağlık alanındaki yansımalarıyla açıklanmalıdır (Connell, 2009:77). Kadınların depresyon, anksiyete ve yeme bozuklukları gibi duygusal hastalık tanılarında daha sık maruz kalması, onların bu duyguları daha çok yaşadığı ya da daha zayıf olduğu anlamına gelmemekte aksine, bu durum toplumsal cinsiyet rollerinin kadınlara yüklediği duygusal sorumluluklar, bakım emeği, özveri beklentisi ve duygusal ifadenin teşvik edilmesiyle ilişkili olarak yorumlanmalıdır (Ussher, 2011: 64). Kadınlar tarihsel olarak “*duygusal*” varlıklar olarak tanımlanmış; akıl, mantık ve

iradeyle ilişkilendirilen erkeklik idealine karşıt olarak duyguya yakın, savunmasız ve tedavi edilmesi gereken bedenler olarak konumlandırılmışlardır (Beauvoir, 2010: 289). Erkeklerde ise duyguların bastırılması, özellikle de kırılganlık, üzüntü ve korku gibi duyguların bastırılması, *hegemonik erkeklik* normlarının bir sonucu olarak öne çıkmaktadır. Bu durum, erkeklerin psikiyatrik yardım arayışını ertelemesine, duygusal problemleri fiziksel belirtilerle ifade etmesine ya da öfke ve saldırganlık gibi toplumsal olarak daha “*erkekçe*” görülen tepkilerle dışa vurmasına yol açabilmektedir.

Toplumsal cinsiyet rejimleri yalnızca kadın ve erkek kimlikleriyle sınırlı değildir; bu rejimlerin inşa ettiği heteronormatif sistem, aynı zamanda eşcinsel, biseksüel ve trans bireyler gibi heteroseksüel olmayan kimlikleri de görünmezleştirmekte ve marjinalleştirilmekte ve çoğu zaman “*anormal*” olarak çerçevelendirmektedir. Bu bağlamda farklı cinsel yönelim veya tercihlere sahip bireylerin yaşadığı duygusal rahatsızlıklar çoğu zaman toplumsal dışlanmanın, sistematik ayrımcılığın ve normatif baskının sonucu olmasına karşın bireysel bir patolojiye indirgenerek psikolojikleştirilmektedir.

Eşcinselliğin 1973 yılına kadar Amerikan Psikiyatri Birliği’nin tanı kılavuzu olan DSM’de bir “*akıl hastalığı*” olarak yer alması, bu sürecin en somut örneklerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Eşcinsellik 1990’a kadar Dünya Sağlık Örgütü’nün ICD listesinde de ruhsal bir bozukluk olarak sınıflandırılmıştır (WHO, 1992). Bu tarihsel süreç, eşcinsel kimliğin yalnızca toplumsal değil, aynı zamanda tıbbi bir sapma olarak da kodlandığını göstermektedir. Michel Foucault’nun “biyopolitika” ve “disiplin toplumu” kavramlarıyla ifade ettiği gibi, bireyler yalnızca dışsal normlarla değil, aynı zamanda içselleştirilmiş tıbbi söylemlerle de biçimlendirilmektedir (Foucault, 1976:72-73). Bu bağlamda “*azınlık stresi kuramı*”¹ heteronormatif sistemin eşcinsel bireyler üzerinde yarattığı psikolojik yükü anlamada önemli bir çerçeve sunar (Meyer, 2003). Meyer’e göre, maruz kalınan sosyal damgalama, ayrımcılık ve içselleştirilmiş homofobi, eşcinsel bireylerde anksiyete, depresyon ve intihar riskini artırmaktadır. Yapılan birçok uluslararası çalışmada, LGBT+ bireyler depresyon, anksiyete bozuklukları ve intihar eğilimleri bakımından heteroseksüel bireylere kıyasla daha yüksek risk taşımaktadır (Hatzenbuehler, 2009:231).

Türkiye bağlamında ise Kaos GL ve SPoD gibi sivil toplum kuruluşlarının yayınladığı raporlar, LGBT+ bireylerin özellikle gençlik ve ergenlik dönemlerinde aile içi şiddete maruz kaldıkları, sağlık hizmetlerine erişimde ayrımcılıkla karşılaştıkları ve psikolojik destek

¹ Azınlık stresi kuramı (Minority Stress Theory), özellikle sosyal psikoloji ve sağlık sosyolojisinde kullanılan, azınlık gruplarına (etnik, dini, cinsel yönelim, toplumsal cinsiyet vb.) mensup bireylerin maruz kaldıkları sosyal damgalanma, ayrımcılık ve dışlanma süreçlerinin, onların ruh sağlığı üzerinde ekstra stres yarattığını açıklayan bir kuramdır. İlk kez H.Meyer(1995) tarafundan LGBT bireylerin ruh sağlığını açıklamak için kullanılmıştır.

aldıklarında da yönelimlerinin “düzeltilmeye” çalışıldığı yaklaşımlarla karşılaştıklarını göstermektedir (Kaos GL, 2023). Bu durum duygusal sorunların sosyal nedenlerini görünmez kılmakta ve bireyin yaşadığı ruhsal zorluklar tedavi edilmesi gereken bireysel bozukluklar olarak konumlandırılmaktadır.

Toplumsal cinsiyet aynı zamanda hangi duyguların “hastalık” olarak kabul edildiğini de şekillendirmektedir. Ussher (2011), kadınların yaşadığı öfkenin sıklıkla depresyon tanısı altında bastırıldığını, erkek öfkesinin ise toplumsal olarak tolere edildiğini söylemektedir. Bu farklılaşma, yalnızca bireyin değil, sağlık sisteminin de toplumsal cinsiyet kalıpları doğrultusunda şekillendiğini göstermektedir. Psikiyatrik tanı sistemleri, toplumsal cinsiyet normlarını yeniden üreten ve pekiştiren mekanizmalar haline gelmektedir (Wakefield, 2007:101). Bu bağlamda “*duygusal hastalık*” tanılarının toplumsal cinsiyete göre dağılımı, yalnızca bireysel bir durum değil; ataerkil toplumsal düzenin kadınlara ve erkeklere atfettiği rolleri yeniden üretme biçimlerinden biri olmaktadır. Örneğin öfke, kaygı ve depresyon gibi korku ve üzüntü duygularından temellenen duygusal durumların kültürel olarak cinsiyetlendirilmesi hem bireysel deneyimi hem de psikiyatrik teşhis ve tedavi süreçlerini etkileyen güçlü bir toplumsal yapıdır. Erkekliğin kültürel temsilleri genellikle güç, kontrol ve mantık gibi özelliklerle ilişkilendirilirken; öfke gibi dışavurumcu duygular “*erkeksi*” olarak kabul edilmekte, buna karşın kaygı ve depresyon gibi içe dönük duygular “*kadınsı*” olarak kodlanmaktadır (Shields, 2007:11). Bu çerçevede, erkeklerin öfke duygusunu ifade etmeleri toplumsal olarak tolere edilirken; kadınlar öfkelenediklerinde bu duygunun bastırılması, yön değiştirmesi veya üzüntü ya da suçluluk gibi başka duygular biçiminde ifade edilmesi beklenmektedir (Ussher, 2011:103). Bu durum, kadınlarda depresyonun, erkeklerde ise öfkeye bağlı davranışsal bozuklukların daha sık teşhis edilmesine yol açmaktadır (Courtenay, 2000:1397). Ayrıca, kadınların kaygı, kırılganlık ve duygusallık gibi hislerle özdeşleştirilmesi, onların yaşadığı duygusal deneyimlerin daha kolay “*hastalıklı*” olarak etiketlenmesine neden olmaktadır. Örneğin, aynı düzeyde stres yaşayan bir kadın ve bir erkeğin klinik değerlendirmesinde, kadın hastaya daha yüksek olasılıkla anksiyete bozukluğu teşhisi konulmakta; erkeğin ise yaşadığı duruma daha çok “*dışsal*” nedenlerle yaklaşılarak psikiyatrik bir etiket konulmaktan kaçınılabilmektedir.

Bu kültürel kodlar yalnızca teşhis süreçlerini değil, bireylerin kendi duygularını nasıl yorumladıklarını da şekillendirir. Kadınların üzüntü ve çaresizlik gibi duyguları daha “*meşru*” biçimde yaşaması, onları psikiyatrik yardım arayışına daha açık hale getirirken; erkeklerin duygularını bastırmaları ya da somatik (duyguların sebep olduğu bedensel şikayetler) şikâyetlerle ifade etmeleri, onları görünmez kılabilir (Arslan vd., 2020:70). Dolayısıyla

duyguların cinsiyetlendirilmesi, yalnızca bireylerin deneyimlediği hisleri değil; bu hislerin hangi toplumsal bağlamda anlam kazandığını ve hangi koşullarda bir “*rahatsızlık*” olarak sınıflandırıldığını da belirlemektedir. Bu durum, hem psikiyatrik sistemin tarafsızlığına dair eleştirel soruları gündeme getirmekte hem de toplumsal cinsiyetin duyguların tıbbileştirilmesi üzerindeki belirleyici rolünü ortaya koymaktadır. Örneğin Japon kültüründe duyguların bastırılması önemli bir erdem olarak görülmektedir. Bu durum, özellikle erkeklerde duygusal ifade kapasitesinin bastırılmasına neden olurken, kadınlar üzerindeki duygu kontrolü daha çok içselleştirme ve suçlulukla ilişkilendirilmektedir (Borovoy, 2005:33). Kadınlarda depresyon sıklığı daha fazla raporlanırken, erkeklerde alkol bağımlılığı gibi dolaylı psikiyatrik durumlar öne çıkmaktadır.

Amerikan kültüründe ise 1990’lı yıllarda “*Prozac Kadını*” söylemi yaygınlaşmıştır. Prozac kadını kavramı, özellikle feminist ve toplumsal eleştiri literatüründe öne çıkan bir terimdir ve 1990’larda Amerika’da Prozac (Fluoksetin) adlı antidepresanın kullanımındaki artışa göndermede bulunmaktadır. Kavram, hem ilaç kullanımının toplumsal cinsiyet üzerindeki etkilerini hem de kadınların duygusal yaşamlarının tıbbileştirilmesini tartışmak için geliştirilmiştir. Bu, özellikle orta sınıf kadınların yaşadığı ruhsal sorunların bireyselleştirilip biyolojik düzleme indirgenmesini ve antidepresanlarla “*tedavi edilmesini*” meşrulaştıran bir anlatıdır (Elliott, 2000). Türkiye’de de örtüşür biçimde, yapılan çalışmalar, kadınların ruh sağlığı hizmetlerine erkeklerden daha fazla başvurduğunu ve teşhis oranlarının da kadınlarda daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durum, kadınların duygusal sorunlarının “*hastalık*” olarak daha kolay kabul edilmesiyle ilgili gözükmektedir (Arslan vd.,2020:72). Erkeklerde ise öfke ve stres daha çok bedensel yakınmalarla (somatizasyon) ortaya çıkmakta, bu durum sıklıkla fiziksel rahatsızlıklarla karıştırılmaktadır.

Öfke gibi temel duygular, bireysel davranışın bir dışavurumu olmaktan çıkarılarak, çeşitli psikiyatrik kategoriler altında norm dışı bir sorun olarak sınıflandırıldığında, bu dönüşüm süreci, özellikle erkek bireylerde görülen şiddet eğilimleri ve saldırganlıkla ilişkilendirilmekte; öfkenin “*hastalık*” formuna büründürülmesiyle toplumsal nedenler göz ardı edilme riskiyle karşı karşıya kalmakta ve sorun bireyin psikolojik yapısına indirgenmektedir (Conrad, 2007:40). Öfkenin özellikle erkeklik normlarıyla birleştiği bağlamlarda, bu duygunun yıkıcı bir biçimde dışa vurulması, şiddet ve cinayet vakalarıyla sonuçlanabilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO, 2022) verilerine göre kadın cinayetlerinin %38’i partner şiddetiyle ilişkilidir. Türkiye’de ise “Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu”nun 2024 yılı verilerine göre, 2023 yılında erkek şiddeti nedeniyle 315 kadının öldüğü bildirilmiştir. Bu tür veriler, öfkenin cinsiyetli doğasını ve erkeklik normlarının bu duyguyla nasıl kesiştiğini

açıkça göstermektedir. Bununla birlikte, öfkenin kriminal ya da patolojik bir sorun olarak çerçevelenmesi, bireyin içinde bulunduğu toplumsal koşulları ve cinsiyet rollerini görünmez kılmakta, öznenin edilgenleşmesine neden olmaktadır. Özellikle DSM gibi tanı sistemlerinde “*aralıklı patlayıcı bozukluk (intermittent explosive disorder)*” gibi öfkeyle ilişkili hastalık kategorileri, bireyin duygusal tepkisini tıbbi bir çerçeveye yerleştirerek onu disipline etmekte ve tedavi edilebilir bir bozukluk haline getirmektedir (American Psychiatric Association, 2013:466).

Toplumsal sonuçlar açısından bakıldığında, duyguların tıbbileştirilmesi bireylerin kendi yaşam koşullarını sorgulamalarına değil, bastırmalarına zemin hazırlayabilmekte ve problemlerin çözümlerini tıbbi tedavi alanına yönlendirebilmektedir.

2.3.2. Kentler ve Duygusal Hastalıklar

Modern toplumların yaşamsal dinamikleri, özellikle kent mekânında yoğunlaşan sosyal, ekonomik ve kültürel dönüşümler üzerinden şekillenmektedir. Sanayileşme ile gelen hızlı kentleşme, bireyin toplumsal bağlamını büyük ölçüde dönüştürmüş; kent, sadece bir yaşam alanı değil, aynı zamanda duygusal deneyimlerin üretildiği bir sosyal laboratuvar haline gelmiştir. Bu dönüşüm, yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda psikososyal düzeyde de etkiler üretmektedir. Georg Simmel’in klasik metinlerinden biri olan “*Metropol ve Zihinsel Yaşam*” adlı çalışması, modern kentli bireyin duygusal anlamda karşı karşıya kaldığı aşırı uyarılma, anonimlik ve duyarsızlaşma sorunlarına dikkat çekmektedir (Simmel, 1999:30). Simmel’e göre kentli birey, hayatta kalmak ve zihinsel bütünlüğünü korumak adına çevresine karşı “*rezervli*” bir tavır geliştirmek zorundadır. Bu durum bireysel düzeyde yabancılaşmayı ve sosyal çözülmeyle beraberinde getirmektedir.

Kentleşme sürecinde bireylerin toplumsal ağlardan kopması, geleneksel dayanışma biçimlerinin çözülmesi ve anonimliğin artması, duygusal hastalıkların yaygınlaşmasında önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Özellikle yalnızlık, yabancılaşma, güvencesizlik ve aidiyet eksikliği gibi olgular depresyon, anksiyete ve çeşitli psikosomatik rahatsızlıklarla ilişkilendirilmektedir (Bauman, 2003:85; Wirth, 1938). “*Kentli olmak*” kavramı, sadece fiziksel bir yerleşim biçimini değil, aynı zamanda bir yaşam tarzını, sosyal ilişkiler biçimini ve duygusal düzeni de ifade etmektedir. Ancak her birey bu kültürel koda eşit ölçüde dâhil olamamaktadır. Özellikle iç göçle büyükşehirliere gelen bireylerin “*kentlileşememe*” sorunu hem sosyal dışlanma hem de duygusal tükenme gibi sorunları beraberinde getirebilmektedir (Şenyapılı, 2004:112). Kentlileşemeyen bireyler, mekânsal olarak kentte var olsalar da kültürel olarak

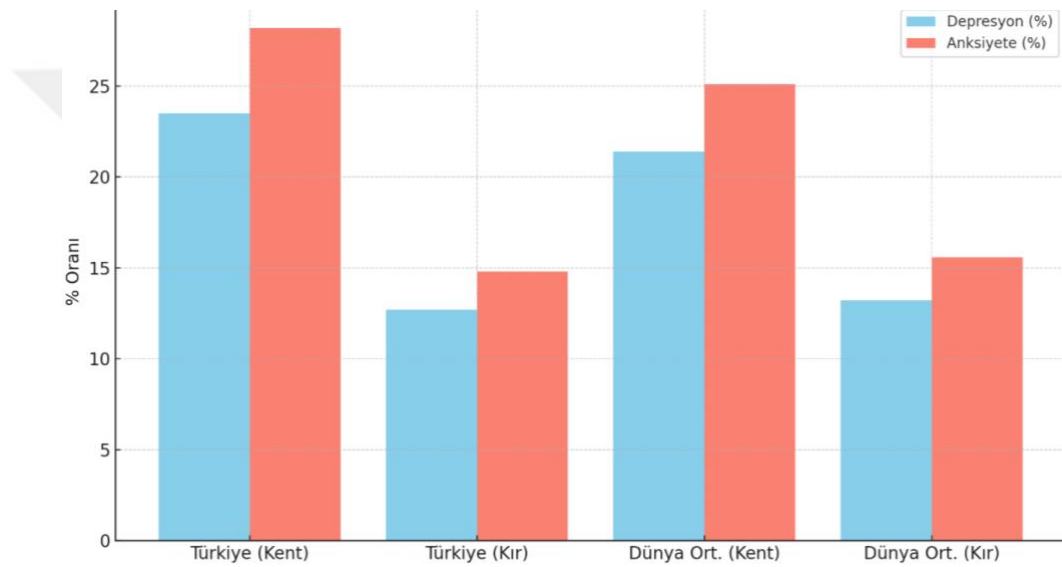
taşrada kalmakta; bu durum, aidiyet kuramama, izolasyon, değersizlik ve kaygı gibi duygusal bozukluklara zemin hazırlamaktadır (Keyder, 2000: 58).

Pierre Bourdieu'nün habitus kavramını burada kentlilik bağlamında yeniden düşünmek mümkün olmaktadır. Habitus, bireylerin toplumsal deneyimlerle edinilmiş, kalıcı ve içselleştirilmiş eğilimler, değerler ve davranış biçimleri bütünü olarak tanımlanabilmektedir (Bourdieu, 1986). Bu pratikler bütünü kişinin sınıfsal, kültürel ve ekonomik koşullarıyla şekillenir ve bireyin dünyayı ve yaşamını algılama, yorumlama ve eyleme geçme biçimlerini belirler. Bilinçli veya bilinçsiz olarak bahsedilebilen habitus, kendiliğinden ve doğal gibi algılanabilse de aslında bunlar toplumsal yapı tarafından şekillendirilmektedir. Örneğin bir bireyin müzik, giyim, yemek tercihleri ya da çalışma disiplini, ailesinin sınıfsal ve kültürel geçmişi tarafından belirlenmiş bir habitus ile açıklanabilmektedir. Aynı mantıkla kent yaşamı söz konusu olduğunda, kentli habitus kavramından da bahsetmek mümkün hale gelmektedir. Kent yaşamından olumsuz etkilenen ve duygusal hastalığa yol açabilecek faktörlerin oluşmasına zemin hazırlayan şeyin kent sakinlerinin kentli habitusu içselleştirmekte zorlanabilmesi olarak düşünmek mümkün hale gelmektedir (Bourdieu, 1986). Bu uyumsuzluk, özellikle alt sınıf kent sakinlerinde “*sessiz duygusal hastalıklar*” olarak ortaya çıkarabilmekte; bireyler, kamusal mekânlarda görünür olsalar da sosyal olarak silik, dışlanmış ve psikolojik olarak yıpranmış hissedebilmektedir. Modern kent yaşamı ayrıca hız, rekabet, performans baskısı ve tüketim kültürü ile örülüdür. Bu dinamikler bireylerin duygusal dayanıklılığını zorlamakta; özellikle düşük gelirli, iş güvencesi olmayan veya göçmen kökenli bireylerde duygusal yıpranma oranları çok daha yüksek seyretmektedir.

Bu yabancılaşma yalnızca birey-toplum düzeyinde değil, birey-zihin düzeyinde de işlemektedir. Deleuze ve Guattari'nin “*Kapitalizm ve Şizofreni (1972)*” çalışmasında bu durum, kapitalist üretim ilişkilerinin özneyi parçalama ve çözme kapasitesi üzerinden ele alınır. Onlara göre kentler, arzunun kodlarının çözüldüğü ve yeniden yapılandığı yerlerdir; burada bireyin arzuları bir yandan disipline edilirken bir yandan da şizofrenik bir dağılmaya sürüklenmektedir (Deleuze vd., 2022:74). Bu bağlamda kent, yalnızca bir mekân değil, aynı zamanda psikotik bir yapının kendisi olmaktadır. Richard Sennett ise “*Karakter Aşınması (2003)*” adlı çalışmasında, modern kapitalist toplumda bireyin tutarlılık ve süreklilik duygusunu yitirdiğini ileri sürmektedir. Özellikle kentli yaşam, bireyde “*karakter aşınması*”na yol açar; çünkü iş yaşamında süreklilik ve aidiyet gibi değerler yerine esneklik, geçicilik ve değişime açıklık yüceltilmektedir. Bu da bireyde duygusal olarak köksüzlük, anlamsızlık ve tükenmişlik hissini doğurur (Sennett, 2003:24-25). Kentlerdeki duygusal hastalık yaygınlığını ortaya koyan istatistikler bu tezi desteklemektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2022), kentlerde depresyon

ve anksiyete bozukluklarının kırsal alanlara oranla %40 daha fazla görüldüğünü belirtmektedir. Kentler, neoliberal yaşamın hızına ayak uyduramayan bireylerin duygusal kırılmalar yaşadığı alanlara dönüşmüştür. Sonuç olarak, kent mekânı yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda duygusal bir inşa sürecidir. Kentte yaşamak, sadece betonarme yapılar içinde barınmak değil; aynı zamanda o yapılarla ve o yapılar içinde yaşayanlarla bir anlam, aidiyet ve kimlik bağı kurabilmektir. Bu bağı kuramayan bireyler için kent, duygusal olarak yoran ve yalnızlaştıran bir mekân haline gelmektedir.

Aşağıda sunulan grafik, Türkiye ve dünya genelinde kent ve kır nüfusları arasında depresyon ve anksiyete yaygınlıklarını karşılaştırmalı olarak göstermektedir.



Şekil 2.1. Kentve Kır Nüfusunda Hastalık Yaygınlığı (Depresyon ve Anksiyete)

Yukarıdaki şekilde görülen verilere göre, kentte yaşayan bireylerde hem depresyon hem de anksiyete oranları kırsal kesimdekilere kıyasla belirgin şekilde daha yüksektir. Bu durum, modern toplumsal yaşamın getirdiği stres, yalnızlık, ekonomik baskılar ve hızlı yaşam temposunun duygusal sağlığı nasıl etkilediğine dair çarpıcı bir göstergedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (2022) raporuna göre kentleşme oranı arttıkça, duygusal hastalıkların yaygınlığı da artış göstermektedir.

2.3.3. Sosyoekonomik Koşullar ve Duygusal Hastalık İlişkisi

Duygusal hastalıkların ortaya çıkışı ve teşhis edilmedeki artış, yalnızca bireysel psikolojik faktörlerle açıklanamamakta; ekonomik koşulların belirleyici rolü göz ardı edilememektedir. Zira gelir düzeyi, iş güvencesi, çalışma koşulları, eğitim olanakları ve yaşam standartları, bireylerin ruh sağlığı üzerinde doğrudan etkili olabilmektedir (Wilkinson vd.,

2003). Özellikle neoliberal politikaların hâkim olduğu postmodern çağda, ekonomik eşitsizlikler ve sosyal güvencesizlik gibi durumlar kaygı, korku, mutsuzluk gibi temel duyguları artırabilmekte ve bu duyguların artışına bağlı hastalık teşhislerinin artışını da etkileyebilmektedir (Maturo, 2016). Bu bağlamda sosyoekonomik koşulların duygusal sağlık ve hastalık üzerindeki etkilerini duyguların tıbbileştirilmesi ile doğrudan bağlantılı bir biçimde değilse de dolaylı olarak olumsuzluk atfedilen duyguların artışı ile bağlantılı ele almak mümkün görünmektedir.

Ekonomi yalnızca niceliksel bir verilerin oluşturduğu bir kurum değil; aynı zamanda toplumlarda bireylerin psikososyal varoluşunu şekillendiren güçlü bir yapıdır. Örneğin finansal araçların yaygınlaşmasıyla birlikte özellikle kredi kartı borçluluğu bireylerin duygusal yükünü artırmış, borçluluk hali sürekli bir kaygı ve utanç duygusunu beraberinde getirmiştir (Maturo, 2012:68). Borçlanan bireyin yaşadığı kaygı ve değersizlik hali, sağlık sistemi tarafından ‘anksiyete bozukluğu’ gibi tanılarla açıklanarak bireysel bir soruna indirgenmekte, böylece yapısal bir problem bireyin psikolojisine aitmiş gibi sunulmaktadır. Neoliberal sistemde birey, kendi yaşamının girişimcisi olarak konumlanmakta ve başarı ya da başarısızlık artık sistemden çok bireyin kişisel yetersizliğiyle açıklanmaktadır. Bu duygusal yüklenmenin psikiyatrik, dolayısıyla da bireysel bir sorumluluk perspektifinden ele alınmasına yol açabilmektedir. Maturo bu süreci “*sağlığın ahlaki bir zorunluluğa dönüşmesi*” üzerinden okumaktadır. Dolayısıyla borç sadece ekonomik bir mesele değil, bireyin kendini *yeterli hissetmemesine*, *değersizlik* duygularına ve nihayetinde *depresyona* kadar varan bir psikolojik çözülmeye neden olabilmektedir. Bu da toplumsal olanın bireysel alanda yeniden tanımlanmasının bireyleri çözümsüzlüğe veya çözüm için tıbbi tedavi olanaklarına başvurmaya itebilmektedir.

2.3.4. Diğer Toplumsal Faktörler

Duygusal hastalıklar ile ilişki kurulabilen diğer faktörler olarak eğitim durumu, siyasi politikalar ve afetlerden bahsetmek mümkündür. Modern eğitim sistemleri, bireylerin toplumsallaşma sürecinde merkezi bir rol oynamaktadır. Ancak özellikle son yıllarda neoliberal politikaların etkisiyle şekillenen performans odaklı ve rekabetçi eğitim yapılarının, bireylerde duygusal sorunları artırdığı görülmektedir (Illich, 2000). Bourdieu’nün habitus kavramı bu yapının eşitsizliğini anlamada önemlidir. Bourdieu’ye göre eğitim sistemi, hâkim sınıfın kültürel sermayesini meşrulaştıran ve yeniden üreten bir yapıdır (Bourdieu, 2014: 80).

Özellikle ergenlik dönemindeki gençler arasında yaygınlaşan “*tükenmişlik sendromu*”, “*sınav kaygısı*”, “*kendilik değeri sorunları*” bu bağlamda ele alınabilen başlıklar olmaktadır (Doğan, 2020:113). Bu bağlamda Ivan Illich’in okul eleştirisi de aydınlatıcıdır. Illich, bireyi

özgürleştirmek yerine toplumsal denetim mekanizmasının parçası haline getirdiğini ve okulların bireyi etikleyerek sistemin işlevselliği doğrultusunda şekillendirdiğini ileri sürmektedir (Illich, 2000:45). Yükseköğretim düzeyinde ise başarı kültürü bireylerin yalnızca zihinsel değil, duygusal sağlıklarını da tehdit edebilmektedir. Üniversitelerde artan depresyon ve kaygı bozukluğu vakaları, başarı odaklı akademik yaşamın bireysel yükleriyle doğrudan ilişkilidir. OECD (2022) raporlarına göre, üniversite öğrencileri arasında duygusal bozukluk oranları son on yılda %30'dan fazla artmıştır. Bu veriler ışığında eğitim sistemini yalnızca bilgiye erişim boyutuyla değil, aynı zamanda bireyin duygusal sağlığı üzerindeki belirleyici etkileriyle de analiz edebilmek önemlidir.

Aşağıdaki tablo, Türkiye’de farklı eğitim kademelerindeki bireylerde gözlemlenen duygusal hastalıkların oranlarını göstermektedir. Veriler, Millî Eğitim Bakanlığı ve TÜİK’in 2022 yılı raporlarından derlenmiştir.

Tablo 2.2. Türkiye’de Farklı Eğitim Durumlarında Gözlemlenen Duygusal Hastalıklar

Eğitim Kademesi	Anksiyete (%)	Depresyon (%)	Uyku Sorunları (%)
Lise	29	22	18
Ön Lisans	34	28	26
Lisans	39	32	31
Yüksek Lisans	41	35	34

Yukarıdaki tablodan da görüleceği üzere, eğitim düzeyi yükseldikçe anksiyete, depresyon ve uyku sorunlarının da arttığı gözlemlenmektedir. Bu durum, eğitimle birlikte artan sorumluluk, rekabet, performans baskısı gibi faktörlerin bireyin duygusal sağlığı üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir.

Öte yandan siyasi politikalar, uygulandıkları toplumsal yapıyı ve bireyleri dönüştürme gücüne sahiptirler. Özellikle modern hukuk sistemleri, bireyin hak ve özgürlüklerini güvence altına almakla birlikte, hukuki uygulamalardaki keyfilik ya da adaletsizlik bireylerin ruhsal bütünlüğünü zedeleyen önemli bir stres kaynağına dönüşebilmektedir. Özellikle hukukun evrensel normlara uygun biçimde işlememesi, bireylerde adalet duygusunun örşelenmesine ve bunun sonucunda öfke, çaresizlik, güvensizlik gibi duyguların kronik hale gelmesine neden olma riski taşımaktadır (Bauman, 2001:111). Toplumda politik istikrara duyulan güvenin sarsılması, bireyin kamusal yaşamdan geri çekilmesine, toplumsal katılımını sınırlandırmasına ve hatta kolektif eylemlere karşı duyarsızlaşmasına neden olabilmektedir. Foucault'nun (2003) *disipline edici iktidar* analizinde vurguladığı üzere, hukuk sadece cezalandırıcı değil, aynı

zamanda normatif bir düzeyde bireyleri şekillendirme işlevi gören toplumsal bir kurum olmaktadır.

Toplumsal olaylar olarak adlandırılan olaylar toplumun tamamını ya da büyük bir kesimini etkileyen durumlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Salgınlar ve depremler gibi olaylar toplumsal yapıların niteliği ve işlevi doğrultusunda yönetilebilir olması bakımından toplumsal bağlamda ele alınmalıdır. Doğal afet olarak anılan deprem dahi, binaların yapısı, imar denetimleri veya afları, vergilendirme ve bunun sonucunda belirli hizmetlerin vaadedilmesi yönüyle toplumsal kurumlardan bağımsız düşünülememektedir. Bu tür olaylarda duygular hem bireysel hem de toplumsal olarak tezahür etmektedir. Ölüm, yas, kaybın tıbbileştirilmeleri süreçleri görünür olmakta ve toplumsal olan afetlerin sonucunun devamında bireysel duygulanımları da etkilemektedir. Zira doğal afetler yalnızca fiziksel yıkım üretmemekte; aynı zamanda bireysel ve kolektif duygular üzerinde derin izler bırakmaktadır. 6 Şubat 2023'te meydana gelen Kahramanmaraş merkezli depremler, yalnızca coğrafi bir felaket değil, aynı zamanda toplumsal yapının kırılma noktalarını açığa çıkaran sosyolojik bir olaydır. Bu bağlamda, afet sonrası yaşanan yoğun korku, kaygı, yas ve travma gibi duyguların tıbbi söylemlerle ele alınması, duyguların tıbbileştirilmesinin önemli bir örneğini oluşturur. Depremin hemen ardından bölgede oluşturulan psikolojik destek hizmetleri, yardım hatları ve mobil terapi noktaları, afetin neden olduğu duygusal çöküntünün uzmanlarca “*tani*” kategorilerine yerleştirilerek yönetilmeye çalışıldığını göstermektedir. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), anksiyete bozuklukları ve depresyon gibi tanıların yaygın biçimde kullanılmaya başlanması, yasin ve travmanın bireyselleştirilerek patolojikleştirilmesi sürecine işaret eder (Furedi, 2004). Mutluhan İzmir (2022) bu tür süreçlerde psikiyatriye fazlaca yüklenilmesini “*kültürel acının bireysel beyin kimyasına indirgenmesi*” olarak tanımlamaktadır. Oysa afet sonrası duygusal toparlanma yalnızca bireysel terapi veya ilaçla değil, aynı zamanda toplumsal destek mekanizmalarıyla mümkün olabilmektedir (İzmir, 2022).

2.4. Duyguların Aşırı Teşhis ve Tedavisi

Duyguların aşırı teşhis ve tedavisi, özellikle ruh sağlığı literatüründe kullanılan, bireylerin normal veya yaşamın doğal bir parçası olan duygusal deneyimlerinin tıbbi sorun olarak tanımlanıp, gereksiz ya da erken müdahalelere açık hale gelmesi durumunu ifade etmektedir. Örneğin yoğun bir iş stresi veya bir yakının kaybı sonrası hissedilen geçici üzüntü, bazı durumlarda depresyon olarak tanımlanabilir ve bu durum aşırı teşhis kapsamında değerlendirilmektedir (Welch, 2022; İzmir, 2022). Zira yoğun iş stresi altında bireylerin rutin olarak tanımladıkları duygularının değişime uğraması veya bir yakının ölümünde bir yas

sürecine girilmesi olağanken tıbbi bir müdahaleye açık hale gelmesi duyguların aşırı teşhisi yoluyla tıbbileştirilmesine aracılık edebilmektedir.

Conrad’a göre duyguların tıbbileştirilmesi; cinsellik, fiziksel ve psikolojik performans; doğum, ölüm, yaşlanma gibi birçok boyutu kapsayan günlük tıbbileştirilme sürecinin sadece bir parçasıdır (Conrad,2007). Mutluluk, acı, korku, endişe ve bu duygulardan temellenen birçok duygunun modern psikiyatrinin alanı olarak tıpta düzeltilmesi gereken bir bozukluk olarak yerini alması ve dolayısıyla beyindeki hormonal değişimler (serotonin, dopamin, endorfin vb.) aracılığıyla biyolojik yönlerine yapılan vurgunun artması, sosyo-ekonomik bağlam ile zihinsel ve fiziksel sağlık arasındaki bağlantıyı ortadan kaldırmakta veya en iyi ihtimalle silikleştirmektedir. Bu eğilimin temel sonucu, sosyal sorunların bireyselleşmesi ve sağlık politikasının –toplumsal olanın bireysel bir anormalliğe indirgenmesi yoluyla, anormallikleri gidermek için tüketen bireylerin duyguları üzerinden sistemin kar elde etmesi şeklinde-siyasallaştırılmasıdır (Illich,1976).

Hekimler, günlük mutsuzlukları psikotropik (merkezi sinir sistemini etkileyerek ve beynin işlevlerini değiştirerek algıda, ruh halinde, davranışta değişiklik yaratan) ilaçlarla tedavi etmelerini daha olası kılacak şekilde düşünmeye teşvik edilmektedir (Welch, 2022; İzmir, 2022, Sayar, 2019). Bu, toplumumuzda giderek büyüyen mutsuzluk başta olmak üzere insan duygularının tıbbileştirildiğinin göstergesi konumundadır. Geçmiş dönemlerde tıp bilimi akıl hastalarıyla ilgilenirken, gündelik mutsuzlukları ve duyguları; dini, ruhani ya da diğer kültürel rehberlere bırakmaktayken; günümüzde tıp biliminin geleneksel sınırların ötesine geçerek canı sıkılan, üzgün olan ya da özsaygısı düşük olan, gündelik duygulanımlarından başka bir şeyden mustarip olmayan insanlara “yardım eder” konumdadır (Maturo, 2012). Bu eğilim ilk olarak 1992 yılında Peter Kramer’in çalışması olan “*Listening to Prozac (Prozacı Dinlemek)*” adlı kitabın yayınlanmasıyla geniş çapta tanınmıştır. Kitap, depresyondaki hastaların Prozac kullandıklarında elde ettikleri olumlu faydaları ve ilacın özsaygıyı artırarak olumsuz duyguları azalttığını işlemektedir ve yayımlandıktan sonra tıpta ve kamuoyunda antidepresanlara karşı olumlu tutumların oluşmasında etkisi olduğu düşünülmektedir.

Tıp bilimi, ruhsal bozuklukları sınıflandırmak için hastalık ve sağlık arasındaki çizgiyi bulanıklaştıran bir yöntem benimsemiştir. Ve daha radikal bir şekilde, tüm ruhsal durumları biyokimyasal kökenleri açısından açıklayan bir teoriyi benimsemiştir (Maturo,2012). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM)’nin geliştirilmesinden önce, mutsuzluk duyguları tıp biliminde var olan depresyon veya şizofreni gibi hastalık durumlarıyla ilişkili görülmemekte ve gündelik üzüntü gibi gündelik diğer duygular da tıbbın hastalık tanımlamalarında bulunmamaktadır. DSM bu durumu, geniş akıl hastalığı kategorileri ve

ardından alt tipler ve alt kategoriler yaratarak değiştirmiştir. Örneğin majör depresyonun; karamsarlık, umutsuzluk ve çaresizlik gibi günlük mutsuzluk semptomlarına daha da ayrılmış bir alt tipi olan ‘minör depresyon’ tanımı, DSM’in gün geçtikçe duyguları ve duyguların bir arada görünürlüğünü hastalık olarak tanımlamada daha da araştırdığını düşündürmektedir.

DSM’in ilk iki baskısı , esas olarak psikanalize dayanan güçlü bir teorik görüşle karakterize edilirken, DSM-III, DSM-IV ve DSM-V, semptom temelli olmaya, yani bireylerin duygusal dışı vurumları veya bireyler tarafından doktorlara “öyle olduğu ifade edilen” duygulanımlarıyla ilgilenmeye başlamıştır. Böylece DSM’nin son üç versiyonunda psikiyatrik rahatsızlıklara insanların gündelik duygularının konu olması, daha standart bir hal almıştır. Bu, bozukluk olarak ifade edilen bir duyguyu tanımlamak için nedenleri ihmal ederken , semptomlara yaptığı yoğun vurgudan dolayı mesafeli durulması gereken bir durumdur. Bu nedenle DSM-III, DSM-IV (Maturo, 2012) ve DSM-V’in odak noktası, hastalıklardan bozukluklara ve sendromlara kaymıştır. Nitekim DSM-I’de tanımlanan bozukluk sayısı 128 iken, DSM-IV’te bu sayı 357’ye (Blashfield vd., 1996), en son basımı yapılan DSM-V’te ise 450’den fazla hastalığa yükselmiştir.

Öte yandan DSM, mutsuzluğu tıbbi dahil ederken bunu çok eksenli bir sistem kullanarak yapmaktadır. Bu çok eksenli sistem (yani eksen1, eksen2-3-4 vs.) doktorların, bir hastanın ruhsal durumunun farklı şekillerde değerlendirmesine de olanak tanımaktadır. Örneğin, eksen IV bir kişinin psikososyal ve çevresel sorunlarını değerlendirmek için kullanılır ve iş tatminsizliği, patronla anlaşamamazlık vb. gündelik mutsuzluklar bu eksenle kodlanır (İzmir, 2022). Tıpkı bireylerin eşleriyle yaşadığı sorunların ve dolayısıyla duygu durumlarının aynı eksen altında başka bir kod numarasıyla diğerlerinden ayrılması gibi. Bu çok eksenli sistem sayesinde insan duyguları tıp biliminin yörüngesine girmekte ve sayısal verilerle ifade edilen birer kod açılımları halini almaktadır.

Somut veya fiziksel rahatsızlıklar ile duyguyu merkeze alan hastalık tanımlarını aynı kestirilebilirlik içerisinde ele almak, duyguların inşa sürecinde bireye oldukça etkin bir sorumluluk atfederek, toplumla olan ilişkisini pasifize etmektedir. İnsan duyguları bir Manyetik Görüntüleme (MR) cihazında teşhis edilebilen veya kırıldığında alçıya alınabilen yapıda değildir. Dolayısıyla bireyler biraz hamile olamazlar fakat biraz depresyonda olabilmektedirler. Bu noktada antidepresanlar, kişinin zevkleri ve ilgi alanlarını veya fiziksel gerçekliklerini değişmemektedir ve ilaç kullanan kişi aynı kişi olmaya devam etmektedir. Örneğin insanlar ilacı almadan önce eğlence için bisiklete biniyor ya da en sevdikleri eğlence olduğu için alışveriş yapıyorlarsa, genellikle ilacı aldıktan sonra da bunu yapabilmektedirler ancak

psikotrop ilaçlar, bireylerin dış dünyalarında bir değişiklik olmaksızın kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamaktadır.

Günlük duyguları tedavi etmek için ilaç kullanmanın yarattığı sorunlardan biri, ilaçların neden olduğu kopukluğun, insanları günlük hayal kırıklıklarından yalıtma amacıyla birçok kültür tarafından teşvik edilen düşünceli kopukluktan farklı olmasıdır. Zira kültürle teşvik edilen olumsuz duygulardan uzaklaşmada istikrar ve olgunluğa vurgu yapılırken; ilaçla teşvik edilen soyutlanmada, sersemletici ve farkındalığı düşük bir zihin durumu söz konusudur (İzmir, 2022; Sayar, 2016). Bu durumda modern psikiyatrinin insan duygularının giderek daha da hastalıklaşmasına aracılık eden bu yönü; mutsuz insanların düşüncelerini bulanıklaştırarak, kaygılı insanların kaygılarını azaltarak, korkulu veya üzgün insanların korku veya üzüntü duygularına müdahale ederek duygularını tıbbileştirme potansiyeli taşıyabilmektedir.

Ruh sağlığı alanında yaşanan bu tıbbi yayılma, yalnızca bilimsel değil, aynı zamanda ekonomik ve ideolojik bir arka plana da sahiptir. Özellikle antidepresanlar, anksiyolitikler ve diğer psikotrop ilaçların kullanımı, 2000'li yıllardan itibaren küresel ölçekte büyük artış göstermiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 2017 verilerine göre, dünya çapında yaklaşık 300 milyon kişi depresyon tanısı almıştır ve bu sayı her yıl artmaktadır. Türkiye'de ise TÜİK verileri ve Sağlık Bakanlığı raporları, antidepresan kullanımında belirgin bir artış olduğunu göstermektedir (TÜİK, 2022; Sağlık Bakanlığı, 2019). Bu süreç, aynı zamanda politik etkilerden bağımsız tutulamamaktadır. Neoliberal sağlık rejimi içerisinde bireyden beklenen, sürekli üretken, pozitif ve uyumlu olmasıdır. Bu nedenle, yorgunluk, isteksizlik ya da üzüntü gibi duygular, verimliliğin önünde birer engel olarak görülmekte ve tıbbileştirilerek ortadan kaldırılmak istenmektedir (Ehrenberg, 2010; Rose, 2007). Son olarak, duyguların aşırı teşhisi ve tedavi edilmesi yönündeki eğilimler, bireylerin toplumsal koşulların ürünü olan tepkilerini bireysel patolojiye indirgemekte; bu da onların toplumsal değişim için harekete geçme kapasitelerini zayıflatmaktadır. Psikiyatrik otorite tarafından çizilen duygusal normlar, bireyi hem dışsal kontrol mekanizmalarına hem de içsel suçluluk duygularına mahkûm edebilmektedir. Bu çerçevede, duyguların tıbbileştirilmesi meselesi yalnızca bir sağlık sorunu değil, aynı zamanda bir toplumsal kontrol stratejisi olarak ele alınmalıdır.

2.4.1. Ruhsal Sağlığın Standartlaştırılması

Modern psikiyatri ve psikoloji alanlarında son yıllarda gözlemlenen en dikkat çekici eğilimlerden biri, gündelik hayatta deneyimlenen duyguların hızla tıbbileştirilerek patoloji haline getirilmesidir. Bu eğilim, bireylerin ruhsal deneyimlerinin farklılıklarını ve bağlamsallığını göz ardı ederek, her duygusal sapmayı bir tedavi nesnesi haline getirme

sonucunu doğurmaktadır. DSM ve ICD gibi el kitapları ise duyguların tanı kriterlerine göre yorumlanması ve teşhis edilen bozukluklar gibi ele alınmasını sistematikleştirmektedir. Bu durumda duyguların tıbbileştirilmesi, psikiyatrik otoritenin genişlemesi ve bireyin öznel deneyimlerinin araçsallaştırılması olarak değerlendirilebilmektedir. Antidepresanların yaygın kullanımı, bireyin içinde bulunduğu toplumsal, ekonomik ve kültürel koşullardan kaynaklanan ruhsal tepkilerinin “*biyolojik bozukluklar*” olarak etiketlenmesine neden olmaktadır (İzmir, 2022: 54-55). Bu durum, bireyin yaşadığı hüznün, çaresizlik, öfke ya da kaygı gibi duyguların doğal bir tepki değil, “*tedavi edilmesi gereken sapmalar*” olarak görülmesine yol açmaktadır.

Benzer şekilde Welch, Schwartz ve Woloshin (2022), fiziksel sağlıkta gözlemlenen “*riskin hastalıkla eşdeğer tutulması*” eleştirisini, duygular bağlamında da değerlendirmeyi mümkün kılmaktadır. Welch’in ifadesiyle “*normallik alanı daraldıkça, hasta sayısı artmaktadır*” (Welch ve ark.2022:48). Duygular söz konusu olduğunda da bireyin yaşam karşısında sergilediği normatif duygusal tepkiler, giderek daha dar bir "normal" kategorisi içinde değerlendirildiğinden, toplumun büyük kesimi “*tedavi edilmesi gereken*” bireyler haline gelmektedir. Bu durum, hem bireyin tıbbi sistem karşısında edilgenleşmesine hem de yaşadığı duygusal süreçleri içselleştirmek yerine dışsal bir kontrol mekanizmasına teslim etmesine neden olabilmektedir. Illich (1975) bu süreci “*tıbbi hegemonya*” olarak tanımlamaktadır. Ona göre, sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması, beraberinde tıbbileşmenin kültürel bir hegemonya halini almasını da getirmiştir. İnsan acısı ve rahatsızlıkları, artık yalnızca tıbbın müdahale alanına giren birer vaka olarak görülmektedir. Illich, bireyin özerkliğini ve yaşamla kurduğu anlam ilişkisini zedeleyen bu yapının, ruh sağlığı alanında da hastalık icat eden bir düzene evrildiğini belirtir. Artık duygular, içsel deneyimler olmaktan çıkıp, düzenlenmesi gereken kimyasal durumlar haline gelmiştir. Bu yaklaşım, özellikle “*üzüntüsüzlük*” ya da “*sürekli mutluluk*” gibi idealleştirilmiş ruh hallerini norm haline getirmekte, böylece toplumun “*uygun*” olmayan duygulara karşı tahammülsüzleşmesini de beraberinde getirmektedir. Bu durum, Allen

Frances’in (2014) “DSM’nin genişlemesi” olarak tanımladığı eğilimle daha da pekişmiştir. Ruhsal bozuklukların tanımlandığı tanı kitabı olan DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), her yeni baskısında daha fazla “bozukluk” tanımı içermeye başlamış, böylece neredeyse her bireysel farklılık tıbbi müdahalenin nesnesi hâline gelmiştir. Frances bu durumu, “*normalin hastalıklaştırılması*” (medicalization of normality) olarak eleştirir.

DSM (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı), zamanla ruhsal hastalık kategorilerini artırmış; bu süreçte birçok duygusal durum patolojikleştirilmiştir. Maturo (2012), bu durumun bir “biyo-iktidar” mekanizması olarak işlediğini, bireylerin gündelik hayatlarını

tıbbi otoritelerin tanımladığı sınırlar içinde yaşamaya zorlandığını vurgular. Welch ve arkadaşları (2022: 87), bu teşhis bolluğunun aslında birçok sağlıklı bireyin “*potansiyel hasta*” olarak görülmesine neden olduğunu belirtir. Psikiyatrideki bu standardizasyon “kişiye özel” yaşantıların patolojik kodlara indirgenerek değerlendirilmesine yol açmaktadır. Örneğin, kısa süreli üzüntü, motivasyon kaybı ya da yalnızlık gibi insani tepkiler, sıklıkla depresyon teşhisiyle sonuçlanmakta ve birey ilaç tedavisine yönlendirilmektedir. Bu durum yalnızca bireysel değil; toplumsal bir dönüşümün göstergesidir: normalin sınırları, ilaç endüstrisi ve medikal otoriteler tarafından çizilmektedir.

Sosyolojik açıdan değerlendirildiğinde, bu standardizasyonun özne üzerindeki etkileri oldukça belirgindir. Giddens (1991) bireyin geç modern toplumda sürekli bir “*kimlik projesi*” yürüttüğünü ve bu süreçte duygusal iniş çıkışların kaçınılmaz olduğunu belirtmektedir. Ancak bu iniş çıkışlar, tıbbi kategoriler içinde anlamlandırıldığında, birey normalligi kaybettiği endişesiyle kendine yabancılaşır ve hasta sayılır hale gelir. Öte yandan hangi durumda hasta sayıldığımızı tartışırken tıbbileştirme süreçlerinin evrensel olmadığını; kültürel bağlamlara göre değiştiğini de vurgulamak gerekmektedir. Örneğin, Amerika’da sosyal fobi ya da dikkat eksikliği gibi tanıların yaygın biçimde kullanılması, bu toplumun bireycilik, başarı ve performans takıntılı yapısıyla yakından ilişkili olarak değerlendirilmelidir (Elliott, 2000). Oysa bazı Asya toplumlarında sessizlik ya da içe kapanıklık, ruhsal hastalık değil; erdem olarak kabul edilebilmektedir.

Bu çerçevede sormamız gereken asıl soru şudur: Bizi “hasta” kılan nedir? Biyolojik bir bozukluk mu, toplumsal normlardan sapma mı, yoksa ekonomik sistemin taleplerine uymama mı? Illich’in (1975) ifadesiyle, “*Tıbbın sınırları genişledikçe, özgürlük alanlarımız daralır.*” Modern toplumda ruhsal sağlığın standartlaştırılması, bir normallik rejimi üretmekte ve bireyleri bu rejime uyum sağlamaya zorlamaktadır. Tüm bunların sonucunda ise birey hangi toplumsal statüye, bireysel yeteneğe, ekonomik sınıfa, eğitim seviyesine, yaşa, cinsiyete, yaşadığımız semte, kayıplara ve yaşlara sahip ve tabi olursa olsun, her durumda hasta sayılabilmektedir. Hangi durumda hasta olduğu tartışmalarının sonucunda tıbbi hegemonya, kültürel teşvik ve kodlamalar, bireysel içselleştirme pratikleri ve dijitalleşme ile birlikte her durumda hasta olduğu sonucu çıkmaktadır. Sağlıklı olma durumu dahi “hasta olmama” üzerinden okunmakta, hastalık bir şekilde hayatımızın merkezinde duran ve defedilmesi uğruna tüketime yönlendiren bir dizi tahlil, randevu, ilaç, takviye gıdalar aracılığıyla bireylerin kendi kendini disipline etmenin masum araçları ile iç içe yeniden üretilen bir olgu olmaktadır. Dolayısıyla duygusal sağlığın metalaşması ve standartlaşması, bireysel duygulanımları sebebiyle standart kategoriler üzerinden değerlendirilen, bağlamsallıktan koparılan, bireysel

sorumluluğu karşısında pasifleştirilebilen ve -sağlık adına tüketmeye teşvik eden söylemler aracılığıyla – tüketen toplumsal özneler üreterek genellenebilir bir duygulanım yelpazesinde hastalık üretmektedir. Bu tür dışsal belirlenimci yaklaşımlar, bireyin kendi duygusal durumunu anlamlandırma ve öz-eleştiri yapabilme kapasitesini zayıflatmakta; duyguların tarihsel, kültürel ve toplumsal bağlam içinde değerlendirilmesini engellemektedir. Illich'in (1975) ifadesiyle, birey tıbbileştirilmiş bir toplumda "*hastalığa yakalanan değil, hasta olduğu söylenen bir özneye dönüşür.*" Bu dönüşüm, bireyin kendini anlamlandırma süreçlerinde dışsal otoriteye bağımlı hale gelmesine ve kendi duygularına karşı yabancılaşmasına yol açmaktadır. Bireyin kendi yaşamı üzerindeki sorumluluğu "*özgürlük*" kavramıyla bireyselleştirilirken; bu sorumluluğun sınırları, sağlık sistemleri tarafından görünmez bir şekilde çizilmekte ve böylece birey, aslında kendi öznel deneyimlerinin bile sahibi olmaktan çıkabilmektedir. Bunun sonucunda bireyler kendi duygulanımları ve bu duygulanımların sebeplerinin "normal" olup olmadığını anlamlandırmak için kendileri dışında bir uzman görüşüne ihtiyaç duyabilmekte, bir şeylerin normal olup olmadığının onaylanması yoluyla kendine dönük bir bakış inşa etme ihtiyacını giderebilmektedir. Böylelikle ruhsal hastalık tanılarının standartlaştırılması, bireyin özeleştiri mekanizmasını zayıflatarak onu pasifleştirme potansiyeli taşımaktadır. Bu pasifleşme, bireyin duygusal deneyimlerini toplumsal koşullarla ilişkilendirme kapasitesini azaltabilmekte ve öznenin duygularıyla kurduğu bağı kırılgan hale getirebilmektedir. Böylece modern tıbbın sunduğu "duygusal sağlık" tanımları, öznenin içsel deneyimlerine değil, dışsal normlara dayanarak belirlenmiş olmaktadır. Tüm bunlar bireyin yaşadığı duygusal durumlar üzerindeki öznel sorumluluğunu aşındıran bir etki de yaratabilmektedir. Bu sorumluluktan azat olma durumu yalnızca bir sağlık pratiği değil, aynı zamanda bireyin etik ve varoluşsal alanına da müdahale eden bir nitelik taşımaktadır. Bireyin duygularını ve yaşamındaki zorlukları yalnızca dışsal belirleyenlerle açıklaması, özeleştiri mekanizmasını zayıflatarak, yaşamı üzerinde sorumluluk alma kapasitesini azaltabilmektedir. Davranış ve düşüncelerindeki "yolunda gitmeyen" durumların sebebi olarak "hasta olmayı" gösteren bireyin hangi davranış ve düşüncesinin sınırlarının hastalık içinde ve dışında kalabileceği de bulanıklaşmaktadır. Bu eğilim, aynı zamanda neoliberal birey anlayışı ile de örtüşmektedir. Lazzarato'nun (2012) belirttiği gibi, neoliberal özne bir yandan her şeyin sorumluluğunu almaya teşvik edilirken, diğer yandan kendi duygusal durumları ve başarısızlıkları için "biyo-psikolojik" nedenlere sığınarak sorumluluktan kaçma hakkını da elinde tutar. Bu çelişki, bireyi hem "suçlu" hem de "mağdur" olarak konumlandıran bir psiko-politik ikilik yaratır. Dolayısıyla, duyguların tıbbileştirilmesi yalnızca bir teşhis meselesi değil, aynı zamanda bireyin kendi varoluşuna ve

eylemlerine dair sorumluluk alma kapasitesini de yeniden yapılandıran derin bir toplumsal müdahaledir.

2.4.2. İlaç Endüstrisinin Rolü

20. yüzyılın ortalarından itibaren ruhsal rahatsızlıkların biyolojik kökenli olduğu varsayımı, özellikle serotonin ve dopamin gibi nörotransmitterlerin dengesizliğiyle açıklanan depresyon gibi duygusal hastalıkların tıbbileştirilmesinde merkezi bir rol oynamıştır. Bu biyomedikal model, ilaç endüstrisinin yönlendirmeleriyle birlikte “kimyasal denge” mitini üretmiş ve geniş kitlelere pazarlanmıştır. Oysa güncel bilimsel araştırmalar, depresyonun serotonin düzeylerindeki dengesizlikle doğrudan ilişkili olduğunu gösteren net bir biyolojik kanıt olmadığını ortaya koymaktadır (Moncrieff vd., 2022).

Antidepresanların etki mekanizmalarına dair süregelen belirsizliklere rağmen, özellikle seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) gibi ilaçlar dünya genelinde yaygın olarak reçete edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO, 2023) verilerine göre, antidepresan kullanımı son on yılda birçok ülkede %60’ın üzerinde artış göstermiştir. OECD (2022) raporuna göre ise İzlanda, Kanada, İngiltere ve Türkiye gibi ülkelerde antidepresan reçeteleri neredeyse iki katına çıkmıştır. Türkiye’de 2022 yılı itibarıyla yaklaşık 60 milyon kutu antidepresan satılmıştır (TİTCK, 2023).

Mutluhan İzmir, “*Psikiyatride Aşırı Teşhis ve Tedavi Sorunu*” adlı kitabında, antidepresanların çoğu zaman yalnızca hafif duygusal dalgalanmalar veya geçici moral bozuklukları için reçetelendiğini, bu durumun hem bireysel hem de toplumsal düzeyde duygu durumlarının norm dışı olarak kabul edilmesine yol açtığını belirtmektedir (İzmir, 2024:93) Bu noktada kimyasal dengenin bozulduğu söylemi, bireyin yaşadığı sosyal, ekonomik ya da duygusal sıkıntıları patolojik bir arıza olarak sunmakta ve bireyin duygularının toplumsal bağlamdan koparılmasına neden olmaktadır (Conrad, 2007). Maturo (2012) da “medikal söylem”in, normatif duygulanım biçimlerini yeniden tanımlayarak duyguların biyolojik ve kimyasal ölçütler üzerinden değerlendirildiği bir alan oluşturduğunu vurgulamaktadır. Bu söylemde ilaç yalnızca bir tedavi aracı değil, bireyin normlara uygun bir duygulanıma ulaşması için araçsallaştırılmış bir denetim teknolojisidir. Böylece ilaç kullanımı, yalnızca bir tedavi süreci olmaktan çıkmakta ve normallığın yeniden üretildiği bir disiplin mekanizmasına dönüşmektedir (Foucault, 2003). Bu bağlamda kimyasal dengesizlik söyleminin “bilimsel bir gerçeklik”ten ziyade, neoliberal biyopolitik stratejilerle örtüşen bir söylem üretimi olduğu görülebilmektedir. Bireyin kendi duygularını anlama ve yorumlama kapasitesini zayıflatırken, aynı zamanda her duygusal sapmayı farmakolojik müdahaleye açan bir zemin yaratmaktadır.

Böylece ilaç endüstrisinin etkisi, yalnızca reçete sayılarında değil, bireyin kendilik deneyimi üzerindeki belirleyici gücünde de gözlemlenmektedir.

Modern psikiyatri, özellikle depresyon, anksiyete ve dikkat eksikliği gibi duygusal durumların tedavisinde farmakolojik müdahaleleri önceleyen bir yaklaşıma evrilmiştir. Ancak bu evrim, yalnızca bilimsel gelişmelerin değil, aynı zamanda küresel ilaç endüstrisinin ekonomik çıkarlarının da etkisiyle biçimlenmiştir. Bu bağlamda, ilaç endüstrisinin tarafsız bilgi üretimi ilkesiyle olan mesafesi eleştirel bir şekilde tartışılmaktadır. Welch ve arkadaşları, “*Aşırı Teşhis: Sağlıkın Peşinde İnsanları Hasta Etmek*” adlı eserlerinde, birçok tıbbi tedavi rehberinin arkasında yer alan uzmanların çoğunun ilaç firmalarıyla finansal bağlantıları olduğunu vurgulamaktadır. Welch, antidepresanlarla ilgili rehberleri hazırlayan 11 uzmandan 8’inin doğrudan ilaç firmalarından ödeme aldığını belirtmektedir (Welch, vd., 2022:165). Bu durum, tıbbi rehberlerin tarafsızlığını sorgulamak için ciddi bir zemin sunmaktadır. İzmir (2024) de benzer şekilde, psikiyatrik tanılarının genişletilmesinin ve tedavi kriterlerinin esnetilmesinin arkasında sıklıkla ekonomik motivasyonlar olduğunu ifade etmektedir. Ona göre, özellikle antidepresanlar başta olmak üzere psikiyatrik ilaçların yaygınlaştırılması, bireylerin tıbbileştirilmiş kimlikler aracılığıyla kontrol altına alınmasına hizmet etmektedir (İzmir, 2022:75). İzmir, DSM gibi tanı rehberlerinin giderek genişleyen kategoriler üretmesinin, ruh sağlığına dair sınırların bulanıklaşmasına yol açtığını ve bu sürecin ilaç firmalarının yönlendirdiği akademik-psikiyatrik kurullar tarafından şekillendirildiğini belirtmektedir. Maturo, tıbbileştirme sürecini yalnızca klinik pratiklerle sınırlı olmayan, aynı zamanda ekonomik-politik bir ideoloji olarak tanımlamaktadır. Ona göre, sağlık bilgisi üretimi, neoliberal sistemin işleyişine hizmet eden bir “*biyopolitik ekonomi*” haline gelmiştir (Maturo, 2012: 63). Bu bağlamda, ilaç endüstrisi sadece tedavi üretmez; aynı zamanda hastalık da üretmektedir. Tanı kriterlerini yeniden tanımlamasıyla ise normal ile patolojik arasındaki sınırlar sürekli olarak yeniden çizilmektedir.

Günümüzde antidepresanların kullanımı yalnızca bir tıbbi müdahale pratiği değil, aynı zamanda duyguların ve yaşamsal deneyimlerin normatif düzenlenişine dair sosyokültürel bir sürecin parçası haline gelmiştir. Bu durum, özellikle “*antidepresan kullanım bozukluğu* (AKB)” adı verilen yeni bir “*bozukluğun*” ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Temel’e (2020) göre AKB, antidepresanların bilinçsizce, gereksizce, kontrolsüzce ve/veya endikasyon harici biçimde kullanılmasını ifade etmektedir. Bu tür kullanım hem bireysel düzeyde sağlık zararları hem de toplumsal düzeyde etik sorunlar doğurmaktadır. Antidepresan kullanım oranlarındaki artış, ruhsal bozukluk prevalanslarındaki yükselişle orantılı seyretmemektedir. Türkiye’de 2003’te 14,2 milyon kutu antidepresan tüketilirken, bu sayı 2012’de yaklaşık %160’lık artışla

37,35 milyon kutuya ulaşmıştır. Temel'e göre bu artış, yalnızca ruhsal rahatsızlıkların artışıyla değil, aynı zamanda psikiyatrik sınırların genişlemesi ve duygusal deneyimlerin tıbbileştirilmesiyle açıklanabilmektedir (Temel, 2020:423).

Bu bağlamda, “tıbbileştirme” ve onun bir alt biçimi olan “farmasötikalizasyon(ilaçlaştırma)” kavramları yeniden önem kazanmaktadır. Günlük yaşamın parçası olan üzüntü, çekingenlik, yas gibi duygular, tıbbi müdahale gerektiren patolojilere dönüştürülmekte; bu duygulara karşılık reçete edilen ilaçlar, kişinin yalnızca fizyolojik değil, psikolojik bir bağımlılık geliştirmesine de neden olabilmektedir. Bu durum yalnızca tıbbi iyatrojenik ve farmakolojik yan etkilerle sınırlı kalmayıp, bireyin acıyı deneyimleyerek anlamlandırma kapasitesini de baskılamakta, dolayısıyla kültürel ve sosyal iyatrojenik durumlar da oluşturmaktadır. Hatalı klinik muhakemeler, hızlı teşhisler ve bireyin yaşam dünyasına dair yeterli değerlendirme yapılmadan verilen ilaçlar, bireyin özerkliğini ve iyilik halini zedeleyen pratikler olmakta ve tüm bunlar antidepresan kullanım bozukluğunun sebeplerini oluşturmaktadır. Denebilir ki bu bozukluk tanımı birtakım ihmaller, denetimsizlikler, duyguları bağlamsızlaştırarak kriterleştirmeler sonucunda oluşmasına rağmen; onarılması gereken yine bireyin bizzat kendisi olarak değerlendirmektedir. Antidepresan kullanımı başlı başına duyguların aşırı teşhis ve tedavisine olan eğilimi gözler önüne sermekte iken öte yandan fazla kullanımı dahi bir bozukluk olarak sunulmakta ve birey diğer tüm bozuklukları gibi bunu da gidermek için bir takım müdahale, ilaç ,terapi ve başka yaşam tarzı değişikliklerine uygun görülebilmektedir. Önce duyguların bizzat kendisi tıbbileştirilerek ilaçlaşma yoluyla tedavisi önerilmiş ve daha sonra fazla ilaçlaşma da tedavi edilmesi gereken bir sorun olarak tanımlanmıştır. Bireyler duygusal hastalıkları sonucunda ister ilaç kullansın ister kullanmasın veya fazla kullansın her yönden kuşatılan bir hastalık damgasıyla karşı karşıya kalmaktadırlar. AKB'nin bu anlamda yalnızca bir sağlık sorunu değil, aynı zamanda bir “*iyatrojenik bağımlılık*” ve potansiyel bir “*yoksunluk üreticisi*” olduğu da vurgulanmalıdır.

2.5. Toplumsal Sonuçlar

Duyguların tıbbileştirilmesi yalnızca bireyin sağlık sistemine dâhil olma biçimlerini dönüştürmekle kalmaz; aynı zamanda bireyler arası ilişkilerin yapısını, toplumsal dayanışma biçimlerini ve kolektif anlam dünyalarını da önemli ölçüde etkiler. Tıbbileştirilen her duygu, bireysel deneyimlerin anlamlandırılmasını tıbbin otoritesine devrederken; acı, kaygı, korku, üzüntü gibi insanî duyguları sosyal bağlamından koparıp klinik kategorilere dönüştürür (Conrad, 2007). Bu dönüşüm, bireyin yaşadığı duygusal sorunları anlamak için çevresiyle

kurduğu ilişkilere değil, içsel patolojilere ve biyolojik açıklamalara yönelmesini teşvik eder. Böylelikle, bireylerin yaşadığı yalnızlık, yabancılaşma veya geçim kaygısı gibi toplumsal kaynaklı sıkıntılar; medikal bir dil aracılığıyla kişiselleştirilir ve bireyin "tedavi edilmesi" gereken bir sorunu olarak yeniden inşa edilir (Maturo, 2012). Bu durum, toplumsal sorunların üzerinin örtülmesine, empati ve dayanışma gibi kolektif duyguların yerini bireysel çözüm yollarına ve rekabetçi normlara bırakmasına neden olmaktadır. Duyguların tıbbileştirilmesi, bu aşınmayı daha da derinleştirerek bireyler arasında kurulan anlamlı ilişkilerin yerine işlevsel, kısa vadeli ve yüzeysel etkileşimleri koyar. Örneğin bir bireyin yaşadığı derin üzüntü artık çevresi tarafından dinlenip anlamlandırılmak yerine “*tedavi edilmesi gereken bir depresyon*” olarak görülmekte ve bu da sosyal anlayışın yerini tıbbi tanı, yönlendirme ve öğütlere bırakmaktadır. Modern birey, sürekli olarak risk altında hissettiği bir yaşam sürerken, duygular da bir tür risk objesi haline gelmektedir. Anksiyete, kaygı, öfke gibi duygular, bireyin kendisini işlevsiz hissetmesine neden olurken, toplumsal ilişkilerde de güvenin azalmasına ve bireylerin birbirlerine karşı mesafeli ve tedbirli davranmalarına yol açar. Bu durum, ortaklaşa düşünme ve hareket etme kabiliyetlerini zayıflatmakta ve toplumsal dayanışmayı azaltmaktadır. Ayrıca, bu dönüşümün önemli bir sonucu da “*duygusal özelliğin standartlaştırılması*”dır. Hangi duygunun "normal", hangisinin "hastalık" olarak sınıflandırılacağına dair kararlar tıp otoriteleri ve sağlık politikaları tarafından belirlenmekte; bireylerin kendi duygusal deneyimlerine dair sahip oldukları anlam üretme kapasiteleri zayıflamaktadır. Duyguların tıbbileştirilmesiyle birlikte, birey yalnızca “*hasta*” değil, aynı zamanda “*yanlış hissettiği*” için de düzenlenmesi gereken bir özne haline gelmektedir. Bu çerçevede, duyguların tıbbileştirilmesi toplumsal düzeyde bir empati veya karşdakini anlayabilme krizine yol açabilmektedir. Ortak acının yerini bireysel teşhis, dayanışmanın yerini kişisel çözüm arayışı almaktadır. Özellikle dijitalleşme ve neoliberal kültürle birleşen bu dönüşüm, toplumsal bağları zayıflatmakta, sosyal ilişkileri tüketim nesneleri haline getirmekte ve bireyin ruhsal sağlığını daha da kırılgan bir hale getirmektedir.

Duyguların tıbbileşmesi süreci, yalnızca bireysel düzeyde değişimlere yol açmakla kalmaz, aynı zamanda toplumsal ilişkilerin temellerini de sarsan bir etki göstermektedir. Bu dönüşüm, dijitalleşen toplumda daha belirgin hale gelerek internetin ve sosyal medyanın yaygınlaşması, insan ilişkilerinin daha yüzeysel, geçici ve haz odaklı bir hale gelmesine yol açmıştır. Dijital iletişim araçları, bireylerin sosyal bağlarını kuvvetlendirmek yerine, çoğunlukla anlık, geçici tatminlere dayalı, yüzeysel etkileşimlere dönüştürmektedir. Bu durum, dayanışma, empati ve ortaklaşma gibi toplumsal duyguların aşındığı, insanları daha yalnız ve güvensiz bireyler haline getiren bir süreç yaratmaktadır (Bauman, 2007). Dijitalleşen toplum,

bireylerin kendilerini sürekli olarak "*görünür*" ve "*bilinen*" kılma ihtiyacı hissettiği bir ortam sunar. Ancak, bu görünürlük genellikle anlık ve geçici olmaktadır. Bireyler arasındaki bağlar, kişisel değerler ve kalıcı ilişkiler yerine, daha çok anlık haz ve tatmin üzerinden şekillenir. Bu geçicilik, bireylerin toplumsal sorumluluklardan kaçmalarına ve "*sahte aidiyet*" hissi yaşamalarına yol açar (Sennett, 2001). Sanal ilişkilerde duygular genellikle yüzeysel kalır, çünkü bireyler birbirlerinin iç dünyalarını anlamak ve empatik bir bağ kurmak yerine, sadece 'kendisini ifade etmek' ya da 'beğenilmek' gibi kısa vadeli tatminler peşinde koşabilmektedir. Bireylerin kendilerini bu şekilde sosyal medya üzerinden yeniden inşa etmeleri, dijitalleşmenin sunduğu kimlik "*buluşması*" nedeniyle duygusal bir yabancılaşmayı da beraberinde getirmektedir. Tıpkı Foucault'nun iktidar ve bilgi arasındaki ilişkiyi tartışırken ifade ettiği gibi, toplumda normların ve düzenin belirleyicisi olan tıp otoriteleri, duygusal hastalıkların tanımlanmasında da önemli bir rol oynamaktadır (Foucault, 1973). İlaçlar ve tıbbi müdahaleler, toplumsal ilişkileri yeniden şekillendirirken, duygusal sağlığı belirleyen normlar da sıkı bir şekilde tıbbi gözlem altına alınır. Bu normlar, toplumsal bağları gevşetmekte ve insanların kendi duygusal deneyimlerini anlamlandırmasını zorlaştırmaktadır. Dijital ortamda, yalnızca duyguların "*düzeltilmesi*" değil, aynı zamanda bu duyguların ne zaman ve nasıl ifade edilmesi gerektiği de tıbbi ve toplumsal baskılarla belirlenebilmektedir. "*Hüzün*" yerine "*depresyon*"; "*endişe*" yerine "*anksiyete*" gibi kavramlar, bu duyguları daha anlaşılır ve tedavi edilebilir bir biçime sokarken, toplumsal anlayış ve empatiyi de zayıflatma riski taşımaktadır. Toplum, duygu ve deneyimleri standartlaştırarak, bireyi özne olmaktan çıkarır ve bu yönüyle sadece tıbbi tedaviye tabi bir varlık haline getirir (Maturo, 2012). Bu durum, dijitalleşmenin ve sanal ilişkilerin etkisiyle daha da belirginleşir. İnsanlar birbirlerine karşı daha mesafeli, duygusal anlamda daha yabancılaşmış hale gelir. Bağlantılar, kısa vadeli sosyal hazlar peşinde koşan, yüzeysel, anlık beğeniler ve paylaşımlar ile sınırlıdır. Bu süreç, "*gelecek için birlikte düşünme*" ve "*ortak bir amaç doğrultusunda hareket etme*" gibi toplumsal dayanışma ve ortaklaşma duygularını zayıflatabilmektedir. Sanal ortamda bireylerin yalnızca kendilerini ifade etme biçimleri değil, aynı zamanda toplumun ortak değerleri de erozyona uğrar. Bu bağlamda, dijitalleşmenin bireyler arasındaki güven duygusunu nasıl erozyona uğrattığını ve toplumsal dayanışma anlayışını nasıl aşındırdığını görmek mümkündür. Bireysel olarak duygusal hastalıkların tıbbileştirilmesi, toplumda bir genel duygusal kriz yaratırken, aynı zamanda insanlar arasında empati ve anlayış eksikliklerinin artmasına neden olur. Bu durumların toplumsal inşası ise kamuoyu, medya ve reklamlardaki söylemler aracılığıyla tıbbin otoritesini ve duyguların tedavi edilmesine yönelik teşvikleri destekleyen ilaç pazarlamalarıyla birleşerek görünür olmaktadır. Toplumlar artık hastalık toplumları halini almakta ve sağlıklı olma çabası

da her fırsatta yeni bir hastalığa zemin hazırlamaktadır. Dolayısıyla hastalık bir kum saati gibi bir yandan dolarken öte yandan boşalmaktadır. Toplumsal olarak neredeyse herkesin bir şekilde hasta olması ve duyguların da bu sınırlar içerisine dahil olması “*çözüm ararken nerede arayacağını bilmeyen birey*”i inşa etme riski taşımakta ve bu bilmeme hali toplumsal sorunları bireysel olarak ele alırken de karşımıza çıkabilmektedir. Kendi duygu ve düşüncelerinin egemeni bireylerin kendi olmaktan çıktıkça toplumsal dönüşümler ve olaylar karşısında da pasifleşme ihtimali artan bireyler görmek daha mümkün hale gelmektedir. Sorumluluğun kim tarafından nerede üstlenilmesi gereken bir şey olduğu, toplumsal dayanışmanın hangi problemlerde nasıl bir etkisi olduğu; anlayış, hoşgörü, yardımlaşma, nezaket gibi duyguların sosyal bağları ne ölçüde derinleştirme gücünün olduğu gibi sorular cevapsız kaldıkça bireyler yaşadıkları topluma ve tanıklık ettikleri tarihsel süreci yorumlama kabiliyetlerinde de yetersiz kalabilmektedirler. Bu da bireysel problemlerin üstüne eklenen toplumsal problemlerin çözüm arayışıyla birlikte bireyin omuzlarında giderek artan bir yük olarak tasvir edilebilmektedir.

Dijital toplumda süreklilik yerine gelip geçicilik hâkim olmaktadır. Manuel Castells’in (2010) ifade ettiği gibi, ağ toplumunda bireyler birden fazla kimlik arasında mekik dokur; bu kimlikler çoğu zaman birbirinden kopuktur. Bu da bireyin duygusal deneyimlerinde bütünlük sağlayamamasına ve parçalanmış bir özneye dönüşmesine neden olur. Bu parçalanma, duyguların anlaşılması ve başkalarıyla paylaşılması süreçlerinde kırılmalar yaratır. Ortak bir duygusal zeminde buluşamayan bireyler, toplumsal dayanışma duygusunu yitirmekte, bireysel sorunlarını kolektif çözümlerden uzak şekilde yaşamaktadır. Ayrıca, duyguların patolojikleştirilmesi, bireylerin toplumsal nedenlere karşı duyarlılığını da azaltır. Bir depresyon hali, sistematik eşitsizliklerin ya da yalnızlaştırıcı yaşam koşullarının sonucu olsa bile, bireyin iç dünyasına ait bir kimyasal dengesizlik gibi sunulduğunda, sorun toplumsal değil bireysel bir zeminde ele alınır. Böylece birey hem sosyal bağlardan hem de toplumsal sorumluluk hissinden uzaklaştırılır. Bu, sadece bireyin değil, toplumun da duyarsızlaşması anlamına gelmektedir. Konunun devamı niteliğinde olan Jean Baudrillard’ın simülasyon kuramı, günümüz toplumunda gerçekliğin yerini temsillerin aldığına ve artık gerçek ile temsil arasında bir farkın kalmadığına işaret etmektedir. Bu durum, *simülakr* kavramıyla açıklanır. Yani gerçekliğin yalnızca bir temsiline değil, o temsiline kendi içinde yeniden üretiminin dolaşımında olmasıdır. Baudrillard’ın ifadesiyle, “*artık gerçeğe bağ kurmayan bir gösterge bolluğu içinde yaşamaktayız*” (Baudrillard, 2003:8). Duyguların tıbbileştirilmesinin toplumsal sonuçlarına bu perspektiften bakıldığında, orijinal duyguların simülakrlara dönüştüğü bir toplumsal zemin yaratılmakta olduğu söylenebilmektedir. Artık insanlar üzgün olduklarında “*depresyondayım*”

demekte, kaygılı olduklarında ise “*anksiyetem var*” diyerek duygularını yalnızca klinik terimlerle ifade etmektedir. Bu da duyguların özgün ve içsel deneyimler olmaktan çıkıp, toplumsal olarak kabul gören şablonlara ve medikal tanımlamalara indirgenmesine neden olmaktadır. Örneğin Instagram’da bir “duygusal paylaşım” yapmak, genellikle içsel bir çözülmenin değil, simüle edilmiş bir kırılganlığın göstergesi olarak karşımıza çıkabilmektedir. Bu da toplumsal dayanışmayı güçlendirmek yerine rekabetçi ve ölçülebilir bir duygusallık kültürü yaratmaktadır. Birey, kendi duygularının özgünlüğünü sorgulamak yerine, hangi duygunun “doğru” olduğunu tıbbi otoritelerden ya da dijital topluluktan öğrenmeye yöneltilmekte; bu da öznenin kendi duygularına yabancılaşmasını artırmakta ve toplumsal ilişkilerde empati yerine “*normatif duygusal tepkiler*” in taklit edildiği bir yapaylık üretmektedir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ VE VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

3.1. Araştırmanın Yöntemi

3.1.1. Araştırmanın Amacı ve Kapsamı

Hastalık kavramı, modern tıbbın gelişiminde yalnızca biyolojik bir bozulma olarak değil, aynı zamanda toplumsal ve kültürel bağlamlarda tanımlanan bir olgu olarak anlaşılmıştır. Tarihsel süreçte farklı toplumlar, belirli davranış ve durumları “normal” ya da “patolojik” olarak sınıflandırmış, bu da hastalık kavramının sabit bir gerçeklikten ziyade sosyal inşa süreçleriyle belirlendiğini göstermiştir (Illich, 1976). Bu noktada, hastalığın tanımlanma ve sınırlandırılma biçimleri, bizi tıbbileşme olgusuna götürmektedir.

Tıbbileşme (medicalization), 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren tıp sosyolojisinin temel kavramlarından biri olmuştur. Irving Zola (1972), toplumsal sorunların giderek daha fazla tıbbi kavramlarla tanımlandığını ve çözüm yollarının tıbbin alanına taşındığını belirterek kavramın öncül tartışmalarını başlatmıştır. Zola’ya göre bu durum, tıbbin toplumsal kontrol araçlarından biri hâline gelmesine yol açmıştır. Ivan Illich (1976) ise tıbbileşmeyi, modern tıbbin bireyler üzerinde “iyatrojenik” etkiler yaratarak yeni bağımlılıklar ve toplumsal denetim mekanizmaları oluşturması bağlamında eleştirmiştir.

Michel Foucault ise kavramı farklı bir eksende temellendirmiştir. Ona göre modern tıbbin yükselişi, “klinik bakış” (medical gaze) adı verilen yeni bir epistemolojik düzenin oluşumunu beraberinde getirmiştir. Klinik bakış, hastalığın bireyin öznel deneyiminden koparılarak bedenın nesnel bir nesne olarak incelenmesi anlamına gelir (Foucault, 1963/2003). Böylece hasta, kendi deneyiminden çok tıbbi otoritenin gözlemi ve sınıflandırması ile tanımlanır. Bu süreç, modern toplumlarda biyoiktidarın (biopower) temel dayanaklarından birini oluşturur (Foucault, 1976/1993). Biyoiktidar, devletin ve kurumların, nüfusun sağlığını, doğurganlığını, ölüm oranlarını ve genel yaşam koşullarını düzenleme yoluyla toplumsal bedeni yönetmesi anlamına gelir. Bu çerçevede tıbbileşme, yalnızca bireysel hastalıkların tanımlanması değil, aynı zamanda nüfusun yönetilmesi ve düzenlenmesinin bir aracı hâline gelmiştir.

1970’ler ve 1980’lerde Conrad ve Schneider (1992), tıbbileşmeyi sistematikleştirerek sapma davranışlarının tıbbi terimlerle yeniden tanımlanmasının toplumsal düzenin sürdürülmesinde oynadığı rolü ortaya koymuşlardır. Conrad (2007) daha sonraki çalışmalarında kavramı güncelleyerek yalnızca sapma davranışlarının değil, gündelik yaşam

deneyimlerinin ve duyguların da tıbbi müdahale alanına dahil edildiğini belirtmiştir. Böylece tıbbileşme, tarihsel olarak “hastalıkların tanımlanması” sürecinden çok daha öteye geçmiş, bireylerin yaşam biçimlerini, duygusal durumlarını ve toplumsal rollerini düzenleyen kapsamlı bir toplumsal süreç hâline gelmiştir. Bu da araştırmanın temel sorusu olan; insanın fizyolojik hastalıklarının yanında, duygu durumlarının da modern medikal tıp bünyesinde nasıl ele alındığı sorusunu ortaya çıkarmıştır.

Bu araştırma, modern yaşamda duyguların tıbbileştirilmesini ve duygusal hastalıkların toplumsal bağlamlarını sosyolojik bir bakış açısıyla incelemeyi amaçlamaktadır. Bu bağlamda araştırmada; mutsuzluk, kaygı, korku, öfke, yalnızlık, hissizlik gibi duygulanımların nasıl psikiyatrik tanı kategorileri içinde ele alındığı ve bu sürecin toplumsal, kültürel, siyasal ve ekonomik dinamiklerle nasıl ilişkilendiği incelenmeye çalışılmıştır. Araştırmada toplumsal cinsiyet, kent yaşamı, sosyoekonomik nedenler ve eğitim, afetler gibi diğer toplumsal faktörlerin duyguların tıbbileştirilmesiyle ilişkisinin ortaya konması hedeflenmiştir. Bu hedef doğrultusunda ilgili literatür taranmıştır. Elde edilen bilgiler sonucunda duyguların tarihsel süreçte hangi anlamlandırma süreçlerinden geçerek tıp alanına dahil edildiği anlaşılmaya çalışarak duyguların tıbbileşmesinin toplumsal inşası ve bu inşanın sonuçları incelenmeye çalışılmıştır.

Duyguların tıbbileştirilmesi, sosyal bilimler literatüründe görece yeni tartışılmaya başlanan bir olgudur. Genel olarak tıbbileştirme kavramı, bireysel ya da toplumsal sorunların giderek daha fazla biçimde tıp alanının sınırları içine taşınmasını ve bu sorunların tıbbi bir dille yeniden tanımlanmasını ifade eder (Conrad, 2007). Uluslararası literatürde, özellikle sağlık sosyolojisi, psikiyatri ve kültürel çalışmalar ekseninde bu konuya ilişkin dikkate değer katkılar bulunmakla birlikte, duyguların tıbbileştirilmesi özelinde yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır.

Uluslararası literatür incelendiğinde, öncelikle Peter Conrad’ın (2007) medikalizasyon üzerine yaptığı çalışmalar öne çıkmaktadır. Conrad, tıbbın yalnızca hastalıklarla sınırlı kalmadığını, toplumsal sorunların giderek artan biçimde tıbbi çerçevede ele alındığını göstermiştir. Ancak onun çalışmaları duyguların kendisine değil, daha genel medikalizasyon süreçlerine odaklanmıştır. Horwitz (2002), “ruh sağlığı bozukluğu (mental illness)” kavramının sosyal inşa süreçlerine dikkat çekmiş ve ruhsal sorunların kültürel bağlamlara göre farklı biçimlerde tanımlandığını ortaya koymuştur. Bu perspektif, duyguların da toplumsal olarak inşa edildiğini ima etse de doğrudan duyguların tıbbileştirilmesi konusunu merkezine almamaktadır.

Ehrenberg (2010), modern toplumda depresyonu bir “tükenmişlik” sendromu olarak tanımlamış ve performans kültürü ile bireysel yetersizlik hislerinin depresyonu tetiklediğini

ileri sürmüştür. Bu yaklaşım, özellikle neoliberal toplumlarda duygusal hastalıkların toplumsal temellerine ışık tutması bakımından önemlidir. Benzer biçimde Illouz (2007), modern kültürde duyguların metalaşmasını ve terapötik söylemin gündelik yaşamda yaygınlaşmasını ele almıştır. Hochschild'in (1983) "duygulanım emeği" (emotional labor) kavramı da duyguların toplumsal bağlamda düzenlendiğini göstermesi açısından dikkat çekicidir. Ancak bütün bu çalışmalar Batı toplumlarına odaklanmakta; duyguların tıbbileştirilme süreçlerini, Türkiye gibi farklı sosyo-kültürel bağlamlarda doğrudan ele almamaktadır.

Türkiye literatürü değerlendirildiğinde ise medikalizasyon tartışmalarının özellikle sağlık politikaları, ilaç kullanımı ve aşırı teşhis konularında yoğunlaştığı görülmektedir. Mutluhan İzmir'in (2022) Antidepresan Tuzağı adlı çalışması, psikiyatride aşırı teşhis ve tedaviye eleştirel bir bakış sunarken; Welch, Schwartz ve Woloshin'in (2022) çalışmasının Türkçeye çevrilmiş versiyonu, aşırı teşhis meselesini sağlık sistemine yönelik genel bir sorun olarak tartışmaktadır. Bu eserler, tıbbileştirmenin eleştirel değerlendirmesi açısından önem taşımakla birlikte, daha çok klinik psikiyatri veya eleştirel tıp perspektifine dayalıdır. Sosyolojik açıdan duyguların nasıl inşa edildiğini ve hangi toplumsal koşullarda "hastalık" kategorisine dönüştüğünü açıklamaya yönelik kapsamlı bir araştırmaya rastlanmamaktadır. Dolayısıyla, literatürde üç temel boşluk göze çarpmaktadır:

1. Duyguların tıbbileştirilmesi uluslararası çalışmalarda dolaylı biçimde ele alınmakta veya duygular tek bir duygu özelinde ele alınmakta (Örneğin mutsuzluğun tıbbileştirilmesi gibi) ancak doğrudan araştırma konusu yapılmamaktadır.

2. Türkiye bağlamında duyguların toplumsal inşası ve tıbbileştirilmesi üzerine sosyolojik araştırmalar sınırlıdır.

3. Mevcut çalışmalar çoğunlukla teorik düzeyde kalmakta; saha verisine dayalı ampirik araştırmalar yetersizdir.

Bu araştırma, söz konusu boşluğu doldurarak duyguların toplumsal inşasını ve tıbbileştirilmesini hem teorik hem de ampirik düzeyde ele almaya; modern tıp, neoliberal sağlık politikaları ve gündelik yaşam deneyimlerinin kesişiminde duyguların nasıl yeniden tanımlandığını ortaya koymaya çalışmaktadır. Bu bağlamda içine duyguları da alacak şekilde daha geniş bir alanı etkisine alan tıbbileşme kavramı çok boyutlu olarak tartışılabilecektir. Bu kapsamda araştırmanın temel sorusu farklı sosyo-kültürel koşullara sahip katılımcıların duygularının tıbbileştirilme sürecini nasıl deneyimledikleridir. Bu temel soruya bağlı olarak araştırmada şu alt sorulara cevap aranmaktadır:

1. Katılımcılar gündelik yaşamda hangi duyguları yoğun hissetmektedir?
2. Katılımcılar için duyguların sınırları var mıdır?

3. Katılımcıların uzmana başvurma sebepleri nelerdir?
4. Duygusal hastalıklar cinsiyete göre farklılaşmakta mıdır?
5. Katılımcılar duygusal hastalıklar için nasıl alternatifler geliştirmişlerdir?
6. Katılımcıların duygusal hastalıkları toplumsal olaylardan nasıl etkilenmiştir?
7. Uzman katılımcılar duygusal hastalıkların tanı kriterlerine göre değerlendirilmesi hakkında ne düşünmektedir?
8. Uzman katılımcılara göre cinsiyete göre farklılaşan duygusal hastalıklar nelerdir?
9. Uzman katılımcılar ilaç tedavisini nasıl değerlendirmektedir?
10. Uzman katılımcılar duygusal hastalıkların artışını nasıl açıklamaktadır?

3.1.2 Evren ve Örneklem

Katılımcıların deneyimlerinin matematiksel formüllerle açıklanamayacağı göz önünde bulundurularak, bu çalışma nitel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik yaklaşım ile tasarlanmıştır. Genel olarak nitel araştırma, bireylerin algılarının ve olayların doğal bağlamında gerçekçi ve bütüncül bir şekilde incelenmesine odaklanan bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Yıldırım vd., 2000: 39). Fenomenolojik araştırmalar ise, insanların yaşadıkları dünya içinde karşılaştıkları olay veya olguları nasıl algıladıkları ve deneyimledikleri üzerine odaklanır (Yıldız vd., 2012,82). Marton (1986) fenomenolojik yaklaşımı, farklı bireylerin bir olguyu anlama ve algılama biçimlerindeki farklılıkları gözlem ve deneyim yoluyla betimlemeyi amaçlayan bir yöntem olarak ifade etmiştir (Yıldız vd., 2012: 89).

Fenomenolojik araştırmanın temel amacı, bir olgunun farklı bireyler tarafından nasıl deneyimlendiğini ve anlamlandırıldığını ortaya koymaktır. Bu yüksek lisans tezinde, duygusal hastalığı sebebiyle uzman desteği almış bireylerin terapi ve tedaviye dair deneyimleri, uzmana gitmeye karar verme süreçleri ve süreci yönetme biçimleri incelenerek yorumlanması hedeflenmektedir.

Fenomenolojik çalışmalarda örneklem seçimi sınırlı ve özel bir strateji gerektirir. Araştırmada, katılımcıların fenomene dair deneyimlerinin açıkça ifade edilebilmesi ve evreni temsil edebilmesi büyük önem taşır (Creswell, 2013:156). Bu nedenle çalışmanın evreni, psikolog veya psikiyatriste gitmiş kadın ve erkek bireylerden oluşmaktadır. Katılım, gönüllülük esasına dayanmakta olup örnekleme kriteri olarak yalnızca bir uzmana başvurmuş olmak belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğü ise veri doygunluğu esasına göre belirlenmiştir; katılımcı yanıtları birbirini tekrar etmeye başladığında ve yeni veri elde edilemediğinde derinlemesine görüşmeler sonlandırılmıştır.

Ayrıca, katılımcıların deneyimlerinin daha iyi anlaşılabilmesi amacıyla, psikolog ve psikiyatrist olan iki uzmanla da görüşme yapılmış ve uzmanların gözlemleri de değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırmanın problem ve alt problemlerinin keşfi ve açıklığa kavuşturulması amacıyla, olasılıksız örneklem yöntemi tercih edilmiştir. Bu kapsamda, amaçlı örnekleme yöntemlerinden kartopu (zincirleme) örnekleme yöntemi uygulanmıştır.

Kartopu örnekleme yöntemi, araştırma problemine dair zengin ve değerli bilgi kaynağı olabilecek birey veya durumların belirlenmesinde kullanılmaktadır (Yıldırım vd., 2000:107). Bu yöntem, özellikle katılımcılara erişimin zor olduğu ve araştırma evreninin sınırlı olduğu durumlarda tercih edilir. Günümüzde psikolog veya psikiyatr desteği alan bireylerin sayısı giderek artsa da deneyimlerini damgalanma endişesi taşımadan paylaşmayı kabul eden kişi sayısının sınırlı olduğu düşünülmektedir ve hasta mahremiyeti nedeniyle bu kişilere ulaşmak güçtür. Bu nedenle, çalışmada kartopu örnekleme yöntemi, en uygun örneklem stratejisi olarak belirlenmiştir.

Araştırmada öncelikle psikiyatriste gitmiş birkaç katılımcıya ulaşılmış ve görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların yönlendirmesiyle yeni bireyler araştırmaya dâhil edilerek örneklem kademeli olarak genişletilmiştir. Yeni katılımcılara tanıdık referansları aracılığıyla ulaşılması, görüşmeci ile katılımcı arasındaki güven ilişkisini kurmada kolaylık sağlamıştır.

Örneklemin çeşitliliği ve veri zenginliğini artırmak amacıyla, ilk görüşmeler farklı görüşmecilerle gerçekleştirilmiş ve birbirinden bağımsız birkaç kartopu ağı oluşturulmuştur. Çalışmaya katılan uzman hekimlerle yapılacak görüşmelerden önce, randevu almak amacıyla iletişim kurulmuş ve planlanan tarihler doğrultusunda derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada görüşlerine başvurulmuş duygusal sebeplerden hekime başvuran veya yönlendirilen yetişkin bireyler ve uzmanlarla derinlemesine görüşmeler yoluyla elde edilen veriler araştırma konusu bağlamında analiz edilip sonuçlar değerlendirilmiştir. Çalışmaya 20 katılımcı ve 2 uzman katılımcı dahil edilmiş ve çalışma boyunca “K” harfi katılımcıları, “U” harfi ise uzman katılımcıları ifade etmek için kullanılmıştır. Araştırma verilerinin analizinde betimsel içerik analizinden faydalanılarak görüşme kayıtları deşifre edilmiş, deşifre edilen görüşmeler tekrar tekrar okunarak kodlar oluşturulmuş, oluşturulan kodlar görüşme soru ve cevaplarıyla uyumlu şekilde temalaştırılarak veriler katılımcıların cevaplarıyla ilişkisel olarak literatür yardımıyla değerlendirilmiştir. Böylece insan duyguları ve modern tıp ilişkisinin geçirdiği bireysel ve toplumsal dönüşümler, hekim ve danışan olmak üzere iki ayrı perspektiften ele alınarak objektif bir değerlendirme hedeflenmiştir.

3.1.3 Araştırmada Verilerin Toplanması ve Analizi

Çalışmada nitel veri toplama araçlarından olan derinlemesine görüşme formu kullanılmış olup sorular yarı yapılandırılmış sorulardan oluşturulmuştur. Katılımcılar ve uzman katılımcılar olmak üzere iki ayrı görüşme formu oluşturulmuştur. Katılımcı formu yedi ana başlık altında sıralanmış soruları kapsamaktadır. Bu başlıklar sırasıyla genel yaşam deneyimi ve duygular (1), duyguların tıbbileştirilmesi deneyimi (2), sağlık sistemine ve tıbbileştirilme sürecine ilişkin algılar (3), alternatif anlamlar ve direniş biçimleri (4), zaman ve mekân bağlamı (5), toplumsal cinsiyet perspektifi (6), duyguların zaman içinde dönüşümü (7) başlıklarından oluşmaktadır. Böylelikle görüşme esnasında belirli bir sıra takip edilebilmiştir.

Uzman görüşme formunda ise kısa ve açık uçlu on yedi soru bulunmakta ve bu sorular hekim ve uzman gözüyle tıbbileşen duyguların nasıl ele alındığının değerlendirilmesinde, bireylerin en çok mustarip olduğu hastalıklar ve tedavi arayışlarının yorumlamasında, sağlık politikaları ve kurumsal farklılıkların hastaları ve tedavileri nasıl etkilediğinin incelenmesinde yararlanılan sorular olmaktadır. Olasılıksız örneklem yöntemi olan kar topu örnekleme tekniğinin kullanıldığı bu çalışmada, söz konusu bireylerin duyguları ve duygusal deneyimleri olacağından görüşmelerin karşılıklı güven temelinde gerçekleşmesinin elzem olduğu düşünüldüğü için bu yöntem uygun görülmüştür. Bireyler duygularını, duygusal hastalıklarını veya yaşamış veya halen yaşamakta oldukları süreçleri açarken çekingen davranabilmekte veya damgalanma korkusu yaşayabilmektedirler. Ayrıca bir problemi dile getirirken onun gelişim seyrinin de hatırlanması sebebiyle zaman zaman üzülebilmekte, iç geçirebilmektedirler. Bu sebeple görüşülen katılımcıların yalnızca çalışmaya sunacağı katkı gözetilmemiş; rahat ve güvende hissedebilmeleri için de özen gösterilmiştir.

Görüşmeler katılımcıların uygun gördükleri mekanlarda gerçekleşmiş; bu mekanlar ev, iş yeri, kafe, park, alışveriş merkezi gibi yerlerden oluşmaktadır. Katılımcıların her birine araştırmanın gönüllülük esasına dayandığı ve istenmediği takdirde soruya cevap vermeme veya araştırmadan çekilme hakkının olduğu bilgisi verilmiş sözlü onam alındıktan sonra görüşmeler ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmıştır. Uzman katılımcılar ile görüşmeden önce randevu oluşturulmuş ve görüşmeler katılımcıların uygun gördükleri mekanlarda gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada veri toplarken açık uçlu ve keşfetmeye yönelik olması sebebiyle yarı yapılandırılmış soru formu kullanılmıştır. Bireylerin duygusal deneyimleri ve tedavi süreçlerine yönelik soruların yöneltildiği bu görüşmelerde soruların açık uçlu olması, hem katılımcıların farklı açılardan yanıt geliştirebilmesine hem de araştırma yürütücüsünün alt başlıklarla soruları derinleştirmesine imkân sağlamıştır. Araştırmada, geçmişte veya halen duygusal bir hastalığı

olan 12 kadın, 8 erkek ve psikiyatr ve psikolog olan 1 kadın, 1 erkek olmak üzere toplam 20 katılımcı ve 2 uzman katılımcıyla derinlemesine yüz yüze görüşmeler yapılmıştır.

Çalışmada en kısa görüşme 15 dakika, en uzun görüşme ise 60 dakika sürmüştür; ortalama görüşme süresi 40 dakika olarak gerçekleşmiştir. Katılımcılar içindeki en küçük yaş 24, en büyük yaş 73, ortalama katılımcı yaşı ise 43 olarak hesaplanmıştır. Görüşmeler Antalya’da ve İstanbul’da gerçekleştirilmiştir. Araştırmacının bu iki şehirdeki ilişki ağları, -araştırma konusunun duygusal hastalıklar gibi hassas sayılabilecek bir konuyu ele almasından kaynaklı- görüşmelerin kabul edilmesinde güven bağının oluşmasını sağlamış ve elde edilecek veri güvenilirliği nedeniyle araştırma Antalya ve İstanbul şehirlerinde gerçekleştirilmiştir.

Görüşmelerin büyük çoğunluğu sessiz bir ortamda gerçekleştirilmiş yalnızca birkaç görüşme kafe veya alışveriş merkezi olması sebebiyle nispeten gürültülü ortamlarda gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerde mekân seçimi katılımcıya bırakılmış; katılımcının soruları cevaplarken rahat ve güvende hissetmesi sağlanmaya çalışılmıştır. Katılımcıların tamamı görüşmenin kayıt cihazı ile kayıt altına alınmasına gönüllü olarak onay vermiştir. Böylelikle görüşmelerin veri kaybı yaşanmadan yazıya dökülmesi daha mümkün hale gelmiştir.

Katılımcılara ulaşırken kartopu örneklem yöntemi kullanılması sebebiyle görüşmelere başlamadan gerekli bilgilendirme yapılarak araştırmanın amacı ve yöntemi aktarılmış; görüşmeye katılmayı uygun bulan bireylerle randevu oluşturularak gerçekleştirilmiştir. 27 Nisan 2025- 15 Haziran 2025 tarihleri arasında gerçekleştirilen bu görüşmelerin tamamı yüz yüze derinlemesine görüşme tekniği uygulanarak yapılmış olup bir günde en fazla görüşülen kişi sayısı 6 olmuştur. Günde birden fazla katılımcıyla görüşme yapabilmek saha çalışmasının daha kısa sürede tamamlanmasına sebep olmuş ve veri doygunluğa ulaşıldığında görüşmeler sonlandırılmıştır. Ayrıca çalışmanın konusu bağlamında uzman kişilerin deneyim, gözlem ve bilgilerinden faydalanılarak karşılıklı bir bakış sunabilmek ve konuyu çok yönlü ele alabilmek mümkün hale gelmiştir. Ayrıca çalışmaya Akdeniz Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan 22.04.2025 tarihli 243 sayılı karar ile etik kurul onayı alınmıştır.

Araştırmanın analiz yöntemini betimsel analiz oluşturmaktadır. Buna göre görüşmeler sonunda elde edilen veriler yazıya döküldükten sonra tekrar okunarak temalaştırma gerçekleştirilmiştir. Böylelikle neden – sonuç ilişkisi kurularak betimlenen veriler, veri analizi bölümünde sunulmuştur. Görüşme verileri, nitel veri analizine uygun biçimde çözümlenmiştir. Kodlama süreci, veriden tümevarımsal biçimde temaların oluşturulmasını içermektedir. İlk aşamada açık kodlama yapılmış, benzer anlamlar taşıyan ifadeler bir araya getirilerek kategoriler oluşturulmuştur. Bu süreçte sistematik yaklaşım izlenmiş; kodlar ve temalar arası

ilişkiler sürekli karşılaştırmalı analiz yöntemiyle gözden geçirilmiştir. Ayrıca Yıldırım ve Şimşek'in (2000) belirttiği nitel analiz adımları referans alınarak temalar nihai biçimine ulaştırılmıştır.

Araştırmada etik konulara dikkat edilmiş ve katılımcıları deşifre etmemek adına verileri yazıya dökerken katılımcılar kodlama yöntemiyle yazıya geçirilmiş ve anonimleştirilmiştir. Katılımcılar 'K' harfi ile belirtilmiş ve görüşme sırasına göre numaralandırılmıştır. Benzer şekilde uzman katılımcılar 'U' harfi ile belirtilmiş ve numaralandırılarak katılımcı profili tablosuna eklenmiştir.

Görüşmeler öncesinde katılımcılarla iletişim kurulmuş, araştırmanın amacı ve süreci hakkında bilgi verilmiş ve randevu alınmıştır. Görüşme sorularını önceden görmek isteyen katılımcılarla yarı yapılandırılmış soru formu paylaşılmıştır. Katılımcılar, istemedikleri sorulara yanıt vermeme hakkına sahiptir; bu sayede hem gönüllülük ilkesi korunmuş hem de katılımcıların kendilerini rahatça ifade edebilecekleri bir ortam sağlanmıştır.

Veri analizi süreci, betimsel analiz yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Bu yöntemde, elde edilen bulgular açık ve sistematik bir şekilde betimlenmiş, yorumlanmış, neden-sonuç ilişkileri üzerinden incelenmiş ve sonuçlandırılmıştır. Elde edilen veriler düzenlenerek okuyucuya sunulmuştur (Yıldırım vd. 2000: 224). Veri analizi sırasında, deşifre edilen metinler tekrar tekrar okunarak temalaştırılmıştır. Bu doğrultuda 8 ana tema ve 2 alt tema bulunmaktadır.

İlk ana temayı genel yaşam deneyimleri ve duygular: psikolojik bireyliğin yansımaları teması oluşturmaktadır. Bu tema katılımcıların gündelik hayatlarını nasıl deneyimlediklerini ve bunu duygusal/psikolojik düzeyde nasıl ifade ettiklerini ortaya koymaya yönelik oluşturulmuştur. Tema oluşturulurken katılımcıların "sürekli kaygı hissetmek, hayattan keyif alamamak, yalnız hissetmek, güvensiz hissetmek, duyguları bastırmak gibi ortak ifadeleri kodlanmış ve bu kodlardan günlük yaşamda kaygı ve stresin yoğunluğu, gelecek belirsizliği ve umutsuzluk, tükenmişlik, yalnızlaşma ve sosyal yabancılaşma, aile ve çevre ile çatışma, duyguların bastırılması, yetersizlik hissi ve kıyas yapma gibi alt temalar oluşturularak ana temanın içeriği oluşturulmuştur.

İkinci ana temayı duyguların sınırları oluşturmaktadır. Bu tema katılımcıların duygularını ifade etme, bastırma, toplumsal normlara uyum sağlama ya da taşma noktalarına gelme biçimlerini ve bu biçimlerin nasıl içselleştirildiğini incelemektedir.

Üçüncü ana tema olan ideal ruh halinin güreceliği, katılımcıların "nasıl hissetmeleri gerektiğine" dair toplumsal, kültürel ve bireysel beklentilerinin birbirini destekleyen ve çelişen yanlarını ortaya koyarak ideal duygu tanımının inşasını anlamaya yönelik olmaktadır. Temanın kodlarını mutlu olmak zorunda hissetme, çevresel baskı ve yönlendirme, aile veya çevrenin

mutluluk beklentisi, olumsuz duyguları patolojik tanımlama eğilimi, göreceli mutluluk ölçütleri oluşturmaktadır. Böylelikle bu ana tema üç ana noktaya odaklanarak oluşturulmuştur. İlki toplumsal mutluluk baskısı ve mutluluğa yüklenen anlamlar, ikincisi olumsuz duyguların değersizleştirilmesi veya hastalık olarak tanımlanması, üçüncüsü ise göreceli ideal duygu tanımlamaları olmaktadır.

Dördüncü ana tema olan “Duygusal Deneyimlerin Hastalık Olarak İnşası: Odağı anlamdan belirtiye kaydırmak” temasının, bu çalışmanın odak noktasını oluşturan tıbbileştirme sürecini incelemeye giriş niteliğinde olduğu söylenebilir. Bu ana tema altında katılımcıların ve uzman katılımcıların duygusal deneyimleri anlam düzeyinde mi yoksa belirti düzeyinde mi ele aldıkları araştırılmıştır. Temanın kodlarını “depresyonda hissetmek, kaygı yerine anksiyete kavramını kullanmak, sıkıntıların hastalıkla açıklanma eğilimi, uzmana gidildiğinde duygunun değil semptomların anlatılması, temel fizyolojik durumların (örneğin uyku) psikiyatrik hastalık olarak düşünülmesi” oluşturmaktadır. Bu da bu temanın, gündelik ifadelerle giren tıbbi kavramlar, anlamdan belirtiye kayma, aşırı teşhis riski, olağan tepkilerin hastalık olarak değerlendirilmesi bağlamlarında araştırılmasını mümkün kılmıştır.

Dördüncü ana temanın ilk alt teması olan “Uzmana Başvurma Sebepleri” temasının altında; bireysel başa çıkma sınırlarının aşılması, sosyal destek eksikliği ve yalnızlık, çalışma yaşamının getirdiği stres, ailevi sorumluluk ve yükler, sağlık için kaygılanma, tıbbi çözüm beklentisi, sosyal yönlendirme ve baskı, uzmanı güvenli alan olarak görme kodları incelenmiştir.

Dördüncü ana temanın ikinci alt teması olan “İlaç Tedavisinin Başka Bir Yönü: Duygulara kimyasal kelepçe takmak” teması, ilaçları yalnızca tedavi edici nitelikleriyle değil aynı zamanda duyguları sınırlayabilen, düzenleyen ve baskılayabilen yönüyle de ele almanın önemine vurgu yapmaktadır. Ayrıca bu alt tema altında yan etki ve aşırı teşhis, aşırı tedavi kavramları da katılımcı ifadelerinden hareketle araştırılmıştır. Temanın kodlarını ise bağımlılık hissi ve yoksunluk, semptom baskılayıcı tedavi, doğal duyguların silikleşmesi ve hissizlik, “normal” duyguya sahip olmanın ne anlam ifade ettiği oluşturmaktadır.

Beşinci ana tema olan “Duyguların Cinsiyetlendirilmesi”, duyguların biyolojik olarak değil, toplumsal cinsiyet rolleri ve kültürel normlarla şekillendiğini katılımcı görüşlerinden hareketle açıklamak için oluşturulmuştur. Katılımcı ifadeleri üzerinden, kadınların ve erkeklerin duyguları ifade etme, bastırma ya da içselleştirme biçimlerinin nasıl farklılaştığı analiz edilmek istenmiştir. Bu bağlamda toplumsal beklenti ve duygusal rollerin dağılımı, erkeklik ve duyguların bastırılması, kaygı ve endişenin kadına has değerlendirilmesi, erkek öfkesinin meşrulaşma potansiyeli gibi kodlar, bu temanın oluşturulmasında fayda sağlamıştır.

Altıncı ana tema olan “Sosyoekonomik Bağlam” teması, katılımcıların ekonomik koşullarının duygusal sağlıkları üzerindeki etkilerini ortaya koymak açısından oluşturulmuştur. Bu tema altında gelir durumu, borçluluk, yoksulluk, iş güvencesizliği, eğitim ve sosyal statünün etkisi, gelecek kaygısı ve belirsizlik gibi kodlardan faydalanılarak sosyoekonomik koşulların hem duygusal hastalıkların inşa süreciyle ilişkisi hem de hastalıkların tedavi sürecinde ortaya çıkardığı ekonomik ve manevi yüklerin, duygusal hastalıkları yeniden üretici etkisi karşılıklı tartışılmaya çalışılmıştır.

Yedinci ana tema olan “Kolektif Travmalardan Duygusal Hastalıklara” temasında katılımcıların yaşadığı duygusal sorunların yalnızca bireysel yaşamlarıyla değil, toplumsal olaylarla da ilişkili olduğu tartışılmıştır. Burada pandemi, deprem, yangın, göç, suç oranlarındaki artış, siyasi belirsizlikler gibi kodlarla duygusal hastalıkların nasıl toplumsal zeminden etkilenebildiği açıklanmaya çalışılmıştır.

Sekizinci ve son ana tema olan “Alternatif Anlamlar ve Direniş Biçimleri” temasında ise katılımcıların duygusal deneyimlerini sadece tıbbileştirilmiş veya toplumsal normlarla biçimlendirilmiş deneyimler olarak kabul etmedikleri, kendi bireysel anlamlar üretebildikleri ve olumsuz duygu durumlarına direniş stratejileri geliştirdikleri ortaya konmaya çalışılmıştır. Bu temanın oluşturulmasında ise “duygusal deneyimlerin yeniden anlamlandırılması, tıbbileştirmeye karşı direnme, bireysel başa çıkma yöntemleri, sosyal destek ve paylaşımın etkisi kodlarından yararlanılmıştır. Son olarak tüm bu temalar doğrultusunda açıklamalar yapılmış ve yorumlar geliştirilerek araştırma sonuçlandırılmıştır.

3.1.4 Araştırmanın Güvenilirlik ve Geçerliliği

Araştırmanın amaçladığı sosyal gerçekliği anlamak ve açıklamak için hem geçerli hem de güvenilir olması gerekir. Araştırmanın, gerçekten ölçmek istediği konuyu doğru biçimde ölçebilmesi geçerliliği, araştırmanın tekrarlandığında benzer sonuçların elde edilebilmesi ise güvenilirliği ifade eder. Creswell’e (2013:249) göre, nitel araştırmalarda geçerlik, bulguların doğruluğunu değerlendirme amacı taşıyan bir süreçtir.

Araştırmada olasılıksız örneklem yöntemlerinden amaçlı örnekleme tercih edilmiş ve katılımcılara ulaşmada kartopu tekniği uygulanmıştır. Ayrıca, araştırma bulgularının literatür ve araştırma problemleriyle tutarlılığı denetlenmiştir.

Araştırmacının ön yargılardan uzaklaşabilmesi ve nesnelliği sağlayabilmesi için saha çalışması öncesinde, uzmana danışan bireylere ilişkin mevcut literatür detaylı biçimde taranmış ve önceki araştırma verileri incelenmiştir. Elde edilen bulgular, bu literatür verileri ile karşılaştırılarak yorumlanmıştır.

Nitel araştırmalarda güvenilirlik araştırmanın tekrarlandığında benzer bulguların elde edilmesiyle; geçerlik ise ölçmek istediği şey ile ölçtüğü şeyin tutarlı olmasıyla açıklanabilmektedir. Bu bağlamda araştırma katılımcılar ve uzman katılımcılar olarak iki koldan yürütülmüş ve hem hastalık tanısı alan bireylerin hem de bu tanıyı koyan uzmanların görüşleri incelenmiştir. Araştırmanın bulguları, duyguların tıbbi terimlerle açıklanarak sapma, hastalık, anormal olarak tanılanması durumları ve ilgili literatürle tutarlıdır. Ayrıca toplumsal problemler ile bireysel problemlerin i içeliğini, makro faktörlerin bireysel yaşamı ne ölçüde dnştrdğnn cevaplarını sunması bakımından da geçerli olduğu düşünülmektedir. Sahaya çıkmadan önce araştırmayla bağlantılı konularda ilgili literatür taranmış ve Türkçe başta olmak üzere yabancı kaynaklardan makale çevirileri yapılarak konunun Türkiye ve diğer ülkelerde nasıl deneyimlendiği incelenmiştir. Konuya ilişkin çeşitli istatistiklere erişilerek sağlık, hastalık, antidepresan kullanım oranları, kullanım yaşları ve diğer değişkenler ile ilişki sunan tablolar incelenmiş ve literatür okumaları tamamlandıktan sonra sahaya çıkılmıştır. Araştırma yürütücüsü, araştırmanın tutarlılığına zen göstermiş ve katılımcıların bulguları olduğu haliyle sunulmuştur.

3.1.5 Araştırmanın Temel Kabulleri

Araştırmanın temel kabul, insan duygularının tıbbileştirilmesi ve bu duyguların modern psikiyatri merkezinden ele alınmasının bütünsel ve sürdürülebilir bir çözüm sunmaktan uzak olduğudur. Duyguların hastalık olarak tanımlanma süreci toplumsal olarak yaşanan değişimlerden bağımsız düşünülememektedir. Ekonomide, siyasette, eğitim sisteminde, ülkelerin uluslararası politikalarında yaşanan değişim ve dönüşümler bireysel yaşantıları da etkileyip değiştirmekte ve neoliberal politikalar derinleştikçe ‘hak’ olan hemen her şey metalaşmaktadır. Dolayısıyla sağlığın sektrleşerek ticari krı maksimize etmeye yönelik işleyişleri, hastaların birer tketickiye dönüşmesine, sağlığın alınıp satılan bir meta haline gelmesine sebep olmaktadır. Dolayısıyla ticari bir zeminde şekillenen sağlık kurumlarının tedavi edici etkisi, yerini semptom baskılayıcı tedavilere bırakmakta ne tamamen iyileştirmekte fakat ne de lme varacak kadar hasta bırakmaktadır. Sağlıklı olmaktan anlaşılan şeylerin sınırlarının oldukça genişlemesi, buna paralel olarak hasta olma halinin sınırlarını da bulanıklaştırmakta ve bireyler sağlıklı olmak adına tüketime teşvik edilmektedirler. Ne var ki söz konusu duygusal hastalıklar olduğunda etik ihlaller daha tartışmalı hale gelebilmekte ve ne tanının ne de yanlış teşhisin kanıtlanabilirliğinin daha az mümkün oluşundan kaynaklı, ilaç bağımlılıkları daha farklı seyredebilmektedir. Duyguların normal ve anormal sınırları hem bireysel hem toplumsal hem de uzmanlar açısından hala tartışmalara açık konuların başında

gelmektedir. Bu da özellikle tüm bu süreçlerin toplumsal bağlamda ele alınmasını incelemekle yükümlü olan sosyoloji disiplinine alan açmaktadır.

3.2 Veri Analizi

3.2.1. Katılımcı Profili

Araştırmada yüz yüze görüşme sağlanan katılımcıların profili aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo 3.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Katılımcı	Cinsiyet	Yaş	Meslek	Eğitim Durumu	Teşhis
K1	Kadın	70	Emekli Banka Şefi	Ön lisans	Depresyon
K2	Kadın	38	Yönetici Asistanı	Ön lisans	Panik Atak
K3	Kadın	60	Emekli Sınıf Öğretmeni	Lisans	Panik Atak
K4	Kadın	62	Çalışmıyor	Lise	Panik Atak
K5	Kadın	45	Güzellik Uzmanı	Lise	Doğum Sonrası Depresyonu
K6	Kadın	52	Emekli	Lise	Kaygı Bozukluğu
K7	Kadın	73	Günlük İşçi	İlkokul	Depresyon, Kaygı Bozukluğu
K8	Kadın	39	Satış Personeli	Ortaokul	Panik Atak, Depresyon, Şizofreni
K9	Kadın	42	Okul Öncesi Öğretmeni	Lisans	Kaygı Bozukluğu
K10	Kadın	27	Çağrı Operatörü	Lise	Öfke-kontrol bozukluğu
K11	Kadın	50	Kamu Personeli	Meslek Lisesi	Panik Atak,
K12	Kadın	24	Denizci/Bayrak Sicili Personeli	Lisans	Anti sosyal Kişilik Bozukluğu
K13	Erkek	35	Avukat	Lisans	Panik Atak, Obsesif

					Kompulsif Bozukluk
K14	Erkek	5	6	Sigortacı	Lisans Kaygı Bozukluğu
K15	Erkek	4	3	Yönetici	Lisans Bağımlı Kişilik Bozukluğu
K16	Erkek	6	3	Sigortacı	Lisans Pani k Atak
K17	Erkek	5	5	Dijital Dönüşüm Uzmanı	Ön Teşh is yok
K18	Erkek	7	2	Kabin Memuru	Lisans Çocukluk Depresyonu
K19	Erkek	6	2	Aşçı	Lisans Kaygı Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk
K20	Erkek	4	2	Görsel Tasarım Uzmanı	Lisans (Öğrenci) Bağl anma Problemi
U1	Kadın	7	2	Uzman Psikolog	Yüks ek Lisans Uzm. Yılı: 2022
U2	Erkek	6	3	Doç. Dr. Psikiyatrist	Dokt ora Uzm. Yılı: 2016

Çalışmanın katılımcılarını 13 kadın, 9 erkek olmak üzere toplam 22 kişi oluşturmaktadır. Bu sayıya 1 kadın, 1 erkek uzman katılımcı da dahildir. Kadın uzman katılımcı uzman psikolog, erkek uzman katılımcı ise doçent doktor psikiyatristtir. Araştırmada en küçük yaş 24, en büyük yaş ise 73'tür. Katılımcıların yaş ortalaması 43'tür. Eğitim düzeyleri ise sırasıyla 1 ilkokul, 1 ortaokul, 5 lise, 3 ön lisans, 9 lisans, 1 lisans öğrencisi, 1 yüksek lisans ve 1 doktora olarak belirtilmiştir.

Araştırmada 4'ü kadın ve 1'i erkek katılımcı olmak üzere toplam 4 katılımcıya depresyon tanısı, 5'i kadın 2'si erkek olmak üzere toplam 7 katılımcıya panik atak tanısı, 3'ü kadın ve 2'si erkek toplam 5 katılımcıya kaygı bozukluğu tanısı, 2 erkek katılımcıya obsesif kompulsif bozukluk tanısı, 1 kadın katılımcıya şizofreni tanısı, 1 kadın katılımcıya öfke-kontrol bozukluğu tanısı, 1 kadın katılımcıya anti-sosyal kişilik bozukluğu tanısı, 1 erkek katılımcıya bağımlı kişilik bozukluğu tanısı ve 1 erkek katılımcıya bağlanma problemi tanısı koyulduğu

belirtilmiştir. Uzmanlar katılımcılar dışında kalan 20 katılımcıyla gerçekleştirilen bu görüşmelerde 4 katılımcının birden fazla tanısı bulunmaktadır. Bir katılımcı (K17,Erkek,55) boşanma sürecinin devamında çocuğuyla ilgili fikir almak için bir uzmana gittiğini belirtmiş ve herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunmadığını belirtmiştir.

3.2.2. Genel Yaşam Deneyimi ve Duygular: *Psikolojik Bireyliğin Yansımaları*

Söz konusu duygular olduğunda genel yaşam deneyimi ve duygulanımlar, bireylerin kendini tanımlamasında oldukça belirleyici olmaktadır. Sıradan veya rutin denebilecek yaşam deneyimleri; bireylerin genel olarak meşguliyetlerini, eğitim veya iş durumlarını, aile yaşantısını ve sosyal veya bireysel duygusal deneyimlerini kapsamaktadır. Dolayısıyla bireylerin gündelik yaşamda yoğun olarak hissettiği veya kendilerini tanımlarken ifade ettikleri duyguların hangi duygular olduğu, bu duygulanımların nedenleri üzerine düşünme fırsatı da sunmaktadır. 20. yüzyılda ise duyguların psikolojikleştirilmesi olgusu kurumsallaşarak daha sistematik hale gelmiş; psikoloji ve özellikle klinik psikoloji, duyguları bireysel sağlık göstergeleri olarak değerlendirmeye başlamış; *depresyon*, *anksiyete*, *öfke* gibi duyguların tıbbi kategoriler içinde yeniden tarif edildiği görülmüştür. Rose, bu süreci “*psikolojik bireyliğin icadı*” olarak tanımlamaktadır. Buna göre birey, duygularını uzman denetiminde yönetmesi gereken bir varlık olarak inşa edilmektedir (Rose, 1998). Bu dönüşüm aynı zamanda bireysel sorumluluğun da artmasına neden olmakta veya bireysel sorumluluk alanının sınırlarının bulanık bir biçimde genişlemesine neden olmaktadır. Artık kişi üzgün, kaygılı ya da mutsuz olduğunda bunu dışsal koşullardan çok, kendi içsel düzeniyle açıklamakla yükümlüdür. Bu durum Sennett’in belirttiği gibi “*karakterin aşınması*”na neden olmakta; bireyler, duygularını normatif olarak “*iyi hissetme*” beklentisiyle bastırılabilir (Sennett, 2003).

Bir toplumda yaşayan bireylerin anlamlı çoğunluğunun kendilerini mutsuz, kaygılı, üzgün ve diğer olumsuzluk atfedilen duygularla tanımlaması o toplumsal dinamikleri düşünmeye iteceği gibi; aynı zamanda olumluluk atfedilen duygusal deneyimler de yalnızca bireysel tecrübeler olmaktan öte yorumlanmalıdır. Zira bireylerin bireysel duygulanımları dahi aile, eğitim, iş, siyaset, kent yaşamı, sahip olduğu cinsiyet, coğrafi koşullar gibi faktörlerden etkilenebilmektedir. Ayrıca Gramsci’nin “*hegemonya*” kavramı çerçevesinde değerlendirildiğinde, hümanizmin bireysel duygulara yaptığı vurgu, toplumsal olanı görünmezleştirerek mevcut ideolojik yapının yeniden üretimine hizmet eder hale gelmektedir (Gramsci, 2014: 238). Birey, mutsuzluk, kaygı, öfke gibi duyguları sosyal bağlamda değil, bireysel bir sorun olarak görmeye eğilimlidir; bu da kolektif duygu biçimlerinin bastırılmasına ve sosyal eleştirinin zayıflamasına neden olabilmektedir.

Uzman katılımcılara (U1, Kadın, 27; U2, Erkek, 36)) psikiyatrik tanı kriterlerinin artışını nasıl değerlendirdikleri sorulmuş ve aşağıda da sırasıyla psikolog katılımcı ve psikiyatr katılımcının ifadelerine yer verilmiştir. Buna göre psikolog kadın katılımcı (U1, Kadın, 27) duygusal hastalıkları kontrol edilip edilememesine bağlı olarak sınırlandırmak gerektiğini düşünmekte ve dolayısıyla bu da bir duygu kontrol edilemediğinde anormal sayılabileceği anlamına gelmektedir. Fakat tıbbileştirme için bu durum dikkatle yaklaşılması gereken bir yön da barındırmaktadır. Çünkü kontrol edilecek duygu her ne ise, bunu dışa vurmanın ne kadarının olağan ve ne kadarının olağan olmadığının belirlenmesi yine tıbbi alan içerisinde gerçekleşmektedir. Uzman katılımcı (U1, Kadın, 27)) aşırı mutluluk, aşırı üzüntü gibi hallerin -bir önceki ifadesiyle örtüşür biçimde- kontrolden çıkan duygulanım halleri olduğunu ifade ederken aynı zamanda mutluluk ve üzüntünün sınırlarına dair de düşünmeye itmektedir. Aşağıda bu ifadelere yer verilmiştir.

Zaten çoğu psikiyatrik hastalığı, duyguları kontrol edilememesinden kaynaklandığını düşünüyorum. O yüzden yani bu aslında iki uçta da değerlendirilebilir. Aşırı mutluluk hali, aşırı üzüntü hali. Bunlar tamamen duygularla alakalı ve bunların yönetilememesinden kaynaklı zaten psikiyatrik hastalıklar oluştuğunu düşünüyorum. (U1, Kadın, 27)

Bir mutluluğun ve üzüntünün ne zaman aşırı olduğu sorusunun cevabını vermek, bireysel yaşamı o duygulara giden deneyimlerin de miktarını belirlemeye varacak kadar bir yığın sınırlamaya tabi tutabilmektedir. Örneğin bir cenazede kahkaha atmak hoş karşılanmayan ve anormal sayılacak durumlardan biri olmaktadır. Ancak aslında oradaki sorun kahkaha atan kişinin mutlu olması değil, bunu kahkaha yoluyla dışa vurmasıdır. Bu da duyguların sosyal etkileşimler yoluyla sınırlandırıldığını ve neyin uygun neyin hoşnutsuz olduğunun toplumsal değer ve normlar tarafından şekillendiğini göstermektedir.

36 yaşındaki erkek psikiyatr katılımcının (U2, Erkek, 36) ifadelerine göre ise duyguları değerlendirmede kullanılan tanı kriterlerinin artışı hem toplumda duygular konusunda hekime başvurma daha meşru bir hal almasıyla hem de hastalık ve hastanın sınırlarının değişmesiyle açıklanmıştır. Turner'a göre hekimlik mesleği, modern toplumlarda yalnızca bilimsel bilgiye dayalı bir meslek olmanın ötesinde, toplumsal saygınlık ve karar verme gücüyle donatılmıştır. Hekimler, "uzman" kimlikleriyle yalnızca tıbbi kararlar vermez, aynı zamanda hastaların yaşam biçimlerine, alışkanlıklarına ve davranış kalıplarına dair normatif yönlendirmelerde de bulunabilmektedirler (Turner, 1995). Turner'ın bu düşüncesini doğrular biçimde uzman katılımcı duygusal olarak hasta olan bireyleri değerlendirirken normatif değerlendirmelerde bulunmaktadır. Uzman katılımcı "...şu an hasta dediğimiz insanların belli bir kısmı bundan 200 sene önce değerlendiriliyor olsalardı, hasta değil denecekti ya da o zaman sağlıklı denen insanların bir kısmını şu anda hasta diyoruz gibi farklı perspektifler de var..." diyerek hastalık

kavramının da zamanla yeni anlamlar kazandığını belirtmiştir. Öte yandan modern kent yaşamının farklı hastalık veya sendromların da önünü açabileceğini vurgulamış ve modern yaşamın getirdiği stresin bunda önemli bir faktör olduğunu dile getirmiştir. Bu bağlamda Ulrich Beck'in (1992) Risk Toplumu kuramı, modernitenin kendi ürettiği tehditlerin kontrol altına alınamaz hale gelerek yeni bir toplumsal düzen oluşturduğunu anlatmakta ve günümüz toplumlarının artık üretimden çok risk yönetimi üzerinden şekillenmekte olduğunu, bireylerin ise sürekli bir potansiyel tehlike durumunda yaşadıklarını söylemektedir.

DSM (Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)'nın ilk baskısındaki hastalık sayısı ile DSM V olarak bilinen son baskısındaki hastalık sayısının giderek artmış olması daha fazla tanılamamanın daha fazla tedavi anlamına geldiğini düşündürse de uzman katılımcıya göre bu durum öyle olmayabilmektedir. Dolayısıyla daha fazla hastalık tanımlamak daha fazla çözüm ve daha az hasta anlamına gelmemektedir. Psikiyatrist hekimin (U2, Erkek, 36) bu konudaki ifadeleri aşağıda da verilmiştir.

... Önceden psikiyatriste ulaşabilen insanın sayısı çok daha azdı. Belki biraz daha toplumda görünür hale gelmekle de ilişkili bir şey olabilir.... Mesela modern şehir hayatına geçiş, tükenmişlik sendromu ile ilgili spektrumları çok genişletti ama şehir hayatının bu kadar kapsamlı olmadığı yıllarda böyle bir şeyden bahsedemezsiniz. Çünkü öyle bir stres kaynağı yoktu... Yani DSM-I 200- 300 sayfalık bir kitapken şu an 1.000 sayfayı aşmış bir DSM-V 'ten bahsediyoruz. Muhtemelen DSM -VI geldiğinde en az bir buçuk katı kadar daha geniş bir şey göreceğiz. Bu hastanın sorunları ne kadar çözüyor? Aslında kritik olan kısım bu. Yani bir şeye daha fazla tanı koyuyor olmak o sorunu daha fazla giderebildiğimiz anlamına geliyor mu? Çok emin değilim. (U2, Erkek, 36)

Katılımcılardan ise gündelik duygulanımlarından bahsederken kendini kaygı, endişe, korku, üzüntü, anlamsızlık, öfke gibi duygularla tanımlayan katılımcı sayısı oldukça fazladır. Psikiyatrik tedaviye başvuran 20 katılımcı gündelik yaşamlarında yoğun olarak hissettikleri duyguları ifade etmeleri istendiğinde bu cevaplar çoğunlukla olumsuzluk atfedilen duygulardan oluşmaktadır. Örneğin 26 yaşında erkek katılımcının (K19, Erkek, 26) yoğun hissettiği duyguları “*Depresyon, kaygı, üzüntü, yalnızlık...*” olarak tanımlaması ve 38 yaşında kadın katılımcının da (K2, Kadın, 38) yoğun duygularını “*...korku, kaygı...Kaygı genelde.*” olarak ifade etmesi bu olumsuz duygulanımların birden fazla katılımcı tarafından deneyimlendiğini doğrulamaktadır.

Bireyler yakın manevi ilişkilerde oldukları insanlar için de yoğun kaygı yaşayabilmektedirler. Bu kaygıların sebebi toplumsal rollere göre değişkenlik gösterebilmektedir. Örneğin ebeveynlik rolünü taşıyan bireyler çocuklarının geleceği ve sağlıkları için endişe duymakta ve bu endişeler, ilerleyen dönemlerde kaygı sorunlarına yol açabilmektedir. Örneğin çocukları ve sevdiklerinin başlarına bir şey gelmesinden, mutsuz

olmalarından ve hedeflerine ulaşamamalarından endişelenen 60 yaşındaki kadın katılımcı (K3, Kadın, 60), günlük yaşantısındaki yoğun duygularını *“Günlük yaşantımda yoğun hissettiğim duygular. En başta çocuklar için endişe, endişeyi hissediyorum yani sevdiklerimle ilgili endişelerim oluyor. Neden çünkü başlarına kötü bir şey gelir mi işte mutsuz olurlar mı? Yani hedeflerine ulaşamazlarsa ne olur?”* cümleleriyle ifade etmektedir. Benzer şekilde 62 yaşındaki kadın katılımcı (K4, Kadın, 62) *“Mesela düşünüyorum işte hastalık şu, bu. Ondan sonra çocuklar işte ne olacak? Gelecek kaygısı falan filan her şeyi düşünüyorum ... ama genelde böyle kaygı ve endişeli yaşıyorum yani.”* Sözleriyle çocuklarının geleceği hakkında endişeli olduğunu belirtmiştir. Yıllardır çocuklarının sorumluluğundan kaynaklı kaygılı olduğunu ve çocuklarının kaza geçirmesinden korktuğunu söyleyen 52 yaşındaki kadın katılımcı (K6, Kadın, 52) ise kendini şu şekilde ifade etmiştir: *“Genelde kaygılıyım... Yıllardır çocukların bana vermiş olduğu bir kaygıyla alakalı herhalde o kaygı... Benim aslında çocukları da bunalttığının farkındayım. Mesela onlar bir yere çıktıkları zaman her dakika bir kaza mı yapacaklar? Şey mi olacak?...”* Katılımcının ifadesine göre çocuklarının araçlarıyla kaza yapacaklarından korkması ise toplumsal açıdan medyaya yansıyan kaza ve kaos içeren haber içerikleriyle bağlantılandırılabilir. Nasıl ki trafikte kurallara uymayan, aracı trafiğe çıkmaya uygun olmayan, muayenesi ve diğer gereklilikleri yerine getirmeyen ve can kaybına neden olan kimselere caydırıcı yaptırımların uygulanmasıyla kaza oranlarının yakın bir ilişkisi varsa; kaza oranlarındaki düşüklüğün de bireylerin ve yakınlarının trafikte güvende hissetmesiyle ilişkisi olmaktadır. Çünkü bireyleri kaygılandıran şey şahit olduğu ve gözlemlediği bireysel veya sosyal problemlerdir. Fakat bu problemleri azaltmak, kaygıyı hastalıklaştırmaktan daha zor olmaktadır. Dolayısıyla hızla ilerleyen modern çağda kalıcı olan değil çabuk olan çözümler öne çıkmaktadır.

Özellikle kadın katılımcıların ifade ettiği, çocuklarının geleceği için endişelenme duygusu; bireysel duygularda aidiyet, maneviyat, sorumluluk kavramlarının önemine dikkat çeker niteliktedir. Bireyler özellikle daha geleneksel kültürel bir mirasa sahip toplumlarda yaşamaktaysa, çocuklarının reşit olup olmamaları ebeveyn olarak hissetmeleri gerektiğini düşündükleri sorumluluk duygusunu azaltmamaktadır. Öyle ki her üç katılımcının da (K3, Kadın, 60; K4, Kadın, 62; K6, Kadın, 52) çocukları reşit olmalarına karşılık, ebeveyn olarak sorumluluk hissettiklerini ve bu sorumluluktan doğan bir endişe halinin olabileceğini söylemek mümkündür. Dolayısıyla toplumsal değerler ve kültürden kültüre aktarılan gelenek-görenekler bireylerin nerede ve kim için sorumluluk hissedeceği ödevi ile yakından ilgili olmaktadır. Öte yandan çocuklar için endişe duygusunun kadın katılımcılarda daha fazla olması toplumsal cinsiyet rolleri ve anneliğe yüklenen anlamdan da kaynaklanmaktadır. Kadınlar annelik rollerinin bir sonucu olarak toparlayıcı ve çocuğun bakımı ve duygusal ihtiyacıyla ilgilenmekten sorumlu birinci kişi olarak kodlandığında; çocukları yetişkin olduğunda dahi kurdukları bağ gereği daha fazla endişe hissedebilmektedirler. Ebeveynlerin özellikle yetişkin çocukları için endişelenmeleri ise bu kültürel aktarımların ve toplumsal değerlerin bir sonucu olarak okunabilmektedir. Öte yandan kültürel mirastan

ziyade mevcut toplumsal koşullarla bağlantılı yorum yapmak da mümkündür. Çünkü ebeveyn rolüne sahip bireylerin çocuklarının güvenliğinden, istihdam sağlayamamasından, geleceklerinin belirsizliğinden endişelenmesi, toplumsal yapı hakkında da düşünmenin önünü açmaktadır. Ebeveynlerin çocuklarına duydukları sorumluluğun yanında bir de kendi ebeveynlerine karşı duydukları sorumluluklar bulunmaktadır. Örneğin 70 yaşındaki kadın katılımcı (K1, Kadın, 70), günlük yaşamdaki duygusunu tanımlarken kullandığı pişmanlık duygulanımının sebebi olarak, ebeveyninin hastane sürecinde yeterince destek olup olamadığının muhakemesini yaptığını dile getirmektedir. Bu da toplumsal değerlere bağlı olarak yalnızca ebeveynliğin değil “çocuk olmanın da” bitmeyen bir süreç olduğunu düşündürebilmektedir.

...geçmişte bazı hatalar...mesela annem uzun süre hastanede kaldı. Yoğun bakımda kaldı felçli olarak. hastane servisinde yattı. ...Yani hep onu geriye doğru şey yapıyorum. Acaba ...daha fazla şeyler yapabilir miydik edebilir miydik? Gibisiyle bazı ...pişmanlıkları olabiliyor insanı daha fazla verici olsaydım gibisiyle. (K1, Kadın, 70)

Bir toplumda özellikle kamu kurumları tarafından yaşlılar için ayrılan hizmetlerin kalitesi ve yeterliliği, bireylerin kendilerini yeterli hissedip hissetmemelerini etkileyebilmektedir. Öyle ki özellikle geleneksel toplumsal cinsiyet rolleri gereği anne ve babası çalışan çocuklara büyükannesinin bakım vermesi olağan ve bazen beklenen bir durum olabildiği gibi, söz konusu yaşlılık süreci olduğunda da hala baskın görüşün, yaşlı bireylerin manevi bağlarının olduğu bireylerle bir arada yaşaması olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Dolayısıyla manevi ilişkilerle iç içe geçen ve duygusal bir anlam atfedilen bu gibi durumlar, toplumsal kurumların yetersiz olduğu durumlarda bir perde görevi de görebilmektedir. Bu durum bireysel sorumluluk alanının sınırlarını genişlettikçe geriye dönük duygusal pişmanlıklara sebep olmaktadır. Oysa ebeveynliğin ve çocuk olmanın sınırlarının manevi ilişkilerden daha sıyrıldığı toplumlarda bireylerin bu tarz durumlarda hissettikleri sorumsuzluk ve yetersizlik duygusu da azalmaktadır. Yani bir toplumda manevi ilişkilerdeki fedakarlıkların sınırları, bireylerin duygusal çöküntülerini veya pişmanlıklarını etkileyebilmektedir. Bunun yanında bireylerin kendilerini kaygılı olarak hissetmeleri ile meslekleri arasında doğrudan bağlantı kurulabilmektedir. Bireylerin mesleki şartlarına, mesleğinin getirdiği yeterliliklere bağlı olarak kaygının da boyutu ve süresi değişiklik gösterebilmektedir. 35 yaşında erkek avukat katılımcı (K13, Erkek, 35) “...bazen yersiz sinirli, öfkeli. neye olduğunu bilmiyorum ama çok anlık değişiyor” diyerek sinirli olmasının sebebinin mesleğinden kaynakladığını, 24 yaşında bayrak sicili memuru kadın katılımcı (K12, Kadın, 24) ise sinirlilik halini “...iştayken genellikle yani ... hafif bir sinir olma duygusu hissediyorum çünkü konuştuğum müşterilerin bazen gerçekten salak olduğunu ya da beni anlamadıklarını düşünüyorum. O zaman da ister istemez geriliyorum.” Cümleleriyle ifade ederek işyerinde anlaşılmıyor olmanın kendisinde sinirlilik hali yarattığını düşündüğünü belirtmiştir. Bunun yanında 55 yaşında, dijital dönüşüm uzmanı erkek katılımcı (K17, Erkek, 55) ise meslek

yaşantısının sürekli bir yerlere yetişme baskısı oluşturduğunu şu cümlelerle aktarmıştır: “*En çok hissettiğim duygu herhalde asabiyet duygusu... stresli iş ortamımız. Biz sürekli hareket halindeyiz. Sürekli yoğun bir iş ortamı içerisindeyiz...böyle bir yerlere yetişmek, bir şeyleri gününe yetiştirmek ki mali müşavirlerle çalışıyoruz.*” Bu bağlamda duygu sosyolojisinin önemli kuramcılarından Arlie Hochschild, duyguları “*toplumsal olarak öğrenilen ve düzenlenen deneyimler*” olarak tanımlarken (Hochschild, 2012), ona göre bireyler, özellikle hizmet sektöründe, kurumsal beklentilere uygun duygu göstermeye zorlanmakta ve bu da duyguların bir tür performansa dönüşmesine neden olmaktadır. Katılımcının ifadelerine göre sürekli devinim gerektiren ve bireylere geç kalmışlık hissi yaşatan mesleki koşullar stres ve buna bağlı problemlerin oluşmasında oldukça etkili olmaktadır. Özellikle katılımcının meslek tanımı gereği yeni ve teknoloji odaklı bir meslek icra ediyor olması dijitalleşmenin artmasını çalışanlar açısından stresli bir süreç deneyimi olarak inşa etmektedir. Hız, erişilebilirlik, ağ bağlantıları ve çeşitli yazılımsal donanımlar ile ilişkisi bu tür meslekler istihdam alanı olarak bireyleri belirli bir mekâna bağlı kılmaya da bu özgürlük yanılması işi yaşamın her yönüne yayılan bir dinamiğe dönüştürmektedir. Dolayısıyla evinde, parkta, kafede vb. mekanlarda çalışabilen bireyler, bulundukları özel veya kamusal mekanlarda işleriyle birlikte var olmaktadır. Bu da işten kaynaklı stresin belirli bir mekân içerisinde kalamamasına sebep olabilmektedir.

Başka bir kadın katılımcıya göre (K5, Kadın, 45) yoğun hissettiği duygular, nöroloji doktoru tarafından reçete edilen ancak kendisinin psikiyatrik olduğunu bilmediği bir ilaç sebebiyle olmaktadır. Yoğun baş ağrısı sebebinin geçmesi için kullandığı ilacın yoksunluk belirtileri ile kendini göstermesi ise ilaç bağımlılığını düşündürmektedir. Yani bireyler yalnızca çevresel faktörler veya davranışsal etkenlerden değil, bazen kullandıkları ilaçların yan etkisi olarak da duygu durumlarında olumsuzluk ifade edebilmektedirler. Örneğin 45 yaşındaki kadın katılımcı (K5 Kadın, 45) ifadelerine göre, migren ağrıları için nöroloji doktorunun reçete ettiği bir ilacı uykusuzluk problemi yarattığı için kestigi ancak ilacın psikoaktif madde içermesinden kaynaklı aniden kesilmesinin katılımcıyı daha kötü etkilediği anlaşılmaktadır. Bu da ilaç kullanımının gündelik yaşam pratiklerinde oldukça yaygın ve kontrolsüzce olduğunu fakat hastaların hekimler tarafından yeterince bilgilendirilmediğini göstermektedir. Bu durum hekimlerin bireyler üzerindeki tıbbi iktidarını ortaya koymaktadır. Çünkü yoğun baş ağrısıyla hekime başvuran hastalara psikiyatrik bir ilaç reçete etmenin muhtemel yan etkileri göz ardı edilmekte ve hastalar kendi istekleri doğrultusunda psikiyatrik ilaç kullanmaya yönlendirilmektedir. Oysa bir tedavinin olumlu veya olumsuz sonucundan etkilenecek olan bireyin bedeni ve duyguları olmaktadır. Dolayısıyla tıbbi iktidar kendinde bireyin beden ve

duyguları üzerinde tahakküm kurma hakkını görebilmektedir. Kadın katılımcı (K5, Kadın, 45) ise süreci şu ifadelerle anlatmıştır:

...işte bu migren için içtiğim ilaçlar vardı, onları bıraktım bir aydır o da beni çok şey yapıyor, Sarsıyor ...Mesela şu son zamanlar hiç uyku yok, hiç uyutmuyor... ben de direkt kestim ama o da psikiyatriye dayalı bir ilaçmış kesilmemesi gerekiyormuş, nöroloji verdi ... Bende tabi direkt kesince şimdi bir aydır o beni şey yapıyor böyle sarsıyor tabi çok kötü. (K5, Kadın, 45)

Bazı katılımcıların ise gündelik yaşamda yoğun hissettikleri duygular sorulduğunda verdikleri cevaplar duygunun ne olduğuna veya neyi kapsayıp dışarıda bıraktığına dair tereddüt içerebilmektedir.

Bir kadın katılımcının (K7, Kadın, 73) “*Şöyle günlük yaşantımda en çok hangi duygu? Sevgi ve Üzüntü yani. İkisi de şey değil mi yani duygu?*” şeklindeki sorusu bireylerin duygunun neliğine dair belirsiz hissedebileceğini düşündürmektedir. Ayrıca başka bir kadın katılımcının (K9, Kadın, 42) ifadeleri duyguların olumlu duygular ve olumsuz duygular olarak içselleştirildiğini ve duyguların bireysel anlamlarının deneyimleri de şekillendirebileceğini göstermektedir. Zira katılımcı (K9, Kadın, 42), “*Güzel soru günlük yaşamımda.... Duygu olarak mı yani olumlu olarak mı olumsuz olarak mı?*” diyerek duyguların sınırları hakkında düşünmeyi sağlamaktadır. Çünkü mutsuzluk, yüklenen anlama göre işlevli bir duygu olarak görülebilecekken mutluluğun idealize edilmesiyle mutsuzluğun defedilmesi gereken bir duygu olduğu fikri daha çok benimsenebilmektedir. Dolayısıyla tıbbileştirme yalnızca tıbbi pratikler ve söylemler yoluyla değil bu söylemlerin kültürel kodları dönüştürmesiyle de derinleşmektedir.

Duygu kavramının bireylere ne ifade ettiği bireylerin ve toplumun koşullarına göre değişebilmektedir. Duygular bir organ gibi dokunup gösterebileceğimiz hisler değildir. Dolayısıyla bireylere soyut gelmesi ve neyin duyguya dahil olup olmadığı hakkında tereddüde düşülmesi duyguların çok yönlü, iç içe, birbirini etkileyen duygulanımlardan oluşmasıyla açıklanabilmektedir. Bireylerin yoğun duygularını anlamlandırmalarında ve içselleştirmelerinde çevre etkisi de söz konusu olmaktadır. Bireyler çevrelerindekiyle paylaştıkları veya çevrelerince gözlemlenen duygulara olumlu veya olumsuz tepkiler aldıkça yaşanan deneyim pekişebilmekte ve bu bazen meşruluk kazanmasıyla sonuçlanırken bazen dışlanmışlık hissi yaşatabilmekte veya çevredekilere karşı sorumluluk hissettirebilmektedir. Örneğin bazı kadın katılımcılar (K1, Kadın, 70; K3, Kadın, 60; K8, Kadın, 39) duygularından kaynaklı çevrelerine karşı sorumluluk hissettiklerini ifade etmişlerdir.

...zaman zaman eşimle o konuşmalar geçiyor aramızdan ama kızım çok aşırı duygusal anneannesini ziyarete bile gidemedi. Yani o kabullenemedi. O şeyi felçli durumunu kabullenmedi derken yani çok üzülürüm diye ziyaretine bile gelmedi. Onun için onunla çok şey paylaşamıyorum yani (K1, Kadın, 70)

Bir kadın katılımcının (K1, Kadın, 70) ifadesinde kızının duygusal yoğunluğunu artırmamak için kendi duygularını ona açma konusunda daha temkinli yaklaştığını çıkarımlamak mümkün olmaktadır. Bireyler bir duygulanıma girdiklerinde etrafındaki insanlara karşı da sorumluluk hissedebilmektedirler. Bu da duyguların çevreden anlaşılabilmesi için davranışsal faktörlerin önemini ortaya koymaktadır. Çünkü duygu bireyin içinde yaşadığı ancak davranış, mimik, jest yoluyla dışarıya yansıtabildiği deneyimleri kapsamaktadır. Dolayısıyla katılımcının (K1, Kadın, 70) annesini yad ederken duygularını kızından saklaması; o duyguya uygun davranmamasıyla mümkün olmaktadır.

Bireylerin yakın bağlar kurdukları insanlara karşı duydukları sorumluluğun yoğun kaygı ve duygusal probleme yol açabileceğine dair ifadeleri ise bir kadın katılımcı (K3, Kadın, 60) örneklendirmektedir. Kendinin üçüncü evre meme kanseri olduğunu öğrendiğinde dahi duygusal bir bocalama yaşamadığını ancak söz konusu yakın çevresi yani annesi ve oğulları olduğu zaman duygusal olarak yıprandığını ve bu yıpranmanın kendisinde panik atak olarak ortaya çıktığını ifade etmektedir. Bu da bireylerin söz konusu kendileri olduklarında daha kontrollü fakat “tehlikede” olan manevi ilişkiler kurduğu kimseler olduğunda daha kontrolsüz hissedebilmesinden kaynaklı yoğun kaygıya sebep olabilmektedir. Dolayısıyla çevre faktörü hem duyguların yansıdığı ve bu sebeple sorumluluk hissedilen hem de duyguların ve duygusal hastalıkların doğrudan etkilenebildiği faktörlerin başında gelmektedir. Ayrıca katılımcının (K3, Kadın, 60) belirttiklerinden yola çıkılacağı üzere bireyler kendileri hakkında bir karar alma ve eyleme geçme noktasında daha az endişeli olabilirken söz konusu başkası adına inisiyatif alma olduğunda daha endişeli olmakta ve pişmanlık korkusu yaşamaktadırlar. Bu da bireysel yaşamı şekillendiren çevresel etkenlerin ve manevi ve sosyal ilişkilerin bireysel sorumluluğu biçimlendirmesinde önemli bir yer tutmaktadır. Öte yandan aynı katılımcı, hasta olan annesine doktor tarafından reçete edilen ilacın, eczane çalışanı tarafından ilacın kullanılmaması yönünde bir tavsiye aldıktan sonraki süreçte ilacı kullanmadığını belirterek bu yoğun kaygı ve panik sürecini yaşadığını ifade etmektedir. Dolayısıyla sağlık ve hastalık hakkında söz söyleme yetkisi meşru olan meslek sahiplerinin kendi içlerinde yaşadıkları bazı uyuşmazlıklar, hastayı veya muhatabını direkt etkileyebilmekte ve belirsizlikten kaynaklı yoğun kaygıya sürükleyebilmektedir. Çünkü tıbbın bir otorite olarak hastalar tarafından da içselleştirilmesi, doktorun yazdığı ilaç alınmadığında hastaları verilen görevin yerine getirilmeyişine benzer bir sorumsuzlukta hissettirebilmektedir.

...Yani tabii ben öyle panik yaparsam onlar da panik yapıyor...Bu endişe daha önce yoktu...Ben kanser tedavisi gördüm...Bir de eşimden ayrıldım ben. 27 yaşındaydım eşimden ayrıldığımda 2 çocuğun sorumluluğu vardı...Çocuklarımla eğitim durumları bilmem ne atanma atanmama falan filan sınav şeyi bende büyük bir strese yol açtı. Annemin bir kalp problemi çıktı, bir ilaç verildi. Eczacılarımız bunu kullanma

bu çok yüksek dozda dediği için onu kullanmadım....Ben işte o zaman panik atak geçirmeye başladım. Bu ilacı içirmedim ya anneme bir şey olacak endişesi....” (K3, Kadın, 60)

Özellikle yakın çevrenin bireylerin duyguları hakkındaki yorumları veya tepkileri, bireylerde kendilerine dönük bir eleştiriye veya olumsuz sorgulamalara neden olabilmektedir. Örneğin bir kadın katılımcı (K8, Kadın, 39), abisinin birtakım davranışları sebebiyle annesiyle uyuşmadığında annesinin kendisini katılımcının tek çocuğu fakat kendinin üç çocuğu olduğu için anlayamayacağı üzerinden, anneliğini sorgulamasına sebep olmuştur. Kadın katılımcı ise süreci şöyle ifade etmiştir:

...annem de bu sefer diyor ki, senin tek çocuğun var, şu an bunu anlayamazsın hiçbir zaman anlayamazsın. Benim 3 çocuğum var, ben ayırım yapamam sen ne yesen o da o ne yapsa kabulüm. Hayır....Ben de anne oldum...Ya bilmiyorum ya da ben çok katı bir anneyim onu da kestiremiyorum (K8, Kadın, 39)

Bir erkek katılımcı (K18, Erkek, 27) ise duygularını dışa vurduktan sonra özellikle ailesi tarafından anlaşılmadığını düşünmekte ve ailesinin mutsuzluğu hak edilen bir şey olarak düşündüğünü dile getirmektedir. Bu noktada özellikle aile tarafından anlaşılmamanın yalnızlık hissinden kaynaklı duygusal problemleri azaltan bir etkiye sahip olduğunu söylemek mümkün olmaktadır. Çünkü fiziksel olarak yalnız olmak bir gerçekliği anlatırken duygusal olarak yalnız hissetmek için fiziksel yalnızlık koşulu bulunmamaktadır. Bireyler kendilerini diğer insanların içerisinde de yalnız hissedebilmektedirler. Yalnız hissetmek ise anlaşılmama hissine, dolayısıyla kendini tekrarlayan bu tepkiler ise bir süre sonra hiçbir zaman anlaşılmayacağı hissine zemin oluşturabilmektedir. Bu yalnızlık hissini en temel sebebini, duyguların kıyaslanması ve kendinde olmayanın başkasından da beklenmemesi veya başkasından kendinde olanın beklenmesi oluşturmaktadır. Bu da duygulara yalnızca psikiyatrik tanısı sınıflandırmalar ile değil toplumsal, içselleştirilen ve kültürel olarak aktarılan normlarla da sınırlandırma getirildiğini akla getirmektedir. Yaşanılan olayları birbirinden farklı şekillerde deneyimlemeye ve dışa vurmaya olan kapalılık arttıkça, kişilerarası tahammül ve tarafsızlık da kaybolmakta ve dolayısıyla yalnızlık hissiyatı daha mümkün hale gelmektedir. Katılımcı çevresi tarafından yüzeysel ve zaten mutlu olmak için çaba harcamayan bir şekilde değerlendirildiğini aşağıdaki cümleleriyle ifade etmiştir.

...Ailem içerisinde herhangi bir olumsuz duyguyu yaşadığım takdirde düşündükleri tek şey: Ne var ki mutsuz oluyor. Ne oldu şimdi, niye mutsuzsun? Hani bir mutsuzluk için belli bir sebebe ihtiyaçları var onların. Bu yüzden de genel itibarıyla benim kendimi anlatsam da anlaşıldığım bir ortam bulunmuyor....Onlar geçerli bir sebebim yoksa mutsuz olmamam gerektiğine inanıyorlar...Bu duyguları ben yaşamadım, sen niye yaşıyorsun? Ben de aynı süreci yaşadım. Ben de böyle bir duygu gelişmedi. Sen çok abarttın, çok dramatize ettin, çok büyüttün”, dediğinde anlıyorsun ki aslında....tam olarak kimse senin yanında olamıyor, hissetmiyorsun... (K18, Erkek, 27)

İstanbul’da yaşayan kadın bir katılımcının (K11, Kadın, 50) ifadeleri ise tahammülsüz ve anlayışsız davranışların olumsuz duyguları artırdığı yönündedir. Bir randevuya geç kalma, buluşma yerine kararlaştırılan saatten sonra varma gibi durumlarda karşı taraftakilerin nedenini merak etmeden ve sormadan tepki gösterdiklerinden bahseden katılımcının ifadelerinden çıkarılabilecek yorum bireylerin neye tahammül edemediğinin de toplumsal olarak inşa edildiğidir. George Simmel’in klasik metinlerinden biri olan “*Metropol ve Zihinsel Yaşam*” adlı çalışması, modern kentli bireyin duygusal anlamda karşı karşıya kaldığı aşırı uyarılma, anonimlik ve duyarsızlaşma sorunlarına dikkat çekmektedir (Simmel, 1999:30). Simmel’e göre kentli birey, hayatta kalmak ve zihinsel bütünlüğünü korumak adına çevresine karşı “*rezervli*” bir tavır geliştirmek zorundadır. Bu durum bireysel düzeyde yabancılaşmayı ve sosyal çözölmeyi beraberinde getirmektedir. Modern kent yaşamı ayrıca hız, rekabet, performans baskısı ve tüketim kültürü ile örülüdür. Bu dinamikler bireylerin duygusal dayanıklılığını zorlamakta; duygusal yıpranma oranları çok daha yüksek seyretnmektedir. Modern yaşama geçiş ve kentli nüfusun artmasıyla birlikte oluşan zaman bilinci, özellikle İstanbul gibi kalabalık ve dakikalara önem atfedilen bir şehirde daha da öne çıkmaktadır. Çünkü zaman algısı kentin planlamasına da bağlı olarak kalabalık ve daha seyrek nüfuslu kentlerde değişebilmektedir. Örneğin kırsal bir alanda geçen 1 saat ile metropolde geçen 1 saat daha yavaş veya daha hızlı hissedilebilmektedir. Bu da örneğin kentte yapılan bir yolculuğun panolardaki reklamlar, yol boyunca AVM, büfe veya binalardaki ışıklandırmalar sebebiyle daha hızlı geçtiği hissini açıklayabilmektedir. Dolayısıyla kaç durağın aşağı yukarı değil de net olarak dakika cinsinden hesaplanabileceği metropol yaşamlarında, bireyler zamana ayrıca bir anlam atfetmektedirler. Bu da dakikaların dahi tahammül edilemeyecek bir gecikme gibi algılanmasına sebep olmaktadır. Bu tür durumların duygularını olumsuz etkilediğini söyleyen kadın katılımcının (K11, Kadın, 50) ifadeleri şöyledir:

“Ya mesela diyelim ki hani bir yere gittik değil. Mi? O anda benim bir şey oldu. Bir gecikme şeyim oldu. Hemen karşıdaki hemen sinirleniyor, strese giriyor işte hemen. Şöyle böyle hemen suçluluk ya bir sor önce neden geç kaldın? Niye böyle olduğunu sor. Hani önce seni dinlemesi gerekiyor ama toplum seni dinlemeden hemen ön yargıyla yaklaşıyor. Mesela ben bu ön yargılı düşünce şeyleri hiç bana göre değil ben rahatsız oluyorum...Bunu da içimi attıkça kendime zarar verdiğimin farkına vardım. (K11, Kadın,50)

Bazı katılımcılar ise duygulanımları ile çevrelerinde kabul gördüklerini ifade eden cümleler kurmuşlardır. Özellikle dışa vurulan duygu olumluluk atfedilen bir duygu ise bu kabul görme bireysel bir tatmini de beraberinde getirebilmekte ve bireyin toplumsal kimliğini o yönde şekillendirebilmektedir. Örneğin bir katılımcının (K10, Kadın, 27) “*Pozitif yani ortama girdiğim zaman pozitif etkilediğimi söylerler yani güzel*” ifadesine göre mevcut pozitifliğinin çevresi tarafından onaylanan bir şey olması bireylere de iyi hissettirebilmektedir. 50 yaşındaki kadın katılımcı (K11, Kadın, 50) sakin ve olumlu bir yapıda olmanın çevre tarafından da olumlu tepkileri sağladığına dair şu ifadeleri kullanmıştır: “*Mesela çoğu...senin sinirlerin mi alınmış filan diye söylerler. Hayata güzel bakıyorum, olumlu bakıyorum. Pozitif bir insanım yani. Berrak yavaş...Yani aslında benim gibi hani davranılmayı benim gibi pozitif olmayı hani. Herkesin güler yüzlü olmam başarılı Olmam hani onların da aslında hoşuna gidiyor.*”

3.2.3. Duyguların Sınırları

Duygular sınırları, dışa vurumları kültüre, topluma göre değişebilen insani hislenmelerdir. Ancak bu sınırların genel kabul gören hizalarının nerede başlayıp nerede bittiği gerek bireyler gerekse uzmanlar tarafından kesin fikir birliğine varılabilmiş değildir. Elbette bazı sınırlılıkları, tıbbi otoriteye göre normal olanı dışlama kriterleri, toplumsal etkileşimlere göre ise toplumsal damgalama kriterleri bulunmaktadır ancak birbiriyle bu kadar iç içe ve bireyin yalnızca çevresel değil biyolojik, ekolojik gibi daha birçok faktöründen de etkilenmesi sebebiyle çok yönlü ve disiplinler arası ele alınması gereken bir olgu olmaktadır. Katılımcıların bazıları duyguların sınırları olduğunu, bazıları olmadığını, bazıları ise olması gerektiğini ancak olmadığını belirtmişlerdir. Örneğin kadın bir katılımcı (K1, Kadın, 70), duyguların sınırları olduğunu düşünmeyişini rüyaların dahi sınırı olmayışı ile izah ederken “*Sınırı yok zaten mesela rüyalarında da insan hiç olmayacak şeyler görüyorsun, olmayacak yani hem olabilecek hem de olabilmiş gibi görüyorsun yani sınırsız rüyaları bile insanın sınırsız her şeyin sınırsız olduğunu gösteriyor. Yani bence.*” Şeklindeki ifadelerinde duyguların bazı insanlara rüya kadar soyut anlamlar ifade edebildiğini düşündürmektedir.

Öte yandan aynı katılımcı (K1, Kadın, 70), başka bir ifadesinde duyguların sınırları olabileceğini veya olması gerektiğini dolaylı bir biçimde ifade etmiştir. Bu duruma verdiği örnekte yoksul oldukları için yardım ettiği komşularının kendilerine maddi menfaat gözeterek yaklaştığına göndermede bulunarak duyguların sınırlarının bireyin kendine zarar verebileceği noktaya geldiğinde çizilmesi gerektiğini düşünür şekilde cümleler kurmuştur. Bu ifadelere göre duygular bireylere zarar vermeye başladığında sınırlanmaya başlamalıdır. Örneğin katılımcının (K1, Kadın, 70) ifadelerinde yoksul oldukları için yardımda bulunduğu komşusunun kendisine sahte parayı bozdurmaya çalışarak samimi olmayan davranışlarda bulunduğu açıklanmıştır. Burada ise modern kent yaşamının görüntüler ve gerçekler arasında yanıltıcı izlenimler edinmeye yatkın bir yaşam sunduğu söylenebilmektedir. Özellikle kadın katılımcının (K1, Kadın, 70) 70 yaşında olması ve komşusuna yardımda bulunmasını, kendi kuşağının dönem ve değerlerini sürdürme konusunda istekli olması şeklinde yorumlamak mümkündür. Fakat bu tür iyilik içerek komşuluk ilişkilerinin menfaat temelinde şekillenmesi bireyleri kendi değerlerine uzaklaştırabilmekte ve kendi duygularını sınırlamaları yönünde düşündürmektedir. Toplumsal güvenin azalması ve bilinmezliğin artması, örnekteki tecrübeler sonucunda bireylerdeki yalnızlık ve güvensizlik hissini artırabilmektedir.

...Her şeye çok fazla şey tolerans gösteriyorum ama onun da belli bir sınırı oluyor... İşte en yakın burada yaşantımdan bizim zemin katta...neyleri yoksa hemen gelirler kapıdan isterler ederler. Yardımcı olmaya çalışıyorum çünkü evleri kira hem maddi hem manevi bakımdan şey zor durumda...M esela kızı bir ara geliyordu. Para istiyordu benden ekmek alacağız. Şu bu diyordu...Neyse ondan başka bir günde

para bozdurmaya geldi bunlar. Bakkaldan bir şey alacaklarmış para bozuk değilmiş. Eşim de yok dedi bozuk para....Bakkalda götürdüğü para sahteymiş, geri çevirmiş o bize para bozdurmaya gelerekten kız bak görüyor musun? O sahte parayı bize şey yap, eğer hani o gün eşimde. Bozuk para olsaydı. bize gelecekti. (K1, Kadın,70)

Bir başka katılımcı (K3, Kadın, 60) , duyguların sınırlarının olmadığını düşünerek bunu öfke duygusunu hissettiğinde kontrolden çıkabiliyor oluşuyla örneklendirmiştir. Bu da duyguların sınırlarını belirleyen şeylerden birinin, o duyguyu dışa vurmanın bireyin ne kadar kontrol edebildiği olduğunu göstermektedir. Kontrol kavramı burada önemli durmaktadır. Çünkü söz konusu duygular olduğunda, özellikle öfke gibi olumsuzluk atfedilen duygular ise, bir dönem fazla kontrol altında tutulması daha sonrasında kontrolden çıkabilmesine neden olabilmektedir. Katılımcı verdiği örnekteki öfkeli durumunu tedavi süresinde yaşadığını ve tedaviye rağmen kontrol edemediği bir öfkesinin olduğunu görmenin kendisinde ayrıca kaygıya neden olduğunu aşağıdaki cümleleriyle ifade etmiştir.

Duyguların sınırları yok...ben öfkeli olduğum zaman yani aklı hayale gelmeyecek şeyler yapabiliyorum. ...Mesela bir öfke anında hiç düşünmeden elimdeki kalemi bir fırlattım. Kalem böyle sağa sola çarptı. Oğlumun burnunun dibinden gitti. Yani oğluma zarar verebilirdi ama ben ona zarar versin diye yapmadım. Ve bu tedavi süreci içinde oldu. Tedaviye devam ediyordum. Hani öncekinden daha çok endişe uyandırıyor. Çünkü ilaç kullanıyorum şu an ve hala yaşıyorum bunu hissi. (K3, Kadın, 60)

Bir erkek katılımcı (K16, Erkek, 36) öfke gibi olumsuzluk atfedilen duyguların fazla olmasına problem olarak bakılabildiğini ancak mutluluğun fazlasına problem olarak bakılmadığını dile getirmiştir. Buna göre ise hemen her duygunun sınırı, karşıt duygunun uzun süreli yitimine neden olacağı yerde başlamaktadır. Örneğin mutsuzluk, mutlu olma halini uzun süre askıya aldığı anda yani mutluluğa baskın bir duygu olduğunda problem olarak görülmektedir. Bu durumu mutluluğa yüklenen anlam ve bunun da toplumsal inşasına inerek derinleştirmek mümkündür. Bireyin dünyevi yaşantıyı ön planda tutmaya başladığı modern toplumların başından itibaren, bireyler yalnızca çalışan ve işlevli özneler olarak değil duygularıyla da bu işlevliliği pekiştirmekle yükümlü özneler haline gelmişlerdir. Özellikle postmodern dönemin neo-liberal özne kavramı, mutlu olmayı ideal bir duygu durumu olarak içselleştirmiş ve dolayısıyla hemen her yaşamsal düzenlemelerini temelde mutlu olmak, tatmin olmak, haz almak üzerine kurmuştur. Toplumlardaki yapısal, ekonomik ve kültürel değişimler sonucunda kapitalist üretim sisteminin tüketime odaklı üretimi bu noktada yoruma açık durmaktadır. Zira modern toplumda hemen her şey alınıp satılan bir meta olarak dolaşıma girmekte ve buna duygular da aracılık eder gözükmektedir. Bu bağlamda katılımcının böyle bir kanıya varmasında sosyal medya kullanımındaki göstergelerin etkili olabileceği düşünülmektedir. Çünkü Instagram, facebook, X, tik tok gibi uygulamalarda bireyler kendilerini mutlu, hep daha iyi gösterme pratikleri sergileyebilmektedirler. Bu da mutluluğu

diğer duygulara kıyasla daha sınırsız veya sınırsız olması gereken bir duygu olarak anlamlandırmaya ve ideal bir duygu olarak içselleştirmeye yol açabilmektedir.

...Yoktur benim için. Bence o yine karakterden karaktere göre değişir yani karakterle alakalı bir şey. Çok Öfkeli insanlar da var. Bunların bir sınırı yok. Yani sürekli sınırlenen insanları da gördüm ben ama hep neşeli insanları da gördüm. Yani o şekilde insanlar var. Bence onun bir sınırı yok. Genel tanım itibariyle tabii ki çok öfkeli insanlara problem Olarak bakılabilir ama çok mutlu insanlara çok problemli olarak bakılmıyor. (K16, Erkek, 36)

Öte yandan duyguların sınırları hakkında hiç düşünmediğini ifade eden bir kadın katılımcı (K2, Kadın, 38), kendinde mevcut olduğu söylenen anksiyete veya panik atak gibi kaygı bozukluğunu kendinin fark etmediğini *“Bilmiyorum, sınırları var mı? hiç öyle düşünmedim. O açıdan bakmadım. Yani işte mesela anksiyete panik atak falan o kadar o derecelere çıkmış hatta farkında bile değildim...”* cümleleriyle dile getirmektedir. Bu da bireyin kendi duyguları üzerindeki kontrolü modern tıbbı teslim etmeye meyilli yapısını ortaya çıkarmaktadır. Bu yapının toplumsal değişimlerle birlikte gelen sağlığın sektörleşmesi ile de bağlantısını kurmak mümkündür. Mutlu olmak için tüketme davranışı; içselleştirilen, güdüsel bir hal almaktadır. Sağlık adına tüketmek de benzer şekilde ne kadar sağlıklı olunursa o kadar mutlu ve rahat olunabileceği düşüncesine dayanabilmektedir. Fakat burada sağlığın ve hastalığın ne olduğu sorusu büyük önem taşımaktadır. Çünkü tıpkı hasta olmak gibi sağlıklı olmak da tarihsel süreçte bir takım anlam kayıpları yaşamış ve başka anlamlar kazanmıştır. Her ne kadar sağlık, sınırlarını içine duygusal sağlığı da alacak şekilde genişleyerek insana dair bütünsel bir yaklaşım geliştirse de sağlığın sektörel bir yapı haline gelmesi, sağlıklı olma koşullarını sağlamak için sunulan kriterleri alınıp satılan bir ürün haline getirmiştir. Bu durum da hastalık ve sağlığın sınırları hakkında eleştirel yaklaşımlara kapı aralamış gözükmektedir. Nitekim sektörel bir imaja bürünen sağlık hizmetleri, arz-talep usulü çalışan ilaç sektörleriyle iş birliği içerisinde olması sebebiyle erken teşhis ve tedavi söylemlerinin yanında aşırı teşhis edilme riskini de beraberinde getirmektedir. Bu riskin devamında bireyler duygusal sorunları sebebiyle kolayca hastalık tanısı alabilmekte, ilaç kullanımına yönlendirilebilmekte ve hatta teşvik edilebilmektedirler.

Bir kadın katılımcı (K7, Kadın, 73) ise duyguların sınırları olduğunu düşündüğünü belirterek bu sınırı yerine göre konuşmayan veya anlamsız konuşan, davranan insanlar üzerinden örneklendirerek açıklamıştır. Katılımcı (K7, Kadın, 73) *“...Sezersin tabi bir insan durup dururken kahkaha atarsa yani gülünmeyecek bir şeye gülerse buna anormal dersin değil mi? Yani normal olmaz...”* şeklindeki ifadesinden de anlaşılacağı üzere duyguların sınırlarını belirleyen şeyin bağlama uygun davranış biçimleriyle sınırlandırıldığını ifade etmektedir. Bu

da bir duygunun sınırların dışında görülmesinin bireyi davranışlarıyla değerlendirerek mümkün olduğunu açıklamaktadır.

Duyguların kontrol altında tutulması gereken şeyler olduğuna vurgu yapan bir kadın katılımcının (K8, Kadın, 39) verdiği örnekte, sevginin dahi fazlasının zarar verebileceğini ve bir sınırı olması gerektiği söylenmiştir. Zira sevginin sınırsızca verilmesinin kendinde yol açtığı problemleri, erken yaşta çok fazla sorumluluk ve sevgi emeği gerektiren işlere maruz bırakıldığında sonradan kendi çocuğu için enerjisinin kalmayışından hareketle açıklamıştır. Bu da duyguların sınırlarının başka bir duygunun körelmesinde ne kadar etkili olduğuna göre çizilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Aynı zamanda katılımcı (K8, Kadın, 39) fazla maruz kalınan sorumluluk ve duyguların duygusal tükenmeye yol açabileceğini ve aşırı tepkilerin yoğun maruz kalmayla olan ilişkisini aşağıdaki gibi anlatmıştır.

...ben kendi ailemden de şimdi bak örnek vereyim. Yani sevgiyse bir sınır koyamıyorlar. Bu sevgiyse bunun adı bu sevgiden çıkıyor...Yani mesela ben çocukluğumda okul okumadığım için mesela çok çocuk baktım. Hani akrabalarımın çocuklarını ben kendi çocuğumu doğurduğumda çok zorlandım biliyor musun? Herkes bana tam tersini söylemişti...Ama ben bir baktım ki ben her şeyimi tüketmişim. Hani çocuklarla geçirilen o bıcı bıcı zamanlarım falan bitmiş çocuğuma bir şey kalmamış ve o yüzden ben onu büyütürken çok zorlandım, çok ağladım. Haddinden fazla tepkiler gösterdim. (K8, Kadın, 39)

Özellikle olumsuz duyguların bir sınırı olması gerektiğini düşünen bir kadın katılımcı (K10, Kadın, 27) bu düşüncesini açıklarken ise negatif duyguların bireylerin yaşantısına devam etmesinin önünde engel oluşturabileceğini ileri sürmektedir. Bu da duyguları olumlu veya olumsuz olarak ayırmanın kendisinin de bir sınır olduğunu; kişiye işlev, enerji, sosyallik ve özgüven kazandırabilecek olumlu duyguların, olumsuz duygulara kıyasla daha az kısıtlanması ve sınırlandırılması gerektiğini aşağıdaki ifadeleriyle ortaya koymaktadır.

Yani bence evet olmalıdır. Yani tabi ki öncelik olarak negatif duyguların bir sınırı olmalıdır günlük yaşamımıza hayatımıza devam edebilmemiz için öncelikle ama hani mutluluk olarak da bir sınırı olmalıdır pozitifliğin de bana kalırsa bunun sınırının olmaması yaşadığımız günlük yaşamda olumlu veya olumsuz bir şey o an o duyguyu yaşayabilmemizle alakalı bir şey ya bunun sınırsız olması belki o duyguyu kendimizi mutsuzsam mutsuzluğunu yaşamalıysın mesela mutluyusan mutluluğunu yaşamalıysın ama bir yerde başlayıp bitmeli.”(K10, Kadın, 27)

Bireyler olumluluk atfedilen duyguları daha zararsız olarak değerlendirme eğilimindedirler. Örneğin bir erkek katılımcının(K17, Erkek, 55) “*Yani öfke artık sizin karşı tarafa zarar verebileceğiniz noktada son bulmalı. Bu kadar öfke olmamalı ama mutluluğun sınırı var mı? Ona bir şey diyemem insan hani Ne kadar mutlu olabiliyorsa o kadar olabilmeli. Bunun bir sınırı olmamalı diye düşünüyorum.*” Şeklindeki görüşleri de bu eğilimi göstermektedir. Örneğin yoğun öfke cana ve mala zarar verme ile sonuçlanabilecek bir aşırı duyguysa yoğun mutluluk ve coşku hali için aynı tedirginlik duyulmamaktadır. Oysa yoğun

mutluluk hali de bireylerde tepkisel davranışların önünü açarak zarar verici sonuçlara yol açabilmektedir. Coşku daha kısa süreli sebeplerden; öfke ise uzun birikmişliklerden hissedilmektedir. Örneğin bir kadın katılımcı (K11, Kadın, 50) öfkenin kırgınlıkların birikimi sonucunda oluştuğunu düşünmekte ve çözümsüzlük ve çaresizlik hissedildiğinde ortaya çıktığını aşağıdaki cümleleriyle ifade etmiştir.

...karşı taraf seni anlamadığında ettiğinde sürekli benzer şeyler yaşadığından inciniyorsun. Karşı tarafa anlatıyorsun ama yine aynı şeyler tekrarlanınca bu sefer senin o incinmişliğin öfkeye dönüşüyor. Öfkeye dönünce de karşı tarafa bunu hissettiriyorsun...Bir sürü birikiminden sonra bakıyorsun ki, hani bunun karşı tarafta bir çözümü yok. Yine aynısı. bu sefer öfkeye dönüyor...Çünkü o kadar deniyorsun ediyorsun ama çözümü bulamayınca incinmişliğini öyle gösteriyorsun. (K11, Kadın, 50)

Başka bir kadın katılımcı (K12, Kadın, 24), duyguların sınırlarının olması gerektiğini açıklarken fazla yemenin zarar görülebildiği gibi fazla duygunun da zarar getirebileceğini ifade etmiştir. Burada duygular kişiye veya çevreye verdiği zarar ile doğru orantılı olarak sınırlandırılması gereken duygulanımlar olarak ele alınmıştır. Ayrıca katılımcının ifadesinde, üzüleceği bir durum varken yeterince üzgün görünmeyen insanlar için gerçeği yansıtmayan şekilde davrandığını düşünebileceğini söylemesiyle; toplumsal normların ve aktarılan kültürel kodlamaların kişilerin neye üzümlüp üzülmeyeceğine kadar sınırlayan bir şekilde işlerlik kazandığını söylemek mümkündür.

...arkadaşlarınla mutlu bir şekilde eğleniyorken bir anda oturup ağlamaya başlıyorsan. Bunun da çok normal olduğunu düşünmüyorum...Çünkü mesela çok yemenin fazlası zarardır diyorsun. Duygunun da fazlası zarardır. Yani hani her duyguların bir sınırı olmalı...Her insanın hayatında inişe çıkışlı ya da onu zorlayan bir şeyler vardır ve bir insan eğer sanki bunlar hiç yokmuş gibi davranıyorsa tamamen sadece mutlu davranıyorsa bir kere baştan onun yanlış olduğunu ben anlarım çünkü bugün olmazsa yarın, yarın olmazsa sonraki gün bir yerde bir şey çıkması gerekiyor...Bir yerde o üzüntüsünü ya da bir stresini, kaygısını göstermesi gerekiyormuş gibi geliyor...(K12, Kadın, 24)

Erkek bir katılımcı (K13, Erkek, 35) ise duyguların bir süre sonra duyarsızlaşabilecek şeyler olduğunu ifade etmiş ve yoğun bir kaygı halini “...mesela kaygıyı sürekli yaşıyorsanız belli bir zaman sonra o sınırı geçiyorsunuz ya normalleştiriyorsunuz, taşıyabiliyorsunuz öfke de aynı şekilde mutluluk da aynı şekilde sınırı var ama değişken sınırlar olarak düşünüyorum ben.” İfadeleriyle örneklendirerek kaygı hissetmenin de normalleşebileceğini, kişinin kendi duygusuna duyarsızlaşabileceğini belirtmiştir.

Katılımcılara duygularında sorun olduğunu nasıl anladıkları sorulduğunda olağan seyrinden farklı giden duygularının özellikle dikkat çektiğini ve o duygusal sorunlu zamanlarda belirli davranışlar da eşlik ettiği için bazen istekler, arzular, eyleme geçme veya geçmeme isteği, neye dair eyleme geçilmesinin istenmesi gibi faktörler ile bağlantılı olduğunu ifade etmişlerdir. Bu bağlamda bir kadın katılımcı (K2, Kadın, 38) “Mesela çocuğuma bağırabiliyorum. Eşime

ters davranabiliyorum. Ondan sonra iş yerine tam adapte olup kafamı veremiyorum. Şeylere, işlere yerleri, kopukluk, dalgınlık yapıyor....ifadelerini kullanarak gündelik işlevlerinde stres hissetmeye başladığında duygusal bir problemi olduğunu düşünmeye başladığını aktarmıştır.

Öte yandan başka bir kadın katılımcı (K8, Kadın, 39) olumsuz duygular hissettiğinde çok yoğun hissettiğini ve bunun yaşamını kötü etkilediğini, böyle olmak istemese de bundan kurtulamadığını “...Sürekli her şeye bir ağlama moduna hemen zaten bir giriyorum...yani bir anda yani hemen bütün gemileri yakıyorum. O dibe çöküş batış her şeyden nefret etme işte kendimi gideyim atayım bir yerden aşağı demeler falan...”cümleleriyle ifade etmiştir. Bireylerin duygusal olarak biriktirdikleri yükler, yaşamlarının bir döneminde onlara yoğun duygusal deneyimler olarak geri dönebilmektedirler. Katılımcıların hemen hepsi mevcut olarak bahsettikleri duygusal problemlerinin yoğun bir birikmişlik ve dahası, zamanında ortaya koyulamayan davranışlar veya dürüst duygulanımlar olabileceğine varan ifadelerde bulunmuşlardır. Bir kadın katılımcı (K8, Kadın, 39) 1 çocuk annesidir ve çocuğunu eşinden ayrı olarak büyüttüğünü söylerken duygularındaki olumsuzluklar ağır bastığında aslında üzerindeki sorumluluğun fazlalığından kaynaklı tükenmişlik hissettiğini anlatmaktadır. Dolayısıyla bireylere taşınması zor sorumluluklar verildiğinde veya bir şekilde o sorumluluğa girilmesi gerektiğinde, yaşamlarının bir döneminde o duygusal yük boşalmasını yaşayabilmektedirler. Katılımcının (K8, Kadın, 39) “...annem çok kızar derki senin bir çocuğum var hayatta tabii ki tutunmak zorundasın ama ben o anda onu bile gözüm görmüyor biliyor musun? O kadar dibe iniyorum ki o zaman da şey demeye başlıyorum. Benim anneliğim buraya kadardı...bir şey olursa bana babası devralır”. Cümlelerinden de anlaşılacağı üzere özellikle bakım emeği ve duygusal emeğin kadın olmakla dolayısıyla annelikle özdeşleştirilmesi ve kadın olmanın fitratına atfedilen bir toplumsal cinsiyet rolü olması sebebiyle, boşanan kadınların sorumluluğu ağır gelebilmekte ve çocuğun sorumluluğunda eşitsiz dağılımlar ve beklentiler sonucu yoğun tükenmişlik hissedilmesine sebep olabilmektedir. Bu tükenmişlik bireyleri yalnız olmasaydı yaşamının ne yönde değişebileceği gibi sorularla baş başa bırakabilmekte ve katılımcı (K8, Kadın, 39) bu hissi şöyle tarif etmektedir: “işte bazen diyorum babası olsaydı daha mı farklı olurdu? Ben bu kadar çabuk tükenir miydim? Çünkü her şeyiyle ben yüz göz oluyorum. Yani onun hiçbir şeyden haberi yok. Çünkü her şeyiyle ben muhatabım yaptığı yazlığı, çizdiği, okuduğu, baktığı, izlediği her şeyle”. Ek olarak katılımcının (K8, Kadın, 39 “Bir anne olarak ben diyorum ki mesela benim görevim bitti buraya kadar yani tabii ki bir annenin görevi bitmez, bitmemeli ama...” ifadeleriyle anne olmanın bitmemesi gereken bir şey olduğunu düşünmesi de bu cinsiyet rollerinin yalnızca erkekler değil kadınlar tarafından da içselleştirildiğini göstermektedir.

Boşanmanın kadın üzerindeki duygusal yükünü hem annelik hem babalık rolünü, evin reisi olmanın sorumluluğu ve eşinden genç yaşta ayrılmış olmanın daha çok toplumsal baskıya maruz bıraktığını anlatan bir kadın katılımcı (K3, Kadın, 60) aşağıdaki ifadelerinde üçüncü evre bir kanser atlatmasının dahi bu kadar endişelendirmediğini ancak hastalığının, ailesine karşı duyduğu sorumluluğun getirdiği stresten kaynaklı olduğunu düşündüğünü anlatmıştır.

Endişeyi çok fazla Hissettiğim zamanlar oluyor...Ki ben üçüncü evre bir kanser atlattım o zaman yaşamadım bunu...Anne baba sorumluluğunu üstlendim. Ev reisi sorumluluğunu üstlendim. Para kazanma sorumluluğunu üstlendim. Ayrıca genç yaşta eşinden ayrılmanın, çevrenin verdiği o baskı var ya, mahalle baskısı denilen şey, onu çok yaşadım. Belki onların sonucu, stresten. Çünkü birçok insanın zorbalığına uğruyorsun. (K3, Kadın, 60)

Erkek bir katılımcı (K16, Erkek, 36) ise duygularında sorun olduğunu olumsuz duygular hissettiğinde düşünebileceğini fakat olumlu duyguların fazla olduğu dönemde bunu hayatında yolunda ve güzel giden şeylerle açıkladığını “*Çok mutlu olduğum zamanlar sorunlu değil de bir şeyler belki doğru veya güzel gidiyordur. Ondan dolayı şey olduğunu anlarız ama dediğim gibi öfke durumu, sürekli sinirlilik hâli vesaire bunları tabi problem olduğu anlaşılır.*” İfadeleriyle anlatmaktadır. Denebilir ki bireyler olumlu duygular için kendilerine sebep oluşturma noktasında daha isteklilerdir. Zira mutluluğun fazlası her şeyin yolunda gittiği temeline oturtulurken; öfkenin fazla olması daha çabuk sorun olarak dikkate alınmaktadır. Bireylerin olumsuz durumları neredeyse başlamadan defetme fakat olumlu duygularda kendi sınırlarını merak edercesine deneyime açık olmaları, mutluluğa ve mutsuzluğa yüklenen anlamlarla da yakından ilişkili olabilmektedir. Örneğin mutsuzluğun bir erdem ve mutluluğun “hata, günah, lanetli, dünyevi” görüldüğü dönemlerde mutsuz olmanın bireysel tatmini ve kazançları bambaşka iken günümüzde mutsuz olmak yenilmiş olmak gibidir. Mutluluk yarışını kazanmak için istekli çok fazla birey varken, mutsuzluğun tecrübesini ve sebeplerini düşünmek dahi bazen kötü hissetmeye yetebilmektedir.

3.2.4. İdeal Ruh Halinin Göreceliği

Katılımcılara kendileri için ideal olarak tanımladıkları ruh halleri sorulduğunda çıkan en önemli bulgulardan ilki, katılımcıların duygusal olarak rahatsız oldukları sorun her ne ise onun olmadığı bir ruh hali tezahür etmeleridir. Bu da duygusal deneyimlerin biricikliğini ortaya koyarken aynı zamanda insanların bir noktada ortaklaştığı yerler olduğunu da göstermektedir. Bireyler yaşam tecrübeleri içinde özellikle olumsuz duygusal deneyimlerinden edindikleri tecrübeler doğrultusunda, kendilerinde mevcut olmadığını düşündükleri ve arzuladıkları ruh halini “*ideal*” olarak tanımlamaktadırlar. Örneğin bir kadın katılımcı (K1, Kadın, 70) ideal ruh halini tanımlarken “*...Bence için rahatsa huzurluysa o zaman daha güzel vakit geçirirsin, yani*

etrafındaki insanlar seni anlıyorsa, yardımcı olmak için uğraşıyorlarsa...Bir de kibar davranmaları bence çok önemli....” ifadelerini kullanmıştır. Başka bir katılımcının (K4, Kadın, 62) “...Her şeyi kafaya takmamak isterdim aslında...” cümlesi ve erkek bir katılımcının (K19, Erkek, 26) “...Kaygısızlık olması gerekiyor. Yani hayatındaki her şeyin düzene girmesi gerekiyor...” cümleleri bireyler için ideal ruh halinin daha stressiz ve kaygısız bir ruh halinden geçtiğini göstermektedir. Kadın bir katılımcı (K6, Kadın, 52) kendi idealini daha açık sözlü olmakla bağdaştırarak anlatmıştır ve buradaki ideal ruh halinin duygularını ve düşüncelerini ifade ederken daha cesur olmak olduğu düşünülmektedir. Katılımcı (K6, Kadın, 52) bu cesareti gösterirken kimseyi kırmadan yapmanın önemli olduğunu düşünmekte fakat hiç ifade edememenin de duygusal bir birikime yol açtığını düşünmektedir.

Hani mesela bazı insanlar ben çok açık sözlüyüm der langadanak söyler, açık sözlü olmak isterim ama öyle zangadanak da söylemek istemem anlatabildim mi? Keşke işte senin bir kusurunu gördüğüm zaman acaba kırılır mısın diye bunu ben içimde tutuyorum mesela. O da birikiyor. (K6, Kadın, 52)

Bu bulgu aynı zamanda modern toplumun rekabetçi ve yetinmeden daima daha çok çabalaması için motive edilen birey tipiyle örtüşmektedir. Olumsuz veya olumlu denebilecek ve bu bağlamda kategorize edilmiş duygular elbette olmakla birlikte; ideal ruh halini tanımlarken bireylerin hepsinin kendilerinde bulunmayan bir ruh halini tanımlamaları, her zaman daha iyi, daha mutlu, daha sağlıklı, daha verimli ve artırılabilir birçok arzusun nesnesini oluşturmakta ve tüketimci birey tipiyle bağlantılı gözükmektedir. Zira tüketimcilik söz konusu olduğunda nasıl tüketilecek her zaman bir şey varsa ve tükenmeyen tek şey tüketimin kendisi olma yolunda ilerleniyorsa, söz konusu idealize edilen duygular olduğunda da her idealin ideali varmış gibi gözükmektedir. Bu içselleştirilen düşünce ve davranışla dışa vurulan duygulanımlar ise bireyleri zaman zaman gerçeklikten uzaklaştırabilmekte ve özellikle sosyal medya yolu aracılığıyla dolaşıma giren göstergeler ile bu “mutlu benlik” algısının altı doldurulabilmektedir. Erkek uzman katılımcıya (U2, Erkek, 36) göre bu algılar modern yaşam ile de yakından ilişkilidir. Uzman katılımcı bu problemin yalnızca psikiyatrinin değil birçok alanın ortak problemi olduğunu ifade ederek şunları söylemiştir:

...Bu biraz modern kurguyla da alakalı bir şey yani hep daha fazla çalışmak gerekiyor. Hep daha iyi olmak gerekiyor...Yani bu bir yönüyle bir tek tipleştirme olarak da eleştirilebilir ama bir yönüyle de sürekli insandan bir şey talep edilen bir durum. Bu da tabii ki tüketici bir hâle geliyor. Hani psikiyatrinin bakış açısı burada insanın işlevselliğini arttırmak ya da insanın daha mutlu hissetmesini sağlamak, olumsuz şeylerle ilgili gidermek ama zemin hazırlayan faktörler durmaya devam ettikçe bu biraz da dalgaya karşı yüzme çalışmak gibi geliyor bana. Dolayısıyla psikiyatrinin problemi sadece psikiyatrinin problemi değil aslında. (U2, Erkek, 36)

Kadın bir katılımcı(K10, Kadın, 27) ideal ruh hali olarak daha girişken, duygularını daha açık ifade edebilen ve duygu ve davranışlarının daha tutarlı olabilmesini arzu eden ifadelerde

bulunmuştur ancak bunun neden özellikle karşı cinse karşı böyle yapmadığını, ebeveyninden aldığı rol aktarımıyla açıklamıştır. Bireyler zaman zaman ilgi duyduğu kimselere, olaylara karşı tam tersi davranış sergileyebilmekte ve bunu da duygusal yüklerini oluşturan korku, kaygı gibi duygulardan nemalanarak yapmaktadırlar. Öyle ki bazen mevcut bir ilgiyi göstermek, adım atan ya da ilgiye karşılık veren taraf olmak bir nevi zaafların açığa çıkması olarak yorumlanabilmekte ve karşı tarafın egosunu tatmin etme eylemi olarak yorumlanabilmektedir. Bu durumun biyolojik sebeplerden ziyade davranışsal ve çevresel sebepleri olduğunu düşündüren kadın katılımcı (K10, Kadın, 27), babasıyla olan ilişkisine bağlamakta ve özellikle karşı cins ile kurulacak bir iletişimde bu sorunu yaşadığını dile getirmektedir. Dolayısıyla ideal ruh hali olarak duygularını daha az zorlanarak açan biri olmak ve davranışları ve duyguları arasında bir dengeyi arzuladığını şu aşağıdaki cümleleriyle anlatmıştır:

...O insana gerçekten ne hissediyorsan yansıtabilen insanlara özeniyorum. Birini beğendiğinde hoşlandığını yazabilmek ya da belli edebilmek ona adım atabilmek...ama ben bunu yapamıyorum...Benim babam da öyledir mesela. Duygularını belli edemez...Geçen gün geldi çat diye kafamdan öptü böyle ben şoka girdim. O kadar şaşırdım ki ...Bence bu tamamen babamdan kaynaklı. Çünkü özellikle erkek figürlerine gösteremiyorum. (K10, Kadın, 27)

İdeal ruh hali tanımını yaparken kişilerin kendilerini oldukları halleriyle kabul etmelerinin başat rol oynadığını ifade eden erkek katılımcı (K14, Erkek, 65) bu ifadelerini *“İdeal ruh hali kendini böyle kabul ettiğin ruh halidir abicim ya. Bak ben dalga geçmeyi öğrendim kendimle. Diyorum ya eczaneye bile gittiğimde benim deli ilaçlarını veriver diyorum (Kahkaha atar).”* Cümleleriyle örneklendirmektedir. Kendileriyle çatışma içerisinde olmayan bireylerin, kendi ideallerini “yakalamaları” daha zahmetsiz olarak gözükmektedir. Buna örnek olarak kullandığı antidepressan ilacı kullanmaktan ve bunu eczane gibi kurumsal alanlarda dile getirmekten çekinmediğini, kendisini kendi gerçekliğiyle kabul ettiğini ifade eden katılımcı (K14, Erkek, 65) bireyler kendisini ideal duygu algısıyla baskı altında hissetmediklerinde daha az duygusal problem yaşayabileceklerini de vurgular nitelikte konuşmuştur. Çünkü bir erkek katılımcı (K15, Erkek, 35) da göstermektedir ki bireyler ideal duyguları sınırlandırarak oluşturmakta ve buna uymak için yoğun istek duymaktadırlar. Fakat bu gerçekleşmediğinde istenilen duygunun hissedilememesi bireylerde başarısızlık olarak değerlendirilmektedir. Duygunun başarı ve başarısızlıkla bağdaştırılarak algılanması ise mutsuz olmayı başarısızlık, mutlu olmayı ise bir başarı olarak tanımlamayı doğurmaktadır. Bu da modern toplumda tam bir iyilik haline sürekli yapılan vurguyla yakından ilişkilidir.

Şöyle olmak isterdim...Yani uyanık kaldığın süreci yaşayacaksın. Orada da karşına ne duygu geliyorsa. Öfke geliyorsa öfkeleneneceksin. Sevgi geliyorsa sevineceksin ya da seveceksin. Muhabbet geliyorsa muhabbet edeceksin. Ruh halin stabil olacak ya stabil olacak. Bu senin standardın olacak...Ama genelini soracak olursan, şu an başaramıyorum. (K15, Erkek, 35)

Örneğin erkek katılımcı (K15, Erkek, 35) bir yandan ifadelerinde ortam hangi duyguyu getiriyorsa onu yaşamak gibi rastgeleliğe dair bir arzuda bulunmakta fakat öte yandan bir standartın olması gerektiğini belirterek bu rastgeleliği farkında olmadan sınırlamaktadır. İfadesinin sonunda da bu durumu aşağıda görüleceği üzere başarısızlık olarak anlatmaktadır.

3.2.5. Duygusal Deneyimlerin Hastalık Olarak İnşası: *Odağı anlamdan belirtiye kaydırmak*

Duyguların psikolojik süreçlere indirgenmesi, onların bireysel patolojiler veya iyilik halleriyle ilişkilendirilmesine yol açmış böylece sosyal nedenleri göz ardı edilen, bireyin ruhsal alanına hapsedilen bir duygu anlayışı ortaya çıkmıştır (Illouz, 2007). Hümanizmle birlikte insan hem değerlerin hem de anlamların üreticisi olarak konumlanırken, bireycilik de bu öznenin iç dünyasını, kararlarını ve duygularını bireysel iradeye dayandırmıştır. Bu gelişmelerle birlikte duygular, toplumsal ve tarihsel bağlamlarından kopararak bireysel iç yaşantılar olarak ele alınmaya başlanmış; böylece duyguların anlamı giderek *psikolojikleştirilmiştir*. Öte yandan bulgulara göre hemen her duygunun sınırı, karşıt duygunun uzun süreli yitimine neden olacağı yerde başlamaktadır. Örneğin mutsuzluk, mutlu olma halini uzun süre askıya aldığı anda yani mutluluğa baskın bir duygu olduğunda problem olarak görülmektedir. Bu durumu mutluluğa yüklenen anlam ve bunun da toplumsal inşasına inerek derinleştirmek mümkündür. Bireyin dünyevi yaşantıyı ön planda tutmaya başladığı modern toplumların başından itibaren, bireyler yalnızca çalışan ve işlevli özneler olarak değil duygularıyla da bu işlevselliği pekiştirmekle yükümlü özneler haline gelmişlerdir. Özellikle postmodern dönemin neo-liberal özne kavramı, mutlu olmayı ideal bir duygu durumu olarak içselleştirmiş ve dolayısıyla hemen her yaşamsal düzenlemelerini temelde mutlu olmak, tatmin olmak, haz almak üzerine kurar gözükmektedir. Bu bağlamda Sayar, duyguların zamanla “*anlam*”dan çok “*belirti*” olarak ele alındığını belirterek; bir bireyin üzüntüsünü, melankolisini ya da kaygısını; yalnızca nörotransmitter eksikliğiyle değil, içinde bulunduğu kültürel bağlam, travmatik tarihsel deneyimler, sosyal kopuşlar ve ruhsal değer yitimleriyle birlikte de ele alınması gerektiğini söylemektedir (Sayar, 2015). Ne var ki aynı zamanda toplumsal dinamikler, kurumsallaşmalar, reklamlar, pazarlama stratejileri, dijitalleşme aygıtlarının da etkisiyle bu neo-liberal özne karmaşık ilişkiler ağı içerisinde inşa edilmektedir. Toplumlardaki yapısal, siyasal, ekonomik, kültürel ve hatta dini değişimler sonucunda kapitalist üretim sisteminin tüketime odaklı üretimi bu noktada yoruma açık durmaktadır. Zira modern toplumda hemen her şey alınıp satılan bir meta olarak dolaşıma girmekte ve buna duygular da aracılık eder gözükmektedir. Mutlu olmak için tüketme davranışı

içselleştirilen, güdüsel bir hal almaktadır. Sağlık adına tüketmek de benzer şekilde ne kadar sağlıklı olunursa o kadar mutlu ve rahat olunabileceği düşüncesine dayanabilmektedir. Fakat burada sağlığın ve hastalığın ne olduğu sorusu büyük önem taşımaktadır. Çünkü tıpkı hasta olmak gibi sağlıklı olmak da tarihsel süreçte bir takım anlam kayıpları yaşamış ve başka anlamlar kazanmıştır. Her ne kadar sağlık, sınırlarını, içine duygusal sağlığı da alacak şekilde genişleyerek insana dair bütünsel bir yaklaşım geliştirse de sağlığın sektörel bir yapı haline gelmesi, sağlıklı olma koşullarını sağlamak için sunulan kriterleri alınıp satılan birer ürün yelpazesine çevirmiştir. Bu durum da hastalık ve sağlığın sınırları hakkında eleştirel yaklaşımlara kapı aralamış olmaktadır. Allan Horwitz ve Jerome Wakefield da “*The Loss of Sadness*” adlı eserlerinde benzer biçimde, modern depresyon tanısının sıradan üzüntü ve keder deneyimlerini hastalıklaştırdığını savunmakta ve bu bağlamda birçok “duygusal hastalık”, bireyin yaşadığı toplumsal adaletsizlik, yalnızlık, işsizlik ya da kayıpların doğal birer sonucu iken, klinikleşmiş bir dil aracılığıyla “*tedavi edilmesi gereken*” kişisel sorunlara dönüştürülmektedir (Wakefield vd., 2007). Nitekim sektörel bir imajla hizmete sunulan sağlığa dair pratikler, arz-talepten öteye geçerek talep oluşturmaya yönelik hareket eden ilaç sektörleriyle iş birliği içerisinde olması sebebiyle erken teşhis ve tedavi söylemlerinin yanında aşırı teşhis edilme riskini de beraberinde getirebilmektedir. Bu riskin devamında bireyler duygusal sorunları sebebiyle kolayca hastalık tanısı alabilmekte, ilaç kullanımına yönlendirilebilmekte ve hatta teşvik edilebilmektedirler.

Hem katılımcıların hem de uzman katılımcıların görüşlerine bakarak denebilir ki modern toplumun en yaygın duygusal problem tanımlamaları arasında depresyon, panik atak ve anksiyete gibi kaygı bozuklukları ve çoğunlukla bunlara bağlı uyku ve iştah problemleri, dikkat eksikliği gelmektedir. Giderek artan bu tanılardaki bolluk ile toplumsal gerçekliğin hem bütünü ile hem de bireysel yaşamı etkilediği yönüyle bağlantı kurmak elzemdir. Bu bölüm iki alt başlıkta incelenecektir. Bu başlıkları sırasıyla uzmana başvurma sebepleri, sağlık sistemine ve tıbbileştirme sürecine ilişkin algılar ve duygusal hastalıklarda ilaç kullanımına dair deneyimler oluşturmaktadır.

Duygusal deneyimlerin giderek daha sık biçimde hastalık kategorileri içinde tanımlanması, bireyleri yalnızca belirli bir teşhisin öznesi haline getirmekle kalmaz; aynı zamanda onları profesyonel yardım arayışına yönlendiren psikososyal bir zemini de beraberinde oluşturur. Bu noktada bireylerin uzmana başvurma nedenleri, toplumsal normlar, duygusal dayanıklılık idealleri ve tıbbın meşruiyet gücüyle yakından ilişkilidir. Ancak bu süreç, her zaman iyileşmeye giden doğrusal bir yol olarak işlemez. Tıbbileştirilen duygusal deneyimlerin tedavi edilme biçimleri, kimi zaman yeni rahatsızlıkların, bağımlılıkların ya da

iyatrojenik etkilerin doğmasına da aracılık edebilir. Bu çerçevede bir sonraki alt başlıkta, bireylerin uzmana başvurma sebepleri ele alınacak; ardından ise ilaç tedavisinin farklı bir boyutu olarak iyatrojenez tartışılacaktır.

3.2.5.1. Uzmana Başvurma Sebepleri: “Aslında hastaların büyük kısmını günlük bunalıyla gelenler oluşturuyor”

Fizyolojik birçok hastalığın sebebini geçmişte aramak ve saptamak daha kolay iken duygusal hastalıklarda seyir farklı olmaktadır. Örneğin şeker hastalığı, osteoporoz(kireçlenme), kalp yetmezliği, bel fıtığı, tansiyon ve başka birçok ölçülebilir değerleri daha belirgin hastalıkların oluşum aşaması veya önleyici tedbirlerini konuşmak daha elverişli; duygu durum bozuklukları, travma ve sonrası bozukluklar, panik atak, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk gibi takıntı rahatsızlıklarının gelişim seyrini tespit edip geriye dönük tespit yapabilmek daha karmaşık ve zaman zaman içinden çıkılmaz bir süreç olabilmektedir. Bu da duygusal yükün birden farklı etmen sonucunda birikmesine ve bu birikimin sonucunda rahatsızlık hissedilmesine sebep olabilmektedir. Duygusal hastalıkları diğerlerinden ayıran en önemli sebeplerden birisi de duyguların davranışlar aracılığıyla tanı alabiliyor olmasıdır. Bir duyguya uygun davranma veya davranmama, bir duygunun hastalık olarak tanımlanmasında oldukça etkili olmaktadır. Diz eklemlerinde kireçlenme olan bireylerin koşamıyor olması beklenen, koşabiliyor olması ise tedavinin seyri için olumlu bir gelişme sayılırken; üzgün olan birinin bazı olumlu gelişmelere olumlu duygular besleyememesi depresyonu akla getirmektedir. Sınırların nerede çekileceği ve problemin hangi noktada tanımlanacağı duygusal hastalıklar söz konusu olduğunda daha subjektif durumlara göre şekillenmeye elverişlidir. Bu da doktorun, terapistin mesleki tecrübesi, etik ve ahlaki değerleri, çalıştığı kurum ile doğrudan ilintilidir. Dolayısıyla hayattan keyif alamama, sürekli uyuşukluk, isteksizlik ve üzgün olma halleriyle başvuru alan bazı kimselere, imkanlar doğrultusunda terapi çözüm olarak sunulurken; bazı kimselere doğrudan ilaç kullanımının önerilmesi, problemlerin çözümünde ruh sağlığı uzmanlarının ayrışabildiğini göstermektedir. Dolayısıyla bir taraf koşullara bağlı olarak ilaçsız bir çözüme yönlendirilirken diğer tarafın ilaç kullanımına daha fazla maruz kaldığını söylemek mümkün olmaktadır. Uzman katılımcı (U2, Erkek, 36) bu bağlamda şu ifadeleri kullanmıştır:

Bunlar hani biraz daha mesleki zanaatle alakalı şeyler. Bir kişinin klinik olarak hasta olup olmadığı, klinisyenin tecrübesiyle çok alakalıdır. Muhakkak bir takım tanı kriterleri oluşturulmuştur ama psikiyatrik muayeneler sadece onlardan ibaret değil. İşte işlevselliğinin değerlendirilmesi dediğimiz durumlar var. Yani bir şeye canının sıkılmasıyla bir depresyonda bulunmak aynı şeyler değil. (U2, Erkek, 36)

Görüntüleme teknikleri, kan tahlilleri gibi dışlayıcı faktörlerin kullanılsa dahi duygusal hastalıkların teşhisinde başat rol oynamadığı uzmanlar tarafından (İzmir, 2022; Sayar, 2016;

Szazs, 1974, Welch vd.; 2022) belirtilen bu durumlarda, bir hastalığın hangi sınırlar içerisinde ele alınıp tedavi önerildiği, gidilen kurumun niteliğine, hastanın ve kurumun imkanlarına, hekimin tecrübesine kalmaktadır. Ayrıca ruh sağlığı yasasının olmayışı gibi hukuki ve politik yönü olan bazı eksiklikler bu sürecin sübjektifliğini bağlama da bağlı olarak derinleştirebilmekte ve özellikle kurumların denetimi konusunda yetersiz kalabilmektedir. Yalnızca doktor-hasta ilişkisinde değil; doktor- kurum ilişkisinde de bu denetimin eksikliği, sunulan tedaviden, tedavinin sonucuna kadar birçok etik soruna yol açma riski taşımaktadır. Bu düşünce görüşme sağlanan psikiyatrist uzman katılımcının (U2, Erkek, 36) düşünceleriyle de tutarlılık içermektedir.

...Hani burada nerede çizginin çekildiğiyle ilgili şeyler...Psikiyatrinin biraz sübjektiviteye dayanan bir şey olmasıyla da alakalı. Mesela beyin görüntülemelerinden bahsettiğimizde psikiyatrinin büyük bir kısmında bunlar çok sağlıklı neticeler vermezler...Psikiyatrik hastalıkların görüntüleme sonuçları vermemesiyle alakalı şeyler bunlar. Yani henüz daha doğru teknikleri bulabilmiş değiliz. Bu hastaların çok büyük bir kısmında MR'ler normal çıkar örneğin. Bir bulgu bulamazsınız...Halen daha doğru teknik bulunabilmiş değil.... (U2, Erkek, 36)

Modern toplumda yaşamın her yönüne sirayet eden sınırların bulanıklaşması, tıbbi otoritede kendine yer bulan psikiyatristler ve psikologlar için de etkileyici unsurları oluşturmaktadır. Zira sosyal medyanın özellikle pandemi döneminde ortaya çıkan online terapiler ve bu tarz uygulamaların yaygınlaşması, pandemi sürecinden sonra farklı bir seyrde ilerleyerek bir nevi sosyal medya pazarına dahil olmuş ve yönlendirici bir kisve kazanmıştır. Sosyal medya uzmanları ve takipçileri arasındaki bu ticari kârın baskın olduğu pazarda, hekimler birtakım paylaşımlar yapmakta ve uzmanlık alanlarına göre kendilerine danışacak hasta profiline algoritmasına dahil olmaktadır. Bu durum hastalar için erişimde kolaylık, kendi üzerine düşünmede fırsat, kendi kendine teşhiste kolaylık sağlıyor gibi gözükse de duyguların daha çok hastalık olarak tanımlanmasına ve uzmana başvuran kişilerin kendilerine dönük daha çok tanı beklentisiyle hekime başvurmasını da beraberinde getirebilmektedir. Tanı almanın hastalar üzerindeki etkisi, onaylanma ihtiyacının karşılanması, mevcut rahatsızlıklarının bir adının olması ve bundan mustarip başka kimselerin olduğunun da fark edilmesi noktasında duygusal bir rahatlık sağlayabileceği için, tanı almak bireylerin davranış veya duygusal sorunlarının nedenini içselleştirme noktasında işlevli gözükmektedir ancak alınan tanının yaşanan rahatsızlıkların sebebi olarak görülmesi , rahatsızlıkların inşa süreci hakkında bireyleri sorgulamadan uzaklaştırabilmekte ve dolayısıyla “üzülüyorum çünkü depresyondaymışım,” dedirtse de “üzülüyorum çünkü...Çözemediğim için depresyondayım.” demeyi eksik bırakabilmektedir. Bu bağlamda uzman katılımcılara duyguların nerede bir problem olarak görülmeye başlandığı ve kendilerine danışan hastaların hangi sebeplerden etkilendiği

sorulmuştur. Örneğin uzman kadın katılımcı (U1, Kadın, 27), bireylerin problemlerini çözüme kavuşturmak için uzmana başvurduğunu ve bir sorunun gerçekliğini ölçebilmek için gündelik yaşantısını ne ölçüde etkilediğini anlayabilmek olduğunu ifade etmiştir.

...Artık gündelik hayatlarında sıkıntı yaşıyorlar. Normalde gündelik yaptığı şeyleri yapamıyor. Sabah yataktan kalkıp gibi mesela yüzünü yıkamak gibi işte okula gidiyorsa okula gitmek işe gidiyorsa işe gitmek gibi bunlarda bir sıkıntı hissettiği zaman diyor ki ben bunları yapamıyorum...Bu sıkıntıyı çözme amacıyla geliyorlar aslında...(U1, Kadın, 27)

Ayrıca her zaman her duygunun normal olmadığını örnek vererek anlatmış ve fazla duyguya odaklanıldığını fakat duygulanımın az olmasının da bir problem olarak görülmesi gerektiğini düşündüğünü belirtmiştir.

...Her duygu her zaman normal değil. Mesela nedir şu an biz gayet normal bir şekilde sohbet ediyorken benim sana bir anda bağırıp kalkıp gitmem mesela. Hani evet, genelde dışarıdan görülen bu duyguların aşırıya kaçması...Çünkü hep bu görülüyor ama bazen de duygunun az olması da aslında bir bozukluk diye düşünüyorum. (U2, Kadın, 27)

Bu durum insan duygularının hem fazlalığının hem de azlığının bir üst ve alt sınırlandırmaya tabi tutulduğunu ve bu sınırların dışına çıkıldığında anormal olarak tanımlanmaya başladığını göstermektedir. Bu da duyguların tıbbileşmesine aracılık eder görünmektedir. Öyle ki mutluluk, kaygı, öfke, korku, tiksinti, şaşırma gibi duygular bireyden bireye oldukça farklı deneyimlenen, anlam taşıyan ve hissedilen duygular olmaktadır. Modern toplumda insana yüklenen değer ve anlam arttıkça ve bireyselliğe vurgu yapıldıkça insanın müdahaleye uğradığı alanların sayısı da artmakta ve duygular da bu alana dahil olmaktadır. Bireysellik ve her bireyin biricik yaşantısına yapılan vurguların yanında insan duyguları belirli bir standarda göre değerlendirilen deneyimler olmaktadır. Gittikçe artan tanı kriterleri ise neredeyse her bireyi hasta olarak etiketleyecek bir sebep sunmakta gözükmektedir. Tanı kriterlerinin bir durumu anlamlandırma ve sınırlama gibi faydaları olsa da bunun sektörel bir kar aracına dönmesi gündelik duygulanımların da hastalık olarak tanımlanmasına olanak tanımakta dolayısıyla hastalık olarak tanımlanan duyguların çözümü için söz konusu olan ‘problem çözmek’ yerine ‘tedavi olmak’ görülmektedir.

Hekime başvuran hastaların büyük çoğunluğunu kendi çalıştığı kurumun üniversite hastanesi olması sebebiyle, daha önce problemlerine çözüm bulamayan hastaların oluşturduğunu bunun da kuruma duyulan güvenle bağlantılı olduğunu anlatan psikiyatrist katılımcıya (U2) göre, poliklinik hastaların birçoğu gündelik stres, kaygı, panik ve depresyon gibi sorunlarla başvurumaktadırlar. Bu da çarpıcı bir biçimde günlük duyguların tıbbileştirildiğini göstermektedir. Bireyler gündelik yaşamdaki kaygı, korku, depresyon ve mutsuzluk gibi duygularını tıbbi müdahale gerektiren durumlar olarak içselleştirmekte ve bu problemi

hekimler aracılığıyla çözmeye çalışmaktadırlar. Uzman psikiyatrist katılımcı (U2, Erkek, 36) ise bu şu cümlelerle ifade etmektedir:

...Genelde bize gelmeden önce zaten başka yerlere başvurmuş oluyor. Dolayısıyla hasta popülasyonumuzun bir kısmını da umduğu çareyi bulamayan ya da hastalığı daha özellikli olan hastalar oluşturuyor...Hastaların çok büyük bir kısmını depresyonlar oluşturur. Dolayısıyla hani hayattan keyif almamak, kendini kötü hissetmek en temel şikayetlerdir. Hani bunun dışında gene ayaktan hastalardaki en sık problemler kaygı sorunlarıdır. Yani bunaltı problemleridir. Aslında bunlar bazen kendini işte panik atak benzeri şeylerle gösterir...Aslında hastaların çok büyük bir kısmını- poliklinik hastalarından bahsediyorum- bu hani çok günlük ve bunaltıyla gelen rahatsızlık grupları oluşturuyor...(U2, Erkek, 36)

70 yaşında, 1 çocuğu olan kızı, eşinden boşanmış ve felçli annesinin özbakımını üstlenmek durumunda kalan kadın katılımcı (K1, Kadın, 70), ilk uzmana gitme deneyimini psikologda deneyimlediğinden bahsetmiştir. Gittiği psikoloğun mahallesinde bulunan yaşlı evinde önce stajyer olarak başlayan daha sonra uzmanlığını aldığı da gönüllü olarak seanslar yapan erkek bir psikolog olduğunu anlatmıştır. Katılımcı (K1, Kadın, 70) gittiği yere yaşlı evi denmesini de hoş karşılamadığını belirtmekte çünkü yaşlı evi kavramını bir toplumsal damgalama olarak nitelendirmektedir. Psikoloğa ilk gitme sebebi olarak kızının eşinden boşanması ve bir torununun olmasını öne sürmekte ve bu süreçte çatışmadan yaşamanın yollarını aradığını söylemektedir. Psikolog erişiminin mahallesinde ve yürüme mesafesinde olması ulaşımı oldukça kolaylaştırdığından daha çok sohbet etmek, fikir almak, neyin doğru neyin yanlış olduğunu tarafsız birinden teyit etmek istediğini dile getirerek duygusal olarak problem yaşadığını nasıl anladığından bahsederken enerjinin düşüklüğünü sebep olarak göstermiş fakat (görüşme esnasında biraz düşünceli tavırlara girdikten sonrasında) bunun aslında bir sığınma olabileceğini de ifade etmiştir. Süreci ise kendi cümleleriyle şöyle anlatmıştır:

Ben psikoloğa mahallemdeki yaşlı evinde gittim. Yaşlı evi deyince de insanlar farklı yorumlayabiliyor ama aslında çok güzel...Ben kızım hani evlenmesini düşündüğüm için...Buna da benim karışmam veya onun adını benim düşünmem normal mi değil mi? Onu pek şey yapamadım. Enerjimin düşmesi, enerjik hissetmemen. Gerçi biraz tembellik de var bende ama(gülüşme). Bilmiyorum. Bir sığınma olabilir mi? (K1, Kadın, 70)

Katılımcı (K1, Kadın, 70) normalde de biraz tembelliği olduğunu gülerek ifade etmiş ve bunu yaşlılıkla birlikte bir sığınma alanı olarak kullanabiliyor olacağının özeleştirisini de yapmıştır. Devamında 6 ay kadar antidepressan ilaç kullanımı olduğunu ve bunun annesinin geçirdiği rahatsızlıktan dolayı gerçekleştiğini belirterek söz konusu dönem için sağlık ocaklarının yani günümüzdeki adıyla aile sağlığı merkezlerinin psikotrop ilaç yazma yetkisinin olduğunu *“Mesela annemin hastalığı devresinde gerçekten o zaman geçirdim depresyon şey. Sağlık ocağı yazabiliyordu...Bir ilaç yazdı ilaç yani onu kullandım 6 ay falan kullandım*

herhalde...Annemin yoğun bakımda yattığını kabullenmem zor oluyor diyerekten...” cümlelerle anlatmıştır. Öte yandan aynı katılımcının (K1, Kadın, 70) uzman deneyimine dair aktardığı “*...Ne diyordu? Yani insanın bir tepkisi olarak görüyordu...Ben şöyle yapman gerek böyle yapman gerek demesini bekliyorum. Oinirlenmek normal diyor; yani insan yapısında var diyor.*” İfadelerinde bireylerin uzmana başvurdıklarında belirli beklentiler taşıyabildiğini göstermektedir. Tıbbileştirme süreci yalnızca hekimin hastalara ilaç reçete etmesi ve hastalık tanısı koyması ile değil hastaların da bu tanıyı veya tıbbi tahakküm içeren söylemleri beklmeleriyle çift yönlü işleyebilmektedir. Örneğin katılımcı (K1, Kadın, 70) yukarıdaki bir önceki ifadesinde psikologdan kendi sinirlenmesine karşı normal dışı bir tepki vermesini beklemekte fakat psikolog bunun insani ve normal bir durum olduğunu söylediğinde garipsediğini dile getirmektedir. Bu da tıbbileştirmeyi daha derin bir bağlama oturtmaktadır. Zira duyguların tıbbi terimlerle algılanması psikiyatri ve psikoloji alanlarından çıkış bulmuşken bir süre sonra uzmanların değerlendirmesi de bireylerin içselleştikleri değerlendirmeleri etkilememektedir. Yani uzmanlar normal dese dahi birey hala normal olmadığına dair bir dönüş ve tanılama bekleyebilmektedir. Bu da tıbbi söylemler dolaşıma girdikten sonra artık kontrol etmenin ve ne yöne çekileceğinin daha belirsiz bir hal almasına sebep olabilmektedir.

Tüm bunlar söz konusu duygusal hastalıklar olduğunda yaşlı bireylerin bu durumdan daha farklı etkilenebildiğini ve uzman desteğine ihtiyaç duyma kriterlerinin değişebildiğini göstermektedir. Toplumsal olarak yaşlılık, işlevselliğin yitimi, sosyalleşmede azalma, şehir içi toplu ulaşımında zorluk, teknolojideki hızlı ilerlemelere yavaş uyum sağlama gibi dezavantajlı görülebilen bir olgudur. Biyolojik ve kaçınılmaz doğal bir süreç olmasına karşın toplumsal yapının dinamizmi, özellikle kent yaşamlarındaki hız, gelip geçicilik, komşuluk bağlarının zayıflaması, güvenlik problemi vb. sorunlar yaşlı bireyleri mevcut konumlarından daha izole bir yaşama itebilmektedirler. Kadın katılımcının (K1, Kadın, 70) ifadelerine bakıldığında büyük oranda yalnızlığını paylaşmak istediği ve yargılanmadan anlaşılmak, farklı bakış açıları edinmek istediği için bir uzman desteğine ihtiyaç duyduğu anlaşılmaktadır. Manevi bağların giderek çözülmesi ve artan bireyselleşme ile birlikte özellikle yaşlı bireyler samimi sohbetlere, duygusal paylaşımlara özlem duyabilmekteledir. Bu bağlamda hem torunu ile olan kuşak çatışmasına bir çözüm bulabilmek, hem neyin normal olup olmadığını uzman gözünden dinleyebilmek ve duygu ve davranışlarını tüm bunlara göre yeniden değerlendirebilmek önemli görünmektedir. Bu da uzmanların bireylerin bireysel yaşamlarındaki detaylarda dahi bilirkişi olarak değerlendirilip kanaat önderi misyonunu üstlenen kimseler olduğunu düşündürmektedir.

Başka bir kadın katılımcı (K2, Kadın, 38) uzmanın arkadaşı olması sebebiyle telefon üzerinden ulaşarak gittiğini *“Bir sağlık problemim olmuştu, korkmuştum. Tekrarlayacağından falan korkmuştum. Psikiyatri arkadaşım var ona yazdım. Ondan bir ilaç reçetesi aldım.”* cümleleriyle anlatmıştır. Psikiyatride sağlık anksiyetesi olarak tanımlanan bu durum kişilerin sağlıklı olma için yoğun çaba harcamasını ve hasta olmaktan aynı yoğunlukta endişe duymasını ifade etmektedir. Katılımcı (K2, Kadın, 38) kendi isteği ve kendine dönük değerlendirmesiyle telefon yoluyla ulaştığı psikolog arkadaşından bir ilaç önermesini istemiş ve o ilacı kullanması gerektiğini ifade ederek ilacı temin etmiştir. Sonrasında ilacın yan etkisi olarak yaşadığı uyuşukluk, sersemlik halinden rahatsız olmuş ve bağımlı olmaktan çekinerek bıraktığını *“Yani işte sağlık kaygılarımı anlattım falan. O da bana hafif dozajda bir şey önerdi işte zaten memnun kalmadım yani o an evet beni uyuşturdu falan böyle salak gibi oldum...Bağımlı olmak istemedim ilaca...”* cümleleriyle aktarmıştır. Daha sonra sosyal medyadan karşısına çıkan bir psikoloğun Allah tarafından karşısına çıkarılmış olabileceğini düşünerek sayfasını incelemiş ve yönteminden etkilenmiştir. Bu yöntem psikoloğun kendisinin bulduğunu söylediği bir yöntemi kapsamaktadır ve psikolog kendisinin özel biri olduğunu ifade etmiştir. Katılımcı (K2, Kadın, 38) burada panik atak olduğunu anladığını söylemiş ve daha önce fark etmemişim diyerek bunu kendi farkındalığıyla bağdaştırmıştır. Uzmanın kendisinde panik atak olduğunu söylemesi üzerine kendisinin şaşırdığını ise *“...Zaten varmış aslında ben panik atakmışım, onu bile fark etmemişim...Psikolog diyor ki siz de panik atak var. Mesela şaşıırıyorum kendim panik atak olduğumu bilmiyormuşum meğer. Çoğu kişi de ben de panik atak yok dermiş zaten”* cümleleriyle ifade etmiştir. Bu durum duyguları tıbbi söylem alanına dahil etmenin bireylerin kendilerine yabancı hissetmelerinin önünü açabileceğini göstermektedir. Kendine yabancı hisseden bireyler ise kendi hakkındaki karar ve saptamaları bir otoriteye teslim etme eğiliminde olmaktadır. Dolayısıyla burada bu otoriteyi tıbbi kurumlar, psikolog ve psikiyatrlar oluşturmaktadır. Öte yandan yaptığı araştırmalar sonucunda bu hastalığa sahip olan kişilerin zaten bunu kabul etmeyeceği bilgisini vermesi tartışmaya çok açık bir alan olmaktadır. Çünkü bu bilgi geriye kabul etmekten başka seçenek sunmamaktadır. Kişi tıbbileştirme yoluyla kabul etse de hasta, kabul etmese de hasta olmaktan kurtulamamaktadır.

Sağlık anksiyetesi olan kadın katılımcının (K2, Kadın, 38) *“Ben şehir dışındaydım psikiyatr arkadaşım da buradaydı böyle dedim ki. Yani şey mutlaka benim bu ilacı bugün kullanmam gerekiyor...Benim şu an buna çok ihtiyacım var. Kafamı toparlıyorum dedim...”* ifadelerinde belirttiği üzere psikiyatri arkadaşını arayarak ilaç reçetesi almak istemesi, ilaca yönlendirmenin yalnızca hekimler tarafından yapılmayabileceğini, bireylerin kendi yönelimleri de olabileceğini göstermektedir. Burada tartışılması gereken nokta bireyler hangi etkiler ve

süreçlerden geçerek şekillenmektedirler ki duygusal bir problem yaşadıklarında ilaca erişmenin bu kadar mümkün olduğunu düşünebilmektedirler? Zira burada hem karşı taraftaki hekimin manevi yani arkadaşlık bağından kaynaklı yalnızca telefonda talep edilen bir ilacı reçete edebiliyor oluşuna hem de bireylerin ilaç kullanımına bu kadar yatkın oluşuna eleştirel yaklaşmakta fayda vardır. Hasta olma korkusunun kendisi başlı başına bir hastalık olarak tanımlanmakta ve bireyler sağlıklı kalabilmek adına yan etkilerine maruz kalabildiği ilaçları gönüllü bir biçimde tüketebilmektedirler. Bu durum ilaçlara, şifacı misyonunun yüklenmesinin yanında diğer yandan da bağımlı olma riskini göz önünde bulundurarak temkinli yaklaşılmasıyla sonuçlanabilmektedir. İfadelerden anlaşılacağı üzere katılımcının ilaca erişmek için kısa, çabuk ve kolay bir yol izlemek istemesi, sorunun her ne şekilde olursa olsun bir an önce çözülmesine odaklı bir davranış biçiminden gelmektedir. Ancak zaman geçtikçe bireyler daha kalıcı çözümlerin uzun vadede daha faydalı olabileceğini öngördükleri için alternatif yollara da başvurabilmektedirler. Psikiyatrist uzman katılımcı (U2, Erkek, 36) bu konuyla bağlantılı olabilecek şu ifadeleri kullanmıştır:

...Bir hastalığın tedavisinde farklı alternatifler vardır. Yani örneğin ilaç tedavisi de alabilirsiniz.

Terapi de alabilirsiniz ve bu terapinin alt basamakları vardır....Sadece hekimi ya da işte psikoloğu bağlayan bir sorundan bahsetmiyoruz. Hasta tarafında da öyle bir problemle karşı karşıyayız. Yani onların da böyle bir şeye vakti yok ya da ekonomik kaynağı yok ya da ilaç kullanmak onlar için de daha kolay bir alternatif. Dolayısıyla bazen bu seçeneği sunduğunuza dahi o yanlılığı hissediyorsunuz ki seçeneği sunulmasıyla ilgili de ciddi eksiklikler var. Çünkü altyapı sorunları var. (U2, Erkek, 36)

Online terapi ve tedavi uygulamaları özellikle pandemi sürecinden sonra hız kazanmaktadır. Bu yöntemler bireylere erişebilirlik ve düşük maliyetler açısından kolaylık sağlasa da süreç içerisinde farklı alanları da dahil ederek genişleme eğilimi göstermiştir. Örneğin yaşam koçları, özellikle Instagram hesaplarında karşılaşılan psikolog veya psikiyatrlar gibi sosyal medya kullanıcıları bu mecralarda etik olmayan paylaşımlar veya yönlendirmeler yapabilmektedirler. Bu çalışmanın literatür taraması evresinde sosyal medyada yapılan incelemeye göre özellikle Instagram gibi sosyal medya araçlarında birden fazla toplumsal rol ile kendini tanımlayan ve uzmanlığının teyit edilemediği hesapla karşılaşılmıştır. Bunlara örnek olarak “*psikolog anne*” gibi bir hesap verilebilmektedir. Hesabın sahibinin bireyleri duyguları hakkında bilgilendirecek ve yönlendirecek paylaşımlar yapmakta ve annelik rolünü de bu paylaşımlara dahil etmektedir. Sosyal medyanın kişilere erişim noktasında ücretsiz ve oldukça kolay bir mecra halini alması, bazı mesleklerin kendilerini o mecra da var etme ve potansiyel müşterilere ulaşma aracı haline gelmiştir. Dolayısıyla psikolog anne hesabında olduğu gibi kullanıcılar hesaplarını oluştururken potansiyel müşterilerini diğer yönleriyle de çekmek istemektedirler. Ancak hem meslek etiğinin hem de uzman-hasta ilişkisinin mahremiyetini

sarsabilecek bu tarz kullanımlara temkinli yaklaşmakta fayda olduğu düşünülmektedir. Uzman katılımcının (U2, Erkek, 36) bu konudaki ifadeleri ise şöyle olmaktadır:

Türkiye’de online hizmetlerin yaygınlaşması biraz da zorunluluktan, pandemi döneminde bu daha çok ön plana çıktı ama sonrasında evrildi yani. Online terapiler , danışmanlık hizmetleri, yaşam koçluğu, vesaire gibi çok daha geniş ve içeriğinin ne olduğunu da çok net kavrayamadığımız bir takım alternatifleri de üremiş oldu...Hani bir tıp mensubu olarak, bilimsel olmayan hiçbir aktiviteyle ilgili olumlu bir yorum yapmamız mümkün değil çünkü psikoloji alanının manipülasyona açık tarafları da vardır çünkü insanlar bizim plasebo dediğimiz, yani sadece birisiyle görüşmenin getirdiği bir iyi hissetme hali de ortaya çıkabilir...Dolayısıyla hani insanların manipüle edilmesi ya da işte içi boş anlamsız birtakım telkinlerle dolu kısımlar maalesef çok etik dışı uygulamalara da yol açabiliyor...(U2,Erkek, 36)

Online terapi yöntemine sosyal medya sayesinde eriştiğini anlatan kadın katılımcının (K2, Kadın, 38) anlattıklarına göre psikolog kendinin özel biri olduğunu ve geliştirdiği yöntemin kendine ait olduğunu söylemiştir. Bu da mesleki açıdan güvenilirliğinin sorgulanması gereken bir nokta olabilmektedir. Çünkü mesleki etik sorumlulukları gereği uzmanların büyük anlatılarda bulunması ve ikna edici bir yönetime başvurusu, özellikle de ekonomik bir çıkar söz konusu olduğunda şüphelenmeye ortam hazırlamaktadır. Katılımcı (K2, Kadın, 38) psikologu ile yaşadığı deneyimi aşağıdaki cümleleriyle ifade ederek duyguların psikologu tarafından silinebilecek deneyimler olduğunun söylendiğini belirtmiştir fakat öte yandan bu eylemi gerçekleştirmek için online seans düzenlenmektedir. Bu da bazı hastaların uzmanlar tarafından manipülasyona açık tarafını göstermekte ve bireylerin olumsuz duygularını; dolayısıyla olumsuz tecrübelerini de sildirmek isteyecek kadar bu duygulara karşıt olduğunu düşündürmektedir.

...Bir psikolog bir yöntem geliştirmişti. Mesela panik atağı falan tek seansta silebiliyor bu psikolog. Şu an Viyana’da. Değişik yani diğer psikologlardan değişik. Hatta özel bir adamım ben dedi. Hani bilmiyorum. Yaptığı farklı bir yöntem var. Biraz ücreti yüksek falan tek seansta hani işte o ölüm korkusu bir şeylerden arındırdı...Şöyle diyor, duygular yükleniyor, ben tekrar siliyorum diyor. Bir tanesini sildi, Beni rahatlattı yani...Tekrar yüklenir bu duygular, yine tekrar sileriz dedi...Sonra diyor, nerende hissediyorsun bunu? Bilgi de veriyor: “Duygular vesveselerden olur” ...Psikologum Allah inancı olan insan bu arada...Online’dı bu arada, Viyana’da kendisi de. (K2, Kadın, 36)

Katılımcının (K2, Kadın, 36) ifadelerinde karşısına sosyal medyadan çıkan psikologu *“Psikolog da benim şey sosyal medyada karşıma çıktı. Canlı yayında...dikkatimi çekti. Karşıma da öyle birinin çıkması tesadüftü yani. Allah hani karşıma çıkardıysa vardır bir hikmeti dedim.”* İfadesinde belirttiği gibi tesadüf olarak değerlendirmesi kullanıcıların sosyal medyanın etkisiyle ne kadar çok yönlü düşünebildiği hakkında da yorumlamaya imkân tanımaktadır. Çünkü günümüzde özellikle yapay zekâ gibi dijital araçların yaşamın her yönüne hızlı sirayet etmesiyle sosyal medya içerikleri büyük ölçüde kişiye özel şekillenmektedir. Örneğin inşaat videoları ve gönderileri takip eden bir kişinin ana sayfası buna göre donatılmakta iken duyguları

hakkında fikir arayışında olan bir kişinin ana sayfasına o konu bağlamında gönderiler düşmektedir. Bu da sosyal medyasını farkında olmadan kendi şekillendiren bireyler için daha fazla insanla ortaklaşa zevkler ve düşünceler paylaştığı yanılsamasına neden olabilmektedir. Oysa bir masada oturan dört kişinin dördünün de sosyal dünyaları birbirinden apayrı ve kişiye özeldir. Kadın katılımcı (K2, Kadın, 36) ulaştığı uzmana sosyal medya yoluyla ulaştığını ve bunun tesadüf olduğuna inandığını söylediğinde kendisine daha önce o konuda bir arama yapıp yapmadığı sorulmuş ve devamında *“Hmm evet anksiyete için sayfalara falan bakmıştım...Sosyal medyadan öğrendim tabii onunla ilgili şeyler de baktım...”* şeklinde cevap alınmıştır. Öte yandan bireyler bazen zaten arzuladıkları şeyle karşılaşmış olmayı temenni edebilmekte ve bunu hayatın bir lütfu olarak görmek istemektedirler. Fakat dijital dünyada neredeyse tesadüflere hiç yer bırakılmamaktadır.

Ondan sonra evde hani bana düşen işleri yaparım, yine çalışıyorum. Evet ama. Böyle bir de hani? Çok cevap da vermiyorum. Tamam, sen haklısın falan yapıyorum böyle kendimce böyle biraz işte videolar seyrederek olsun yalnız bakarak olsun biraz annem gibi olayım dedim. Biraz sesini çıkarmayayım dedim. Böyle şey erkek davranarak olabiliyormuşum. Ben o kısmı çözdüm aslında. Ama annemden kaynaklanıyormuş, o da ilginç geldi ya (K2, Kadın, 38)

Psikiyatrik bir tanı almak bireyleri zaman zaman rahatlatma işlevi de görebilmektedir. Örneğin kadın katılımcı (K2, Kadın, 36) anksiyete tanısı aldığı anda bir farkındalık yaşadığını ve hastalığı hakkında bilgi sahibi oldukça bunu daha da içselleştirdiğini *“...Böyle bir tanım varmış ve bunları yaşayan çok insan varmış ve bunun çözümü de varmış işte ben kendim abartıyormuşum, büyütüyormuşum...”* cümlesiyle tarif etmiştir. Tanı almak bireylerde yaşadıkları problemi meşrulaştırıcı bir etki gösterebilmektedir. Bireyler duygusal sıkıntılarını kendileri gibi deneyimleyen başkalarının da olduğunu öğrendiklerinde hastalığı kabullenme oranları artabilmekte ve kendilerine sorunlarının sebebine dair bir cevap bulabilmektedirler. Bireyler kendisi gibi sorunları olan başka insanların da olduğunu ve o kadar çok olduğunu ki buna tıbbi otorite tarafından bir isim koyulduğunu öğrendiklerinde normal hissetmek için aslında tıbbi olarak anormal olmaya ihtiyaç duymaktadırlar. Burada hastalık tanısı almak daha normal hissetme konusunda işlevli bir görev üstlenmektedir. Dolayısıyla duyguların tıbbileştirilmesi bireylerin kendilerini normal hissetmeleri için anormal olarak değerlendirilen tanımlar almalarıyla da varlığını sürdürmektedir. Uzman katılımcı (U1, Kadın, 27) ise tanı almanın hastalardaki etkisi üzerine şu yorumları yapmaktadır:

...Tanı almak...bir kesime de ona rahatlatacak şeyler söylemiş oluyorsun, evet diyor, böyle şeyler var. Çünkü bu bu sebepten ben de hiçbir sıkıntı yok. Benim davranışlarım normal ama ben de bu hastalık olduğu için kontrolüm dışı bir hastalığa sahibim...Hani aslında bu davranışların suçlusu bu hastalık, ben değilim gibi bir rahatlatma durumu oluyor...Kendinde olanı başkasında da gördüğü zaman, bende bir eksiklik yok, ben normalim diyebiliyorlar. (U1, Kadın, 27)

Öte yandan tanı almanın toplumsal önyargılarla alakalı olarak olumsuz etki ettiği durumlar da olabilmekte ve insanlar yanlış inanışlarla duygusal hastalık tanısı alan bireylere dışlayıcı tavırlar sergileyebilmektedirler. Uzman katılımcı (U2, Erkek, 36) ise önyargıyı kastederek stigma kavramını kullanmış ve bu konuda şunlardan bahsetmiştir:

Yani insanlarla bir tanıyı paylaştığınızda...Toplumsal nasıl değerlendirdiği de tabii burada çok kritik. Bu konuda hani ülke anlamında...Hala arzu edilen yerde değiliz. Mesela en çok stigmatik bahsedilen hastalıklardan biri şizofrenidir. Dolayısıyla bir hasta ya şizofreni tanısının paylaştığınızda ya da yakınlarına paylaştığınızda zaten o stigma onların gözlerinden okunur... Toplumsal etiketlemesi anlamında da ciddi sorunlarla karşılaşılıyorlar. Yani kültürel kod diyebilirsiniz, ön yargı diyebilirsiniz. Yanlış inançlar diyebilirsiniz... (U2, Erkek, 36)

Ayrıca sosyal medya, sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından mesleki kazanımlar için oldukça yaygın kullanılan bir mecra olarak karşımıza çıkmakta; uzmanlar kendi uzmanlık alanına göre gönderiler yayınlamaya devam ederken kullanıcıların algoritmasına hızlı bir şekilde dahil olmaktadır. Sosyal medya uygulamalarının algoritma üzerinden kişiye özel sayfa sunumları oluşturması ise kişilerin daha önce arattığı muhtemel olan konular hakkında sayfalar ile karşılaşma oranını artırmakta ancak bireyler kendi dini inanç veya inanışlarına göre bu durumu farklı yorumlamaya meyilli olabilmektedirler. Bu da bilgiye erişim ve kolaylık açısından bazı avantajlar sunsa da kullanıcıları bilgi kirliliğine, sahte uzmanlara, sağlık anksiyetesi gibi kendi üzerine düşünmeye zemin hazırlama riski taşıyabilmektedir. Benzer şekilde Zygmunt Bauman'ın da *Akışkan Modernite* (2000) kavramı üzerinden çağdaş toplumun belirsizliklerle kuşatıldığını ve bu belirsizliklerin bireylerde sürekli bir "güvensizlik hali" yarattığını ileri sürmek mümkün hale gelmektedir. Bu güvensizlik hali, sağlığı da kapsayacak şekilde bireylerin kendi bedenlerine ve sağlık durumlarına karşı sürekli bir şüphe duymalarına, potansiyel hasta oldukları duygusuyla yaşamalarına yol açmaktadır. Bu durum, yalnızca erken teşhis ve tedavi imkânı sunmakla kalmaz; aynı zamanda bireyde sürekli tetikte olma, kendi bedenine yabancılaşma ve kendini bir "risk nesnesi" olarak görme durumlarını da beraberinde getirir (Rose, 2022). Katılımcı (K2, Kadın, 38) ifadesinde farkında olmadan kendinde panik atak ve anksiyete bozukluğu bulunduğunu dile getirmiştir ancak semptomatik belirtilere bakıldığında yalnızca uykuya dalamama ve baş ağrısı görüldüğünü söylemektedir. Modern iktidar biçimi olarak hekimlere duyulan güven zaman zaman bireylerin kendilerine dönük düşüncelerinin de önüne geçebilmekte ve hastalık tanısı alan bireylerin de gönüllülük esasına bağlı olarak hasta olunduğuna ikna olmak oldukça mümkün gözükmektedir.

Bireylerin modern dünyada artan hastalık, semptom ve sendromlara yönelik alternatif cevaplara da sosyal medya aracılığıyla erişim sağladığını söylemek mümkündür. Örneğin enerjiyi odağa alan ve davranışları dişil ve eril olarak açıklayan düşünce sistemleri; toplumsal

cinsiyet rollerinin derinleşerek yeniden üretilmesine aracılık etmekte ve davranış ve sorumlulukları bireysel sorumluluk alanından azade ederek bir takım metafizik unsurlara dayandırarak açıklamaktadır. Kadın katılımcının (K2, Kadın, 38) yaşadığı bir örnekte eşiyle ilgili problemlerine psikoloğun eril ve dişil enerji kavramlarıyla açıklık getirdiği katılımcının aşağıdaki cümlelerinden anlaşılmaktadır.

...psikoloğum da söyledi yani eşimle ilgili bir Takım problemler vardı. Hani eril dişil falan derler ya...Eşime çok cevap veririm işte böyle çok dişil değil de eril bir insan olarak yaklaşmışım meğer...Yani sen eskiden daha çok sorumluluk alıyordum. Şimdi işte biraz geri çekiyorum. Kendimi bir erkek yapsın diye hani. (K2, Kadın, 38)

Bu durum, kadın veya erkeğin birbirlerine karşı yaşadıkları problemlerde sorumluluğu, soyut nedenlere indirgeyerek açıklamasına ve gerçeklikten uzak inanışlarla problemlere yüzeysel çözümler getirmelerine neden olma potansiyeli barındırmaktadır. Çünkü dişil ve eril enerji kavramları yalnızca duyguları değil bunun yanında cinsiyetlendirilmiş davranışları da pekiştirmektedir. Örneğin önceden daha fazla sorumluluk alırken bu eril bir davranış olduğu ve erkeğe kendini yetersiz hissettirebileceği için bilinçli olarak daha az sorumluluk alma davranışı; bireylerin bu kavramların taşıdığı anlama göre gündelik yaşamlarını ve aile içi ilişkilerini de şekillendirdiğini göstermektedir.

Başka bir kadın katılımcı (K3, Kadın, 60)) psikiyatrik tedaviye ilk başladığında bu tedavinin alanında uzman bir hekim tarafından önerilmediğini, o dönem meme kanseri tedavisi görmüş olduğu onkoloji doktorunun, katılımcının gittiği acil servisteki doktor ile telefon yoluyla görüşüp antidepresan ilaç reçete ettiğini “*Şöyle benim söylediğim: bir şey oluyor!...En son işte bana bir şey oluyor Dediğimde biz zehirlendik. Karbonmonoksit zehirlenmesi geçirdik. Soba zehirlenmesi. Oğlum ölüyordu...Ondan sonra daha çok panik atak krizi yaşamaya başladım...*” cümleleriyle ifade etmiştir. Bu da belki 5 yıl öncesi gibi kısa bir süre öncesinde antidepresan veya duygu durumu etkileyebilecek ilaçların alanında uzman olmayan hekimler tarafından da yazılabildiğini göstermektedir. Katılımcının (K3, Kadın, 60) ilaca erişimin kolaylaşması ve hatta hastaneye gidildiğinde ilaç için bekleyen hastaların randevusuz kabul edilmesi gibi durumları ise “*Şöyle zaten. Gidiyorsun oraya ne için geldin diyor sana doktor. Muayene mi? İlaç mı? Yani bunu soruyor. Eğer muayene dersen sana randevu al diyor ama ilaç dersen sana sıra veriyor.*” cümleleriyle aktarması ilaç kullanımının yaygınlığı hakkında fikir verirken, kullanıma devam edilip edilmeyeceği gibi denetimler ne oranda yapılabildiği tartışma konusunu oluşturmaktadır. Daha önce kanser tedavisi gören ve geçirdikleri soba zehirlenmesi sonucu oğlunu kaybetme korkusu yaşayan kadın katılımcı (K3, Kadın, 60) bu süreçten sonra panik atak krizlerinin daha da arttığını ve hastane aciline başvurduğu dönemde onkoloji doktoru tarafından antidepresan reçete edildiğini aşağıdaki ifadeleriyle anlatmıştır.

Sürekli her akşam acile gidiyordum. Acildeki doktora onkoloğumu aramak istediğimi söyledim. Aradım ve onları görüştürdüm....Onkoloji doktorum, acildekine, işte benim antidepresan kullanmam gerektiğini söyledi ve depresanın ismini verdi. Acildeki doktor yazdı. Ben kullanmaya başladım....6 yıl falan sürdü. (K3, Kadın, 60)

Yukarıdaki ifadelerle göre bireyler psikiyatrik ilaç kullanımına alan dışı bir hekimin önerisiyle başlayabilmektedirler. Şöyle ki katılımcı (K3, Kadın, 60) 6 yıl gibi uzun bir süre ilaç kullanmış ancak bilinen beyin fonksiyonlarıyla alakalı yani bipolar bozukluk veya şizofreni gibi bir hastalığı bulunmamaktadır. 6 yıl terapi almadan yalnızca ilaç kullanımı özellikle ilaç dışında gerçek bir çözümü olan sorunlarda oldukça fazla bir süreye tekabül etmektedir. İlaç kullanımına dair uzman katılımcı (U1, Kadın, 27) bu tarz deneyimleri şu şekilde anlatmıştır:

Genelde zaten insanlar psikiyatriye gidip ilaç alıyorlar ve bunun ben tedavi edici bir şey olduğunu da düşünmüyorum. Şimdi bu insanlarda bir şeyleri bastırıyor, tedavi etmiyor. Sen o ilacı bıraktığın an eskisinden daha kötü bir hale geliyorsun. Ben ilaçların da tedavi sürecinde de insanlara çok iyi geldiğini düşünmüyorum...Şimdi psikiyatristte bir hasta geldiği zaman. Doktor aslında genel geçer şeyleri soruyor işte dışarı çıkabiliyor musun? Kendini nasıl hissediyorsun? Yemek yiyor musun, insanlarla sosyalleşebiliyor musun? Gibi temel şeyler. Net bunları yapamaması insanın sanki bir ilaca gereksinimi varmış gibi algılanıyor sanırım. Benim psikoloji alanından bildiğim kadarıyla bize öğretilen kesinlikle ilaçtan önce hastanın dinlenip bunu konuşarak iletişim kurarak nasıl çözebiliriz. (U1, Kadın, 27)

Panik atak tanısı almış kadın katılımcının (K4, Kadın, 62) ifadeleri göstermektedir ki ebeveyn olmanın sorumluluğu bireysel duygu durumunu temelden etkileyebilmektedir. Özellikle kadınların annelik rolü ve toplumsal cinsiyet kalıpları bir araya geldiğinde kadınlar çocuk yetiştirme, ev işlerinin sorumluluğunu üstlenme, kendi dışında diğer kişilerin ev içi aktiviteleri ve ihtiyaçlarını gözetme konusunda sorumluluk atfedilen bireyler olmaktadır. Bu da çocukların gelişim sürecinde yaşanan olumsuzluklardan benzer oranda annenin etkilenmesine sebep olmaktadır. Kadın kendini hem yalnız hem sorumlu hem de çaresiz hissedebilmektedir. Örneğin katılımcının (K4, Kadın, 62) *“Oğlumun ergenliği çok böyle deli geçti de ona çok üzülürdüm...Sürekli öğretmenler çağırırdı işte. Herkesle kavga ediyor bilmem ne, çok hırçındı bize karşı falan çok böyle bağırır çağırırdı ben işte bunları üzüle üzüle depresyona girmişim yani anladın mı?”* cümleleri bu stres altında olmaya örnek oluşturmaktadır. Cinsiyet rollerinin kadına yüklediği bakım emeği, sevgi emeği gibi misyonlar; çocukta duygusal birtakım pürüzler olduğunda bu sorunun muhatabı olarak anneyi görebilmektedir. Çocuklarının sorumluluğu ve eşinin ev işlerinde yardım etmemesinden kaynaklı bunalım yaşadığını dile getiren başka bir katılımcı (K6, Kadın, 52) ise yaşadığı sürecini aşağıdaki cümleleri kurarak anlatmıştır.

İşten sonra eve gelip kapandığım evrelerde çocuklarla bir bunalı içerisindeydim. O zaman ilgisizlikten hani mesela eşime bana yardım et işte ben çocuklara şöyle yetemiyorum, ben böyleyim derken...O esnada işte böyle bir ilgisizlik, hatta ileri boyutlara gidecek durumdaydı. Yani mesela eşime ben çok söyledim. Ya bir gün çocukları öldürecekim, kendimi de öldürecekim başlarında ya da üçümüzü

de ölmüş bulacaksın ya da çocukları öldürürken bulacaksın. Sonra ben başında otururken bulacaksın yani ondan sonra artık gerçekten kötüye gittiğimi hissetmeye başladım. (K6, Kadın, 52)

Benzer şekilde bir başka bir katılımcı (K5, Kadın, 45) bebeğini doğurduğu süreçte yaşadığı zorlukları *“17 sene oldu. Oğlumun doğumu 12 saati geçmişti. Eşim normal doğum için baskı yapmıştı ve çok fazla canım acıdı. Artık saçlarımın önü kel kalmıştı yoldan düşün. O benim canımı acıttı ya hâlâ gün gelip bazen tepki verdiğim de oluyor yani...”* cümleleriyle ifade ederek vajinal doğuma yönelmesinde eşinin baskısı olduğunu belirtmektedir. Bu da kadın bedeni üzerindeki denetimin eril hegemonik değerler çerçevesinde şekillendiğini, tamamen kadına ve biyolojisine ait olan doğum deneyimi, oldukça acılı olmasına rağmen kadının isteği dışında bir yöntemle gerçekleştiğini göstermekte ve kadını kendi bedeni ve arzularına yabancılaştırmaktadır. 12 saat aradan sonra doğum yapabilen katılımcı (K5, Kadın, 45), doğum sonrasında ve zaman zaman halen hissettiği çocuğuna karşı bağ kuramama durumunu ifade ederken *“Çocuğa karşı çok tepkili oldum. Yani hiç anne olduğumu hissedemedim. Sanki o çocuğum değil de böyle düşmanımış gibi görmeye başlamıştım...”* cümlelerini kurmuş ve anlatırken gözleri dolmuş ve hüzünlenmiştir. Doğumdan sonra konulan ağır depresyon tanısına sebep olarak zorlu bir doğum geçirmesi ve çocuğu kendisine acı veren bir özne olarak algılaması sebep gösterilmiştir. Bu tür bir olumsuzluk katılımcının (K5, Kadın, 45) anneliğini sorgulaması ve kendini yetersiz ve kötü bir anne gibi hissetmesine sebep olmuştur. Katılımcı (K5, Kadın, 45) *“Çelişkide kaldım ki bazen kendime itiraf edemiyordum diyordum ki, yani sen bu kadar kötü anne misin de sen nasıl çocuğunu benimsemiyorsun? “cümlesiyle ifade ettiği bu durumun sonunda, katılımcıya ilaç reçete edilmiş ancak ağır yan etkilerinden kaynaklı mevcut durumunu kötüleştirmesi sebebiyle ilaç kullanımı yarıda bırakılmıştır. Buradan anlaşılacağı üzere kadın bedeninin kendi dışında herhangi bir otorite tarafından şekillenmesi ve erkeğin kadının bedeni üzerinde söz söyleme hakkını kendinde görmesi, acıyı ve süreci yaşayan kadın olmasına rağmen karar mercii olamama açısından kadını değersizleştiren, nesneleştiren bir bakıştan okunabilmektedir. Aynı zamanda lohusalık sendromu da denen doğum sonrası yaşanan depresyon şeklinde tanımlanan duygusal değişimler, bireylerin ve tıbbi ilerlemenin mevcut koşullarından bağımsız oluşmamaktadır. Örneğin katılımcı (K5, Kadın, 45) kendi döneminde lohusalık sendromu gibi şeyler olmadığı için bunu sonradan öğrendiğini dile getirerek hem yaygın hastalıkların hem de bizzat hastalıkların tarihsel süreçte türetilen şeyler olduğunu düşündürmüştür. Katılımcının (K5, Kadın, 45) *“Hani bu lohusalık sendromu falan diyorlar ama tabi biz o zaman o böyle bir şey olduğunu bilmiyoruz. Ama şimdi okuduğun zaman gerçekten de böyle bir şey olduğunu artık öğrenmiş olduk....Ondan sonra bana bir ilaç verdiler.”* şeklinde ifade ettiği cümlelerde görüldüğü üzere annelik tarih boyunca var olan bir gerçeklik olmasına rağmen anne olmanın getirdiği duygusal dalgalanmaların tıbbi söylem*

içerisinde yer bulması sonradan yaygınlık kazanan ve kadınlığın ve doğumun tıbbileştirilmesiyle alakalı gözükmetedir. Uzman katılımcının (U1, Kadın, 27) bu konuyla bağdaşabilecek düşünceleri aşağıdaki şekildedir.

Toplum bence biraz aileden geçiyor. Bakıyorum annenin sıkıntısı var. Ekonomik, psikolojik. Babanın öyle...Zaten o çocuk doğuştan buna yatkın doğuyor...Çünkü baktığın zaman şu an hamilelerin bile psikolojisi bozuk. Niye normal doğum yapılmalıdır diye empoze ediliyor insanlara? Bunun yanlış olduğunu düşünüyorum. (U1, Kadın, 27)

Başka bir kadın katılımcının (K7, Kadın, 73) uzmana gitme deneyimini *“İlk uzmana gittiğimde.2 çocuk annesiydim ve üçüncüye hamileydim. O zaman 16 yaşında falan 17 yaşındaydım.”* şeklinde ifade etmiştir. Erken yaşta evlilik ve eş tarafından şiddete maruz kalmak henüz 16 yaşında evlenen bir kadın için değerlendirme yapamayacağı problemler yaratarak katılımcının (K7, Kadın, 73) depresyon tanısı almasına neden olmuştur. Katılımcı deneyimlediği depresyonu aşağıdaki ifadelerle anlatarak doktorun söyledikleri hakkında ise *“Doktor dedi ki, yani çok küçük yaşta sorumluluk altına girmem, çok küçük yaşta anne olmam. Bunları kaldıramadın dedi.”* Cümlelerini kurmuştur.

Yani böyle evin içerisinde sanki her şey üstüme gelirdi. Böyle perdeleri kapatıp ağlamak isterdim. Yani gülecek bir halim yoktu. Yani dünyada gülecek hiçbir şey bulamazdım. Çocuklarım küçücük bebektir. Çocuğumun altı sidikten delinirdi de o bezi, altını değiştirmeye aklım ermezdi. Sadece ağlamak isterdim. (K7, Kadın, 73)

Evliliği böyle bir şey zannettiğini söyleyen katılımcı (K7, Kadın, 73), *“ Annem de babamdan hep dayak yediği için ne bileyim, evliliği öyle bir şey sanardım. Derdim herhalde evlilik bu...”* cümleleriyle aktarmıştır.

Çocuk yaşta evlenmek ve çocuk sahibi olmak, henüz kendini keşfedemeyen kadınlar için ağır bir sorumluluk hissettirmekte ve kadına yüklenen ev içi bakım, aile büyüklerine bakım gibi ek sorumluluklar mevcut duygusal sorunları derinleştirmektedir. Katılımcı (K7, Kadın, 73) buna dair yaşadıklarını aşağıda şöyle anlatmıştır.

3 tane çocuk olmuş. Kaynana, kayın baba yanında. Koca zaten haylaz. Dışarılara gider. Başka bir şeyler yapar. Ondan sonra kayınpederim ameliyat oldu kanserden. 7 yıl ona baktım mı? Hem çocuklarım küçük daha şu kadarcık çocuklar ben sürekli adamın şeylerini yıkadım. Bu adam bir taraftan, kocandan şiddet bir taraftan da bu kadar kahr çekmek, yani 3 çocuk, bir de 2 kaynana kayın baba, 2 göz evin içerisinde. Çok acılar, çok şeyler çektim yavrum böyle. Sonra erken yaşta yeni şey menopoza girdim. 36 yaşında menopoza girmemin sebebi de dedi bunlar dedi doktor. (K7, Kadın,73)

Bu durum toplumsal olarak cinsiyet rollerinden ve geleneksel ataerkil normlar sonucunda oluşmakta; dolayısıyla kadınların duygusal olarak yalnız, çaresiz, depresif duygular hissetmesi toplumsal değerlerden bağımsız düşünülememektedir. Katılımcının yaşlı bir birey olması o kuşakta sık görülen evliliklerdeki özellikle kadınların duygusal yüküne de ışık tutar niteliktedir. Zira kendisi çocuğunun altını değiştirmeye dahi yanaşamayacak kadar kendini toy

hissetmekte ve annesi ve babasından gördüğü aile içi ilişkilerden kaynaklı, şiddeti aile içinde meşru bir davranış zannettiğini söylemektedir. Bu da aile içi davranışların ve aile bağlarının nesilden nesile aktarılan kültürel kodlarla sarılı olduğunu ve bu kültürel pratiklerin bireylerin duygusal yaşamıyla doğrudan bağlantılı olduğunu göstermektedir. Öte yandan katılımcı (K7, Kadın, 73) annesi tarafından dinen itibar edilen kimselere götürüldüğünü ve kendisinde büyü olduğunun söylendiğini ifade etmiş ve bir süreliğine rahatlama sağladığını “*Yani sağ olsun bak beni annem hocaya mı götürmedi, nelere götürmedi? O zaman da diyor ki büyü yapmışlar sana dediler. Öyle muskalar falan taktılar; yani o zaman o inanca göre sanki yaradı gibi geldi bana bilemiyorum, sonra gene başladı.*” cümlelerinde anlatmıştır. Bir nevi plasebo etkisi denebilecek bu durum, kişinin iyi olmaya dair beslediği inancıyla yakından ilişkili gözükmektedir. Ayrıca katılımcının yaşı itibariye 45 sene evveline ait tecrübelerinin paylaştığını göz önünde bulundurulduğunda; duygusal hastalıkların zamanda dini alandan tıbbi alana kaydığı da çıkarılabilmektedir. Dolayısıyla din adamları, duygusal problemler konusunda daha çok itibar gören ve görmesi de daha meşru kimselerken bu durum 45 yıl sonrasında özellikle meşruiyet açısından büyük oranda değişmiştir. Dini alimlerin yeri büyük oranda tıbbi hekimlere kalmış; insan duyguları dahil- hastalık olsun olmasın-birçok problemde tıbbi otorite ve topluma yön verici vasfa sahip olan hekimler söz söyleme hakkına sahip olmuşlardır. İnsan yaşamına dair hemen her şeyin sağlık ve hastalık kavramıyla bağlantılandırılabilir olması, hekimlerin uzmanlık alanları dışında da otoritelerini korumalarına sebep olmuş, dinin kutsallığının yerini modern tıp almıştır.

Bir kadın katılımcının (K8, Kadın, 39) “*Şimdi ilk zaten genç kızlığında (17 yaş) başladı. Bir panik atakla başladı ama biz bunu panik atak olduğunu tabi o dönemlerde bilmiyorduk. Eskiden bu kadar yaygın değildi. İşte bir şey yok denip eve gönderiliyordum.*” ifadelerine bakıldığında 20 sene öncesinde psikiyatrik hastalık yaşının toplum tarafından kabul görülme aralığının günümüzdekiyle kıyaslandığında henüz 17 yaşa inmediği görülmektedir. Bu da günümüzdeki psikiyatrik tanı alma yaşının ilkokul çağındaki çocuklara kadar indiğini göz önünde bulundurduğumuzda, 20 yıl gibi bir sürede hızlı bir tanı artışının ve tanı alma yaşının düştüğünü göstermektedir. Katılımcı (K8, Kadın, 39) yaşadığı panik atak sorununu dile getirirken “*Sürekli şiddetli bir ağrı. Uyuşma oluyordu...Nefes alamıyorum işte ruhun bedenimden çekiliyormuş gibi hissediyorum. Kalp çarpıntısı ayrı muhabbet falan*” şeklinde tariflerde bulunmuştur. Nitekim o dönemlerde katılımcının “*...Ama yaşam çok küçük olduğu için de konduramıyorlar. Ne psikolojisi...Ne yaşamış ki ne görmüş ki yani ne başına gelmiş ki moduna geçildi.*” ifadelerine göre 17 yaş henüz hayata karşı tecrübesiz, sorun yaşayabileceği bir deneyimi bulunmayan, duygusal olarak hasta olması beklenmeyen veya inanılmayan bir yaş

olarak görülürken günümüzde tanı alma yaşı, kendi iradesi ile mevcut bir sorunu dile getiremeyecek kadar küçük yaşlara inmiştir. 20 yıl gibi kısa bir zaman öncesinde çocuklar kendileri ifade etmesine rağmen kondurulamayan duygusal hastalık tanısının erken yaşlara kadar düşmesi bu anlamda hızla ilerlendiğinin göstergesidir. Öyle ki başka bir katılımcı (K20, Erkek, 24), ailesi tarafından psikiyatriste götürüldüğünü *“Bu derslere odaklanamama problemi. Önce öğretmenlerimden geldi bu öneri. yani öğretmenlerim aslında ailemin gözünü açtı gibi hani ailem için çok normal bir şeydi. Çünkü doğduğumdan beri böyleydi.”* Cümleleriyle anlatmaktadır. Yaşadıklarını ise *“Uzun bir zaman psikiyatriste gittim. Psikoloğa gitmedim. Yani zaten çocuktum ya da ergendim öyle söyleyeyim...Ya asla yerimde durmam, bir işe odaklandığım zaman yanında başka bir iş yapmaya çalışırdım...”* ifadeleriyle anlatan katılımcıyı, bu tanıyla yönlendiren otoritenin okul öğretmenleri oluşu, duygular ve hastalıklar hakkında söz söylemenin giderek daha meşru ve basit bir hal aldığını da göstermektedir. Dolayısıyla duygusal hastalıklar yalnızca mecbur kalındığı zaman gidilen hekim ziyaretleriyle değil, aile ve kişinin kendi için normal seyretmesine rağmen dışarıdan kimselerin anormal olarak değerlendirmesi yoluyla da kolayca tanılanabilir hale gelmektedir. Bu bağlamda çocuğa bir tanı konması ebeveynlerin çocuk üzerindeki kontrol pratiklerini de etkileyebilmektedir. Ebeveynler o döneme kadar kendilerine normal gelen çocuklarına artık normal dışı olarak bakmaya başladıklarında çocuğu diğer çocuklarla kıyaslayarak bir “ideal çocuk” algısı inşa etmektedirler. Katılımcının (K20, Erkek, 24) bu konudaki fikirleri ise şöyle olmaktadır: *“...Tabii öğretmenlerim dedi bu çocukta bence bir problem var. Yani ondan sonra annemler bir gözlemlemeye başladı beni. Beni diğer çocuklarla kıyaslamaya başladı.”*

Benzer şekilde çocukken ailesi tarafından psikiyatriste götürüldüğünü belirten başka bir erkek katılımcının (K18, Erkek, 27) da psikiyatriste gitmesi ailesinin isteği üzerine gerçekleşmiş ancak katılımcı sorun olarak görülen şeyin mutsuzluk, sakinlik, içe kapanıklık olduğunu değil; iştahsızlık olduğunu ve diğer doktorlardan bir yanıt alınamadığı için psikiyatriste gidildiğini *“Götürülme sebebim aslında depresyonda olmam değildi. Yemek yemememdi, iştahsızlık problemimdi çünkü o yüzden de ailem psikiyatriste götürdü. Önce iç hastalıklarına götürdü. Kronik rahatsızlıklarımın olmadığı tespit edilince psikiyatriste yönlendirildi.”* Cümleleriyle aktarmıştır. Bulgulara göre bazı ailelerde mutsuz olmak bir problemden ziyade olağan ve hatta olması gereken gerçek duygu olmaktadır. Bu da dini inanış biçimlerinden temellenebilmektedir. Mutluluğun gelip geçici ve mutsuzluğun kalıcı ve terbiye edici yönünün bulunduğu dair güçlü inanış, bu duygulanımlara göre normal ve anormal tanımlamaları yapılırken de etkileyici olacaktır. Katılımcı (K18, Erkek, 27) ailesinin bu konudaki düşüncelerini *“...Ailem için normal olan benim davranışlarımdı aslında...”* cümlesiyle anlatmıştır. Dolayısıyla katılımcı (K18,

Erkek, 27) henüz reşit olmadığı bir yaşta iştah problemi olduğu için psikiyatriye gitmesi sonucu reçete edilen ilaca başlamış ancak mevcut şikayetlerini daha da kötüleştirdiği için ilaç tedavisini sonlandırmıştır.

Okul öncesi öğretmeni olan katılımcının (K9, Kadın, 42) ifadelerine göre, bireyler belirsizlik yaşadıkları durumlarda kaygı sorunlarıyla karşılaşmaktadırlar. Bu belirsizlikler bireyin kontrol edemeyeceği veya kendi imkân sınırlarını aşan belirsizlikler olduğunda kaygı düzeyi o oranda artabilmekte, benzer şekilde belirsizliği oluşturan sebepler ortadan kayboldukça kaygı da buna paralel olarak azalabilmektedir. Katılımcı (K9, Kadın, 42) kardeşinin mesleğinin asker olmasından bahsederken *“Benim erkek kardeşim askerdi. Mesleği askerdi, rütbeliydi, Van’da görev yapıyordu...Kardeşim de Van’da görev yaparken çok operasyona gidiyordu...Ben de açıkçası kardeşimin oralarda bir şey olacak diye ben de bir şey kaygı bozukluğu, evham başladı.”* Cümlelerini kullanmıştır. Kardeşinin riskli sayılan bir bölgede görev yapmasından kaynaklı yoğun kaygı yaşadığını belirtmiş ve bu durum bir takım duygusal ve fiziksel sorunlarla kendini göstermiştir. O sorunları anlatırken *“Ağlama işte... korku....”* diyerek yoğun olumsuz duygular hissettiğini aktarmıştır. Ancak bireylerin yaptığı meslekler ve bu mesleklerin riskleri toplumsal olanla yakından ilişkilidir. Örneğin ülkenin politik yeterliliği ve problem çözme kabiliyeti ne kadar yüksekse, özellikle kolluk kuvvetleri ve askeri kuvvetlerde görev alan bireylerin içinde bulundukları risk o oranda azalabilmektedir. Aynı mantıkla ülkeler gerek iç gerekse dış politikasında başarısız hamlelerde bulunuyorlarsa; ülkenin milli sınırlarını tehlikede olması demek, o mesleği icra eden kimselerin de aynı oranda risk altında olması anlamına gelmektedir. Dolayısıyla bir mesleği tehlikeli yapan faktörler de toplumsal koşullardan etkilenmekte ve bu faktörler bireysel duygulanımlar üzerinde de etkili olmaktadır. Öte yandan katılımcı (K9, Kadın, 42) psikiyatrik bir ilaca başlama deneyimini *“Bir psikolog tanıdığım vardı, ona anlatmıştım iç sıkıntımı. O da bana bir ilaç ismi vermişti. Hafif de olsa bir şey tavsiye et ilk ilaçla tanışmam öyle oldu”* şeklinde anlatarak hafif bir ilaç reçete edildiğini belirtmiştir.

İfadelerde bahsedilen uzmanın kurduğu cümleler kişiyi kendiyle benzer koşullardan geçen fakat kendine kıyasla daha olumsuz deneyimler yaşayan bireylerle mukayese ederek, bireyin kendi yaşamına daha olumlu bir bakış geliştirmesini sağlamış gözükmektedir. Bu durum da duyguların başka duygulardan da etkilenerek değişime uğrama kapasitesine karşılık gelmektedir. Katılımcının (K9, Kadın, 42) uzman tarafından bakış açısını değiştiren cümleleri aşağıdaki gibidir:

Sen peki dedi, şiddet gördün mü? Ailenden dedi. Görmedim dedim. Peki hem okula gönderilip hem tarlada çalıştırıldın mı dedi. Yok dedim. Hani ben genelde evdeki işleri yaptım, hayvan baktın mı? Hani? Çünkü köyde büyüdük ki biz hayvan baktın mı dedi yok bizim hayvanımız yoktu dedim ben. Ondan

sonra zorla mı evlendirildin dedi? Yok dedim sen 14 yıldır dedi gurbette uzakta bir yer dedi. Kendi ayakları üzerinde durabilen, çocuğunu güzel yetiştirebilen işte işini güzel yapabilen bir kadın haline geldiyse, bu vaktiyle sana verilen sorumluluklar sayesinde oldu dedi. (K9, Kadın, 42)

Öte yandan katılımcı (K9, Kadın, 42) anlatırken cümle içerisinde “...Herhalde bazı şeyleri hani evlenmeme rağmen evli olmama rağmen muhtemelen orada yine benim ne yapmam gerektiği söylendi. O da beni tetikledi herhalde...” şeklinde bir ifadenin geçmesi evliliğe yüklenen anlam ve kişide değiştirmesi beklenen şeyler hakkında düşünmeye itmektedir. Çünkü katılımcı “Evli olmama rağmen... Benim ne yapmam gerektiği söylendi” derken bireylerin evlilikten kendi sınırlarına ve davranışlarına saygı duyulmasını sağlayabilecek bir müessese olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca bireyler hem duygusal hem de bedensel rahatlama sağlamak için alternatif tıp pratiklerine de ilgi duymaktadırlar. Öte yandan bu pratikleri gerçekleştirme motivasyonu dini inançlar da olabilmektedir. Örneğin aynı katılımcı (K9, Kadın, 42) daha önce hacamat yaptırdığını anlatırken aşağıdaki ifadeleri kullanmıştır:

...Ona yaptırdım o yaptı hacamatı...1.000 TL. idi. Toksinleri atıyor dediler. Rahatlatıyor işte, vücudunu gevşetiyor filan...O da ilaç gibi bilmiyorum ki yaradı mı? Ben yaradığını mı sanıyorum?...Sünnet dediler. Peygamber efendimiz de yaptırıyor dediler. Vücuda yeniliyor dediler denemek için gittim yaptırdım. (K9, Kadın, 42).

Bir başka kadın katılımcı (K10, Kadın, 27) psikoloğa gitme sebebi olarak öfke kontrol sorununu ve bunun yol açtığı sıkıntılarını göstermektedir. Özel bir kliniğe gittiğini söyleyen katılımcı, terapi seansları hakkında “...Maddi açıdan evet zorlayıcı hatta ben de zorlandım yani çalıştığım halde zorlandım maddi açıdan zorlayıcı ama sonra işte bilmiyorum bence bunlar daha kolay olmalı yani her insana ulaşabileceği yerde olmalı.” Cümlelerini kurmuştur. Çalışmadaki tüm katılımcıların özel kliniğin masraflı olduğunu belirtmesi ise tedavi olmanın yani sağlığın yükünü düşündürmektedir. Bir başka katılımcının da (K6, Kadın, 52) “Çünkü devlete gittiğin zaman ister istemez sürecin kısa yani bir 15- 20 dakika süreç ayırıyor sana. O 15 Dakikada ne gibi bir şey konuşuruz? Daha sonra ilaç vermek zorunda kalıyor. İlaçlar da insanı bir nebze saflaştırıyor.” Cümlelerinden anlaşılacağı üzere bireyler ilaç yazacağını öngördüğü için devlet hastanelerine gitmek istememekte fakat özel tedavi seçeneklerine de ayıracak bütçe konusunda sıkıntıya düşebilmektedirler. Psikoloğun eğer gündelik yaşantısını etkiliyorsa ilaç reçete edebileceğini söylediğini belirten katılımcı (K10, Kadın, 27) ilaç kullanımı hakkında şu ifadeleri kullanmıştır: “...Psikolog yardımı almaya çalıştım gittim öfkelerim için ilaç önermeye çalıştı ben kullanmak istemedim açıkçası...”.

Bireyler modern yaşam biçiminde sürekli bir devinim, hız, değişkenlik ve belirsizlik içerisindeyler. Dolayısıyla zamanın geçişinin hissedildiği haliyle, eylemlerin ve duyguların içselleştirilmesi için geçen süre birbirini tamamlamamaktadır. Bu da psikolojik tanı kriterlerinden birinin yaşanan duygusal problemlerin gündelik yaşamı ne ölçüde etkilediği

olduğunu göstermektedir. Hızla değişen ve dönüşen toplumsal dinamikler, bireylerin tecrübelerini içselleştirebilmeleri için gereken makul süreyi tanıyamayabilmektedir. Bu nedenle anlamlandırılmayan duygular farklı şekillerde ortaya çıkabilmekte, örneğin üzüntü öfke olarak dışa vurulabilmektedir. Örneğin katılımcı (K10, Kadın, 27) psikoloğa gitme sebebini aşağıdaki ifadeleriyle açıklamıştır:

Psikoloğa gittim gitme sebebim...İnanılmaz derece artık en ufak şeylerde öfke patlaması yaşıyordum ...Sürekli içimde bağımsız bir öfke vardı ve inanılmaz derece zararı görmüş yıpranmış hissediyordum yani bir şeye üzüliyorum ama o öfke olarak çıkıyor yani o öfke patlamasının üstünden böyle üstümden tır geçmiş gibi hissediyordum. (K10, Kadın, 27))

Eşinden boşanmış bir kadın katılımcının (K11, Kadın, 50) ifadelerine bakıldığında ilk başta kendine dönük farkındalık geliştirmek, kendi duygularını daha iyi anlamlandırabilmek ve eşiyile yaşadığı problemleri karşı taraf açısından da değerlendirebilmek amacıyla gittiğini fakat sorun ortadan kalkmadığı müddetçe psikolojik terapinin bir sonuç vermediği anlaşılmaktadır. Bu da problem bireyin dışında ise bireyin tedavi olmasının çözüme dair bir yanılsama olabileceğini hatırlatmalıdır. Zira bireylere zorluk çıkaran sorunlar mevcudiyetini korurken sorundan etkilenen bireylerin çabası mevcut yıpranmışlığı daha da derinleştirebilmekte fakat öte yandan bazı başlangıçlar ve sonlar açısından daha net bir bakış açısı kazanmalarını sağlayabilmektedir. Katılımcının (K11, Kadın, 50) ifadesine göre psikoterapi mevcut sorunun çözümünde etki sağlamadığında ve duygusal sorunlar fizyolojik sorunlarla iç içe geçtiğinde, bireyler son çare olarak da antidepresan ilaçları görebilmektedirler. Ayrıca katılımcının (K11, Kadın, 50) “...Eşim beni odaya kilitlediği için. Orada bayağı bir şiddete maruz kaldım işte. Sen burada kal ben geldiğimde sana ne yapacağımı biliyorum filan dedi. Kapıyı kilitledi gitti. Kızgındı, öfkeliydi....oradan çıkmalıydım...Balkonun camı şeydi. Demirliydi.” ifadelerinde örneğini vermiş olduğu gibi, travmatik durumlar, bireylerde yıllar sonra dahi duygusal sorunlara yol açabilmekte ve yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Bireyler ise yoğun olarak maruz kaldığı ve çözümsüz hissettiren duyguların sonuçları olarak hem duygusal hem de buna bağlı fizyolojik sorunlar yaşayabilmektedirler.

...Cinsellikle ilgili benim biraz korkularım vardı. Eşimle tam olarak o dönemi yaşayamamıştık. O da bir anda sinir anında, işte bana o şeyleri yaptı...Ama onun üzüntüsünü yaşıyorum, biliyor musun? Panik atak oldum yani. Vücudum doymuş artık hep aynı şeyleri yaşamaktan hissetmekten hep aynı hormonunu salgılamaktan yani. Bence doymuş hani bardak, dolmuş ve taşmış. O yüzden limitini doldurmuş bence. (K11, Kadın, 50)

Dolayısıyla bu tür deneyimleri azaltmak ve ortadan kaldırmak için, travma yaratan olay ve kişilerin motivasyon kaynaklarını değiştirebilmek; örneğin bir kadını bir erkeğin ihtiyaçlarını karşılamak zorunda olan bir meta olarak gören düşünce yapısını kökeniyle ele alabilmek kritiktir. Psikoloğa gitme sebebi olarak aile içi ilişkilerinden bahseden kadın katılımcı

duygusal ilişkilerde eşlerin birbirini anlaması ve bunun için çabalamasının önemini aşağıdaki deneyimleriyle aktarmıştır:

Eşimin beni anlamaması. Kendimi karşı tarafa en güzel şekilde ifade edememem. Kendimi anlatıyorum ama karşıdaki benim kendimi anlatmamı kabul etmeyip, kendi duygularına göre seni tekrar sana anlatıyor. Manipüle ediyor. Sen söylüyorsun ama karşıdaki maalesef bunu idrak etmiyor. Yani hayır öyle değil diyor “Bu bundan dolayı böyle diye tutturuyor”. Halbuki onunla hiç alakası yok. Seni farklı tarafa çekiyor. (K11, Kadın, 50)

Psikoloğa giderken ise tedaviden beklediği şeyin tarafsız biri tarafından dinlenmek olduğunu belirten katılımcı (K11, Kadın, 50) kendini daha iyi hissetmek istediğini ve ilişkisinin tarafsız olacağını düşündüğü biri tarafından değerlendirilmesini istediğini *“Tarafsız bir insanın kendi ilişkimi, kendi yaşadığımı karşı tarafa anlatıp karşı tarafın belki benim farkında olmadan yaptığım şeyler için beni uyarması için, doğruyu yanlış anlatması...”* cümleleriyle anlatmıştır. Ancak daha sonra şunları eklemiştir: *“...Çok rahatlatıcı bir şey ama oradan ayrılıyorsun. Diğer tarafa geçince yine bir farklı bir kabuğa giriyorsun. Ev ortamı şeyi yani çünkü o sıkıntı o alanda...”*.

Bir kadın katılımcı (K12, Kadın, 24) duygularının kendisi çocukken anormal olarak görüldüğünü ve psikiyatr desteğine teşvik edildiğini *“İnsanlara göre duygusuz kalıyordum. Çünkü bir ölüme ya da bir şeye hani belki çocuk olduğum için ama yine de bir çocuğun vereceğinden çok daha az tepki veriyordum mesela.”* Cümleleriyle anlatmıştır. Kendisini rahat ve sakin biri olarak tanımlayan katılımcının (K12, Kadın, 24) ilk psikiyatr deneyiminin, çevresi tarafından duygulanımlarının yeterince yoğun olmadığı düşünülmesi sebebiyle olduğunu söylemek mümkündür. Katılımcının (K12, Kadın, 24) dedesi vefat ettiğinde çevredekilerin ve ailesinin beklentisinden daha az duygusal tepki vermesi bir problem olarak tanımlanmış ve bu problemin giderilmesi gerektiği düşünüldüğü için uzmana yönlendirilmiştir. Aynı zamanda çevredekilerin tepkisi bir yerden sonra kendinin de öyle hissetmeye başladığını düşünmesine yol açarak katılımcının kendi duygularını diğer insanlarla kıyasladığı ve kendini sorguladığı *“Birazcık da bir yerden sonra öyle hissetmeye başlamıştım. Niye insanların verdiği tepkileri vermiyorum bir şeyler için demeye başlamıştım. Çünkü hani insanlar bir şey için ağlayınca ve ben ağlamayınca. Kendimi çıkıntı ya da garip olarak hissediyordum”*. Cümlelerinden de anlaşılmaktadır. Katılımcı (K12, Kadın, 24) çevresiyle yaşadığı süreci kendi cümleleriyle şu şekilde ifade etmiştir:

Mesela dedem öldüğünde çok da küçük değildim. 15 yaşında falandım...Arkadaşımın annesi yanıma gelip şey demişti deden iyi olacak. Ben demişim ki iyi olmayacak kalp krizi geçirdi...Kadın mesela şaşırmıştı. ...Sonra dedem vefat ettikten sonra da annem cenaze evinde yanıma gelip şey demişti. Ağlamak istersen ağlayabilirsin ve ben şey demiştim, neden ağlamak isteyeyim ki?...O yüzden insanlar

duygularımın olmadığını iddia ediyordu. İddia etmekten ziyade böyle hissediliyordu. O yüzden psikiyatra gitmiştim. (K12, Kadın, 24)

İlk gittiği uzman deneyimini anlatan katılımcı, doğru olmadığını kendisinin de ailesinin de inanmadığını “...*Sadece duygularını bu kadar dışarı vuramayan bir insana sosyopat tanısı konulması bence herkes için saçmaydı*” diyerek anlatmıştır. Bu uzmanın ilgilenmek istemeyişi ve ilaca dayalı bir tedavi planlaması katılımcı açısından güven kırıcı olmuştur ve katılımcı bu konuda şunları söylemiştir: “*Antidepresan vermeye çalışmıştı bir süre....Doktorun da teşhisine inanmadığım için kendi kendime bırakma kararı aldım.*” Diğer uzman deneyiminde dinleme odaklı gidilmiş ve karşıda dinleyen biri olduğunda zamanla daha çok kendini açabildiğini belirtmiştir. Bu görüşmelerin sonucundaki ifadeler, uzmanın kendisine herkes gibi duyguları olan ve herkes gibi normal olan biri olduğunu söylediği üzerinedir. O süreçten sonra katılımcı (K12, Kadın, 24) kendiyle barışabildiğini, kendini o şekilde kabul ettiğini, bireylerin duygusal dışavurumları değişebilse de duyguların herkesçe biricik yaşanabildiğini anladığını ifade etmiştir. Burada uzman deneyimi kişinin kendi hakkında anormal gördüğü bir durumun normalleşmesine aracılık etmiştir. Bireyler hâkim görüş olarak hekimleri referans aldıklarında, hekimlerin tedavi seçenekleri ve ilgileri değiştikçe, bireylerin de kendilerine yönelik benlik algıları değişebilmektedir. Bu da bireyin kendine dönük değişken duyguları gerçeğe en yakın şekilde stabilize etmesi için, alanında uzman, etik ve ahlaki değerlere önem veren kimselere erişiminin mümkün olmasıyla bağlantılı gözükmektedir. Zira burada bireylerin duygularının nasıl tıbbileştirildiği sürecindeki çevre faktörü vurgulanmalıdır. Bir başka önemli nokta ise tıbbileştirmenin çevreden normalleştirmenin ise hekimden de gelebildiğidir. Çünkü katılımcının duygularını inşaların içinde açamıyor oluşu duygusuz olduğu etiketiyle lanse edilmiş ve bu bireyin kendini de o şekilde değerlendirerek uzmana başvurmasına sebep olmuştur. Dolayısıyla burada duyguları anormal olarak tanımlayan ve bunu çözülmesi gereken bir problem haline getiren toplumsal normlar ve beklentiler olmaktadır. Öte yandan katılımcı bunun için gittiği ikinci uzmana duygularını açıp kendini ifade edebildikçe normal olduğuna ikna olmuş ve kendiyle barıştığını dile getirmiştir. Duygulanımların göreliliği hakkında düşünme fırsatı bulan katılımcı (K12, Kadın, 24) bu süreci şu ifadelerle anlatmıştır:

...O mesela sorunlarım antidepresan da çözmek yerine dinlemeye yöneldi. Ben o dinleyince daha çok açıklamak istedim ve beni bir yerden sonra şeye inandırdı. Sadece bazı şeylere başka insanlar kadar büyük bir değer yüklediğim için garip ya da farklı bir insan olmadığımı, herkesle aynı olduğuma, sadece ben bazı şeyleri kendi içimde daha farklı yaşıyorum. Çünkü hani...Şöyle de bir şey var dedemin cenazesinde belki ağlamamış olabilirim ama aylar sonra bir gün bir şeyde dedemin bir daha yanımda olmayacağı aklıma geldi ve büyük bir patlama yaşadım. (K12, Kadın, 24)

Bir erkek katılımcı (K13, Erkek, 35) psikiyatra arkadaşının devam ettiği bir hekimi önermesi üzerine gittiğini ve depresyon teşhisi alarak bir dönem ilaç kullandığını anlatmıştır.

Kullandığı ilacı tarif ederken ” *Motorun marşına basmak gibi işe yarayacak bir ilaç, serotonin kaynaklı yükseltecek, hani tedavi amaçlı değil de sadece mutluluk hormonunu yükseltelim, işte hareket başlasın gibisinden “Tedavinin hafifleme diye tarif ettiği bir sonuca ulaştırdığını ifade eden katılımcı (K13, Erkek, 35) hekimle görüşmenin sorunla yüzleştirme işlevi olduğunu ancak kendisine iyi gelmediğini eklemiştir. ” Yani daha hissettiğimi düşünmüyorum ama şöyle bir şey oldu, hafifleme diyebileceğimiz bir şey var. En azından teşhis koyuyorsun. Onunla yüzleşme şansı veriyor...Daha iyi hissettim mi? Ben hissetmedim. “.*

Erkek bir katılımcı (K14, Erkek, 65) ise psikiyatrik tanı almanın bireylerin hayatlarının bir döneminde karşılırlarına çıktığını ve istihdam alanında engel dahi teşkil edebildiğine dair bir anısını paylaşmaktadır. Katılımcı anısını anlatırken şu cümleleri kullanmıştır:

Ki şimdi vesaire bizim devletimizle bazı şeyleri zorlaştırıyor mesela bir dostumun kızı üniversite sınavlarına hazırlanırken şey kullanmış, çok basit bir dikkat toplayıcı bir ilaç kullanmış. Yani 30 tabletle, sadece 30 tablet. Fakat bu mesela Türk hava yollarında pilotluk mülakatına girerken karşısına çıkmış. Pilot olamadı mesela. Karşısına çıktı. Mesela onun yüzünden ret yedi mesela. Yani bazı şeylerin bizim devletimiz de şey yapıyor. Bizim önümüzde engel olarak çıkartıyor. Ama sadece bu mesela bir dikkat çalışırken dikkatini toplaması için doktorun verdiği bir şey bir hap yani sadece 30 kere kullanılıyor. (K14, Erkek, 65)

Bu durum duygusal olarak hasta olmanın normalleşmesiyle örtüşmüyor gözükmektedir. Zira bir yandan hasta olmanın sıradanlaşması söz konusu iken öte yandan yaşamının uzun bir süre öncesinde dahi psikiyatrik bir ilaç kullanmış olmak, özellikle üst düzey kurumsallık içeren firmalar açısından potansiyel hasta olarak değerlendirilmesine yol açabilmekte ve kurumsal damgalanma bireylerin ekonomik refah seviyelerinin önünde engel oluşturabilmektedir.

Önce psikiyatriye daha sonra psikoloğa gittiğini söyleyen bir erkek katılımcı (K15, Erkek, 34) ise hekime başvurma sebebi olarak şu cümleleri kurmuştur:

...Öyle bir keyfim yoktu ya. O zaman biriyle tanışmıştım. O işte gitsene gitsene dedi durdu. İyi gelir dedi arkadaşım. Psikiyatriye gittim...Zaten direkt Devlet Hastanesine gittim. Anlattım böyle böyle böyle. Bir tane ilaç yazdı verdi. Tamam ilacı da aldık...Sen de bağımlı kişilik bozukluğu var dedi. Nedir işte insanlara çok bağılanıyorsun mesela...Neyse ondan sonra neydi prozac vermişti standart herkese. (K15, Erkek, 34)

Bir katılımcı (K16, Erkek, 36) anksiyete ve panik atak tanısı aldığını ve bunun 10-15 yıl öncesinde yaşadığı bir durum ile bağlantısı olduğunu ifade etmiştir. Bu durum bireylerin duygusal yükünün taşıyamadığı noktaya geldiğinde veya benzer deneyimler yaşamaya başlayacağını öngördüğünde, bireyde problemlere yol açarak yaşam kalitesinin düşmesine sebep olmaktadır. Özellikle erkeklerde ekonomik sorunlar, erkeklik algısıyla doğrudan bağlantılı olarak ele alınmakta ve borçlu erkek kendini yetersiz ve işlevsiz hissetmeye yatkınlığı sebebiyle duygusal sorunlara eğilimli olabilmektedir.

Anksiyete panik atak için gittim ben. Aslında şöyle tabii, geçmişte bir şey olup olmadığını sordu. Geçmişte de kendimce ağır bir şey yaşamıştım. Ekonomik bir yükün altına girmiştim. Kendime ait bir dükkanım vardı ve iflas ettim. Geçmiş dediğim de 10 -15 yıl önce mesela sonra tekrardan aynı şeyi yaşayacakmış hissine kapılınca bir anda tetiklendim...İlk gittiğimde ilaç yazdı. Yarım saat falan konuştuk Özel bir kliniğe gittim. (K16, Erkek, 36)

Katılımcı (K16, Erkek, 36) ayrıca özel bir kliniğe gittiğini ifade ederek devlet hastanelerindeki yoğunluğun fazla olmasının özel bir kliniği tercih etmesindeki sebeplerden biri olduğunu *“Yani Devlet Hastanesi sonuçta ıı oraya çok fazla yoğunluk olduğu için oradan randevu almak da zor. Oradaki gideceğimiz doktorun hani o kadar kişiyle hangi sürede ilgilenilecek onu bilmiyoruz.”* cümleleriyle belirtmiştir. Ayrıca bireyler devlet hastanesine gitmiş olmanın doktor tarafından kendileri hakkında ekonomik olarak zor durumda görülebileceğinden kaynaklı, reçete edeceği ilacı da ona göre verebileceğini ve ucuz bir ilaç olduğu için fayda göremeyebileceklerini düşünebilmektedirler. Bu da aynı zamanda bireylerin sağlığın bir sektör ve kar-zarar bandında ilerlemesini içselleştirdiklerini göstermektedir. Katılımcı (K16, Erkek, 36) kaliteli bir sağlık hizmetinin para harcama edimiyle mümkün olduğunu düşünmekte ve maddi yetersizliğin kullanılan ilacın kalitesini de etkileyebileceğini *“...Bu aldığımız ilaçlar belki ücretli ilaçlar olabilir. Oradaki doktor hani ben oraya gittiğim için. Ekonomik durumdan dolayı farklı bir ilaç yazabilir. Ekonomik olarak daha düşük maliyetli bir ilaç. Belki öyle olsa etki etmeyecekti...”* Cümleleriyle anlatmaktadır. Buna ek olarak uzman katılımcının (U2, Erkek, 36) düşünceleri de dikkate değer olmaktadır. Psikiyatrist hekim bir devlet üniversitesinin hastanesinde doçent doktor olarak görev yapmakta ve kendi deneyimlerinden de yola çıkarak süreci şöyle yorumlamaktadır:

...Başvuran insanların büyük bir kısmını sağlık hizmetlerinin ulaşımındaki zorluklar sebebiyle zaten hasta oluyorlar. Yani hasta olmayan bir insanın zaten elimine olduğu bir sistemden bahsediyoruz. Çünkü doktora ulaşabilmek çok zor. Yeterince ciddi hastaysanız ancak gelebiliyorsunuz.... (U2, Erkek, 36)

Bir başka erkek katılımcı (K19, Erkek, 26) üniversite yıllarında uğradığı iftira sonucunda uyku problemleri yaşadığını belirterek, üniversitenin psikolojik terapi desteğinden faydalanmaya çalıştığını ancak basit bir seans uygulaması olduğu için anlaşıldığını düşünmediğini ifade etmiştir.

Üniversitedeyken iftiraya uğradım. Arkadaş grubumuz içinde eşcinsel bir erkek vardı. Başka bir arkadaş arkasından ibne gibi, yumuşak gibi bir laf etti...Daha sonra bi laf çıktı o gay arkadaşla o lafları ben demişim lafta. Ben 3-4 gün uyuyamadım. Zaten o zaman da psikoloğa gittim. Psikoloğa gitmemin sebebi de çok düşünmem, sürekli düşünüyorum...Yani anlaşıldığımı düşünmüyorum. Ya, çünkü şey çok basitti, ilkokul rehber hocaları gönderir ya onun gibi bir şeydi diye düşünüyorum. (K19, Erkek, 26)

3.2.5.2. İlaç Tedavisinin Başka Bir Yönü: *Duygulara Kimyasal Kelepçe Takmak*

Katılımcıların büyük çoğunluğu duygusal sorunları nedeniyle başvurduğu uzmanlar tarafından ilaç kullanımına yönlendirildiğini ifade etmektedirler. Bu ilaca yönlendirmenin genelde ilk seansta gerçekleştiğini fakat özel kurumların kamu kurumlarına kıyasla daha çok zaman ayırabildiklerini ve daha kaliteli hizmet alabildiklerini düşünmektedirler. Bu bulgunun ise özellikle kamu hastanelerinin birçoğunda randevu sürelerinin kısa olması, bireylerin sorunlarını anlatabilecekleri zamanın hekim veya hastane politikaları gereğince ayrılamaması, dolayısıyla tedavinin ilaç tedavisiyle sağlanmaya çalışılmasıyla ilgili olduğu söylenebilmektedir. Bazı katılımcılar ilaç ile tedavide hiç fayda görmemenin yanı sıra zarar gördüklerini ifade ederken; bazı katılımcılar fayda gördüklerini ancak yine de ilacın kalıcı bir çözüm aracı olmadığını düşündüklerini belirtmişlerdir. Psikiyatrik ilaçlarda düşük doz dahi verilse, etki mekanizması etken maddeye göre şekillendiğinden, katılımcıların çoğu düşük mg ilaçları düşük etkiye sahip ilaçlarla eşdeğer tutma yanılgısına kapılabilmektedirler. Oysa söz konusu kimyasal tedavi yöntemleri olduğunda miligram olarak düşük doz olması etki veya yan etkisini aynı oranda azaltmamaktadır. Katılımcıların çoğu ya tamamen ya da uyum sağlama sürecinde yoğun sıkıntılar yaşadıklarını ifade etmişlerdir ve aynı zamanda görüşmenin yapıldığı süreçte güncel olarak ilaca devam eden katılımcı sayısı 1 kadın (K11, Kadın, 50), 1 erkek (K16, Erkek, 36) olmak üzere toplam 2 kişiden oluşmaktadır. Geriye kalan katılımcıların hepsi bir dönem ilaç tedavisi almış ve tedaviyi genellikle de kendi imkanlarıyla sonlandırmışlardır. Belirtilen yan etkiler arasında kilo artışı, uyku problemleri, çarpıntı, hissizleşme, sersemlik, mide bulantısı, kokulara karşı hassasiyet, kaşıntı ve tremor (Titreme) gibi yan etkiler yer almaktadır. Bu da duygusal sorunların çözümü için kısa yoldan bir çözüm gibi görünen ilaç kullanımının bireylerin hayatını farklı alanlardan olumsuz etkileyebildiğini gözler önüne sermektedir. Duygusal hastalıklarda artan ilaç kullanımını yalnızca sağlığın sektörleşmesi ve ilaç sektörüyle olan bağlantısı ile açıklamak yetersiz kalabilmektedir. Her ne kadar modern özne sağlık adına tüketim araçları ve reklamlarıyla kuşatılmış olsa da bireyler zaman zaman kendileri ilaç kullanmaları gerektiğine karar verebilmekte ve bu karar alma süreçlerinde sosyal medya ve arama motorlarının büyük ölçüde etkisi olmaktadır. Dolayısıyla bir yandan toplumsal kurumların iş birliği ve kültürel aktarımla sağlığı için tüketmesi ve daha sağlıklı olmak için sürekli tetikte ve kontrol altında tutulması gereken birey; diğer yandan bu süreci sağlığın kültürleşmesi yoluyla içselleştirmekte ve kendi kendine bir özdenetim mekanizması işletmektedir. Bu da duyguların tıbbileştirilmesinde karşılıklılığı göstermekte, çift yönlü bir etkiye işaret etmektedir. Örneğin bir kadın katılımcı (K1, Kadın, 70) fazla yan etki yaşamadığını ancak kendi normalinde olmayan duygulanımlara ve davranışlara büründüğünü ifade ederken

başka bir kadın katılımcı (K2, Kadın, 38) ise ilacın kendisine sersemlik hissi yaşattığını tarif etmiştir.

Ben de yan etkisi çok fazla Olmadı, Yani sıkıldığım zaman daha çok kendimi kapatırım. Kimselerle görüşmek istemem şey yapmam mesela ama ilaç o duyguyu aşırtıyordu. Normal sosyal yaşantıma devam edebiliyordum yani...İzole ediyorsun normalinde ama o ilacı kullandığım zaman izole olmadım, konuşmak istemesen bile konuştum, yani konuşturdu beni. (K1, Kadın, 70)

Ben mesela gittim o an çocuğumu da ihmal etmemeliydim. Parka inmek istiyordu. O parkta sabah da oturdum. Sadece bakıp boş baktım ya düşünüyordum o konuyu. Ama çok da hani böyle endişelenmiyordum ...bazen de düşünmüyordum mal gibi yaptı beni yani direkt bakıyordum böyle, hatta ben yarım içmeme rağmen böyleydi. (K2, Kadın, 38)

Panik atak tanısı olan başka bir katılımcı (K3, Kadın, 60), ilacı ilk reçete eden doktorun onkoloji doktoru olduğunu ve dozaj bilgilendirilmesi yapılmadığını belirtmektedir. Bu nedenle katılımcı başlangıç için yüksek doz ilaç almış ve bu mevcut sıkıntılarını daha da artıran bir etki gösterdiğini *“Kullanmaya başladığımda da bana gerekli uyarı yapılmadığı için bütün bütün yutmaya başladım hapları. Meğerse yarım başlayıp bu bütüne dönüşüyormuş. Ben bunu bilmediğim için bütün bütün kullandım bu da benim panik atağımı daha da depreştirmiş”* şeklinde anlatmıştır. Başka bir sefer baş ağrıları için nöroloji hekimine giden aynı katılımcı kullandığı düşük doz ilaç hakkında daha önce bağımlılık yapmayacağı söylenmesine rağmen, ilacın yoksunluk belirtilerini yaşadığını öğrenmiş ve bu süreci *“Normalde ben buna başlarken bağımlı olabilecek miyim? Diye sordum doktorlara. öyle bir şey olmayacak çünkü en düşük dozu kullanıyorsun dediler. Nöroloji doktorunun söylediği de vücudun istiyor dedi. Sen bunu kullanmaya devam etmelisin. Baş dönme sebebin bu dedi.”* Şeklinde anlatmıştır.

Antidepresan ilaçların kalıcı ve geçici yan etkilerine dair literatürde bulunan bazı araştırmalardan biri de Joanna Moncrieff'in 2015 yılında yayınlamış olduğu, Türkçesi *“Antidepresanların Kalıcı Yan etkileri”* olan çalışmasıdır. Moncrieff bu çalışmada düşük doz olduğu söylenen ilaçların da bağımlılık yapabileceğini hatta bu bağımlılığın tek kullanımda dahi olabileceğini belirtmektedir. Dolayısıyla düşük doz yanlıgısı çalışmadaki birçok katılımcıda görüldüğü gibi bireyleri etkisi hafif ilaç yanılısamasına sokabilmektedir. Oysa yapılan çalışmalara bakıldığında ilaç miligramının düşük olması etkisinin ve yan etkisinin hafif olacağı anlamına gelmemektedir. Çalışmanın bu doğrultudaki bulguları literatürdeki çalışmalarla tutarlılık göstermektedir. Moncrieff çalışmasında şunları ifade etmektedir:

Yoksunluk etkilerini uzun süreli kullanımla ilişkilendiririz, ancak aslında vücut, bir ilacın tek bir dozundan sonra bile geçici olarak değişebilir. Hayvan çalışmaları, bir afyonlu akut tedavinin, ilacın doğrudan analjezik etkisinden sonra ortaya çıkan ve birkaç gün süren ağrıya (hiperaljezi) karşı artan bir duyarlılık dönemine neden olduğunu göstermektedir (Celerier vd., 2000'den akt. Monrieff, 2015). Benzer şekilde, sadece bir veya iki gün boyunca almak

başlangıçta uykuyu en azından biraz iyileştirmekte ancak hap kesildiğinde insanlar uyumayı kendilerinden daha da zor bulmaktadırlar. Uzun süreli kullanımdan sonra, bazı ilaçlar daha şiddetli ve daha uzun süreli geri çekilmeye neden olmaktadır. Alkol ve afyon gibi uyuşturucuların uzun süreli yoksunluğa neden olma olasılığı antidepresanlardan daha düşük görünmektedir (Moncrieff, 2015). Moncrieff'in aktardıklarına katılımcının ifadeleri de teyit niteliği taşımaktadır.

Doktor önermediği halde bırakan birisi daha yüksek bir ilacı bırakan birisi. Yaklaşık 2 ya da 3 ay boyunca çok kötü olduğunu hissettiğini söyledi. Yani bırakmak çok zor. Bu ilaçları aldığı anda bırakmak çok zor. Yani iyi olmanın bir bedeli var. Çok sıkıntı yaşıyor. Baş dönmeleri yine panik ataklar ya da işte böyle korku durumları... Ben o zaman işte 50 kiloydum. İyileşeceğim, iyileşeceğim, yersem iyileşirim diye böyle kilo aldım. Çıktım zaten bu ilaçların yan etkilerinde de var. Bu kilo alma olayı falan yani. Kilo aldım. 72 kilolara çıktım. Düşün yani 50 kilodan 70 kilolara. Arkadaşım da kilo aldı şu an mesela o ilacı kullanan... (K3, Kadın, 60)

Yukarıdaki ifadelere göre, doktorlara ilacı bırakmak istediğini fakat annesinin sağlık durumuyla alakalı sıkıntılardan etkilendiğini söylediğinde uzmanların görüşü ilaca devam etmesi yönünde olmuştur. Daha sonra ilacın uygun başlama ve bitiş talimatlarını öğrenip ona uygun bir şekilde ilaç kullanımını sonlandırdığını “... *Dedim ki ben bunu bırakmak istiyorum ya bırakacağım. istemiyorum artık ilaç. Vallahi. Şükür. Geçti*” ifadeleriyle anlatan katılımcının (K3, Kadın, 60) 2 ay sonra aynı şikayetlerin nüksettiğini belirtmesi ise, ilaç tedavisinin mevcut problemi çözüyormuş gibi yapması ancak gerçek ve sürdürülebilir çözüme ulaştıramadığını göstermektedir. Bireylerin ilaç kullanırken geçen şikayetlerinin ilaç kullanımına son verildiğinde yeniden nüksetmesi, antidepresan ilaçların adeta yara bandı işlevi gördüğü fakat yaranın kabuk bağlamasını sağlamadığı için bant kalktığında yeniden kanamasına sebep olduğu şeklinde örneklendirilebilir. Üstelik katılımcı (K3, Kadın, 60) ilacı bırakmak istediğini söylediği uzman tarafından, bırakmaması yönünde yönlendirildiğini ve kendisinin adeta bırakmak için çaba sarfettiğini ifade ederek bazı uzmanların ilaç kullanımına yaptığı yoğun bir teşvikin olduğunu göstermektedir. Bağımlılık yapıp yapmadığı sorulduğunda, yapmadığı cevabını alan katılımcı bizzat kendi deneyimi sonrasında bağımlı olduğunu nöroloji doktoru sayesinde öğrenmiş ve yoksunluk belirtileri yaşadığını dile getirmiştir. Şikayetlerini dile getirdiği hekimler için “...*Hiçbir zaman terapi önermediler*” diyen katılımcı (K3, Kadın, 60), ilaç tedavisinin duygusal hastalıklarda hekimlerin başvurduğu ilk ve en çabuk çözüm olarak görüldüğünü göstermektedir. Dolayısıyla ilaca teşvikin yanı sıra yanlış yönlendirme ve bilgilendirmeler, katılımcıların istemediği sonuçlarla karşılaşmasına sebep olabilmektedir. Modern tıbbi uygulamalar ve tedaviler bir yandan bireyleri sağlığına kavuşturma gayreti içinde gibi görünürken öte yandan başka alanlarda sağlıksız sonuçlara sebep olabilmekte ve bu sebeple tıbbi otorite; bireysel ve toplumsal yaşamın birçok yönüne sirayet edebilmektedir. Çünkü aynı

katılımcı ilacı bırakmak istediğini söylediğinde aşağıda belirttiği tepkiyle karşılaştığını da konuşmalarına ekleme gereği duymuştur:

Güldü şöyle bir sen bilirsin dedi...İşte ilk bıraktığımda baş dönmelerim oldu ya nöroloji doktoru tekrar yazdı bu ilacı bana kullanacaksın dedi. Buna devam et çünkü yoksunluk yaşıyorsun dedi...Ya da benim başa çıkamayacağımı düşündü. “Yani iyi bakalım hmmm hadi bakalım”, der gibi. (K3, Kadın, 60)

Başka bir kadın katılımcı (K4, Kadın, 62) kendisine psikoterapi önerilmediğini ancak iki farklı ilaç ile kombine bir tedavi yöntemi uygulandığını söylemektedir. İki ayrı ilacın duyguları farklı yönlerden düzenlediğini “...*Yan etkisi şöyle ya biraz kilo aldırıyor, işte iştahını açıyor...Bu bir tane daha ilaç verdi. O da güne uyum sağlamayı sağlıyor. Anladın mı? Yani o böyle seni uyutmuyor falan. Onu içince normal hayatına devam edebiliyorsun. Diğeri de sakinleştiriyor.*” şeklinde dile getiren katılımcı yan etki olarak ilaçların kilo aldırıldığını belirtmektedir. Devam eden süreçte katılımcının (K4, Kadın, 62) ifadelerine bakıldığında bireylerin mevcut duygulanımlarını ve sebeplerini kabul edebildiği ölçüde sorunlarından uzaklaşabilmesinin mümkün olduğu yorumu yapılabilir. Daha öncesinde çocuğunun özellikle okuldaki kavgacı tutum ve davranışlarının sorumluluğunu hissederek olumsuz duygulanıma giren katılımcı, bu süreçte kendisine terapi önerilmediğini ve sürecin sonunda kabullenme sürecine girdiğini ve kendi kendini telkin etme yöntemleri geliştirdiğini “...*Psikoterapi falan önermedi....Sonra kendi kendimi biraz şey yapmaya başladım artık. Ne kadar da hani üzülse de etsen de kendine ediyorsun, bir yerde de olur mu? Bırak gibi bazı şeyleri artık dedim.*” Cümleleriyle ifade etmektedir.

Depresyon için kendisine reçete edilen ilaca dair olumsuz tecrübe ettiği deneyimlerini aktaran bir katılımcı (K5, Kadın, 45), “*Ben ilk gün resmen öldüm, ölüm dirildim tabii alışkın değilim ya ilaçlara ben de bir mide bulantısı, bir kalpte ritim bozukluğu böyle pat pat pat, ikinci gün bir daha içtim. Bu sefer istifra etmeye başladım. Sonra üçüncü gün kestim, bir daha da gitmedim.*” cümleleriyle anlatmıştır. Öte yandan katılımcı çocukluğundan bir anı paylaşarak annesinin de senede 10-15 gün arası psikiyatri servisinde yattığını fakat o dönemlerde çocukken anlamlandıramadığı annesinin sürecini bu yaşında anlamlandırabildiğini düşünmektedir. Annesinin mutluluk ve mutsuzluk arasında giden bir aile ortamında, eşinin tayin durumları ve çok çocuk doğurması gibi sebeplerden, sorumlulukları taşımakta zorlanabildiğini ve bu sebeple psikiyatrik bir tedaviye düzenli olarak ihtiyaç duyduğunu dile getiren katılımcı aşağıdaki ifadelerini kullanmıştır.

...Benim annem yıllarca psikiyatriste yattı yıllarca mesela...Yani ben çocukken hatırlıyorum senede böyle 10 gün- 15 gün psikiyatrist bölümüne yatardı delirirdi. ama tabi biz de çok anlamıyoruz. Tabi babam çok zor bir karakterdi. Hani böyle çok mutlu bir ev de var. Çok mutsuz da bir ev de var bizde. Yani böyle karışık bir ev ortamı. Yani aşırı titizlikten dolayı ama tabi şu anki yaşıma geldiğim zaman neden yattığını artık biliyorum. Anlıyorum yani. Bence kocasıyla olan sorunlarından dolayı işin içinden

çıkamamasından dolayı sürekli tayin gezmesi, sürekli doğum yapması bence ondan dolayı yatıyordu psikiyatriste annem...Ama tabi annem hala kullanıyor. 74 yaşında benim bildiğim 40 senedir psikiyatrist ilaç kullanıyor. (K5, Kadın, 45).

Başka bir katılımcı (K6, Kadın, 52) ise 3 yıllık bir ilaç kullanımı sonrasında tecrübelerini aktararak anksiyete giderici bir ilaç kullanımı sonrasında saflaştığını ifade etmiş ve algılarda yavaşlığa sebep olduğunu ifade etmiştir. Bu da tıbbileşmenin mevcut sorunu değil bizzat duyguyu gidermeye yönelik girişimler doğurduğunu düşündürmektedir.

...Diye bir ilaç kullanıyordum, insanı saflaştırıyor ve yani daha çok bütün gününe uykuyla veyahut da mesela sen karşında konuşurken seni konuştuğun aslında algılayamıyorsun. Bu anda sadece sana gülümsüyorum aslında bir nebze seni de kandırmış oluyorum. Anlatabildim mi? Hani seni dinliyormuşum gibi yapıyorum ama aslında beynim sende değil. (K6, Kadın, 52)

Aralıklarla 50-55 senedir antidepresan ilaç kullandığını “...Ben 73 yaşımdayım bu zamana kadar en az 50-55 yıl ara ara hep ilaç kullandım yani” cümlesiyle ifade kadın katılımcı (K7, Kadın, 73) neredeyse erişkinlik yaşı boyunca ilaç tedavisi gördüğü ve İstanbul’dan köyüne gitmeden ilacının raporunu çıkartmak için hastaneye gittiğinde doktorun kendisine köy havasının iyi gelebileceğini söylediğini “Bir kez köye gittiğim zaman rapor çıkarmaya gittim hastaneye. Dedi ki bu ilaçları kullanmadan dedi. Köy iyi gelir sana dedi. Yani arada kullan dedi. Rapor çıkarmama gerek yok dedi. 2 günde bir kullan 3 günde bir kullan...” cümleleriyle belirtmiştir. Bunun üzerine doktor ilacı 2-3 günde bir aldığı taktirde rapora da gerek kalmayacağını söyleyerek rapor çıkarmamıştır. Fakat katılımcının köyde yaşadığı riskli yan etki, yüksek tansiyon hastası olduğu da düşünüldüğünde can kaybıyla sonuçlanabilecek tehlikede bir yan etki olmaktadır. Bu da Illich’in tıbbileştirilmeyi anlatırken kullandığı üç iyatrojenik etkiden biri olan tıbbi iyatrojenez etkisi olmaktadır (Illich, 2002). Burnunun durmadan kanaması tansiyon yüksekliğinden, tansiyonunun yüksekliği ise yoksunluğunu çektiği antidepresan ilaçtan kaynaklanlandığını aşağıdaki cümleleriyle ifade eden katılımcının (K7, Kadın, 73) anlattıklarına göre yaşamsal tehdit oluşturabilecek bu tür yan etkiler ciddiye alınmalı ve gerekli bilgilendirmelerin yapılmasına hekimler tarafından etik ve ahlaki açıdan önem gösterilmelidir.

...Ben öyle öyle ilaçları bıraktım sonra. Kaşınıyordum ilacı bıraktığımda, ya uyuz gibi kaşınıyordum sabaha kadar...Benim burnum bir kanamaya başladı. Faşır faşır gidiyor o kanlar...Eve gelirken ışıklar söndü. Bir de karanlıkta kaldık mı? Kapıyı açarken dedim yağmur suyundan burnum akıyor herhalde. Meğer kanıyormuş. Gece tampon koydular gönderdiler bana sonra. Doktor o damarı yaktı dedi ki iyi ki dedi burnun kanamış dedi. Beyin kanaması da olabilirdi dedi. Tansiyonum çok yükselmiş....Canım ben dedim yani bana doktor kullanma dedi. Biraz dedim ara ver dedi. Dedim ben de şey yaptım ama ben hiç kullanmamaya başladım o ilacı. Ben ne bileyim böyle şeyler gelecek başıma? ” (K7, Kadın,73)

Duygusal hastalıkların tedavisinde ilacın tercih edilmesi bazen zincirleme bir şekilde bireyi içine alan bir kısır döngü yaratabilmektedir. Bu kısır döngüden kasıt bireyin yardım arama davranışını ilaç müdahalesiyle giderme yoluna girildiğinde, doğru yönlendirme ve bilgilendirmenin olmayışının bireyde duygusal daha derin izler yaratabileceği gerçeğidir. Örneğin katılımcılar içerisinde ilaç kullanma süresi olarak değil fakat doğru tedaviyi bulmak için harcanan çaba bağlamında oldukça yıpratıcı olduğunu dile getiren 38 yaşında kadın katılımcı(K8), henüz reşit değilken yaşadığı duygusal sıkıntılar sebebiyle girdiği yardım arama davranışlarının evlilik süresi boyunca artarak devam ettiğini ve çocuk sahibi olmasının dahi önünde engel oluşturabilecek hormonal değişimlere neden olan ilaçlar kullandığını anlatmıştır. Ebeveyn desteğinin eksikliği ve çevrenin duygusal sorunları olan bireylere itibar etmeyerek sorunlarını yeterince sorun olarak görmemesi, bireylerin mevcut sıkıntılarını artırmakta ve çaresizlik hissini derinleştirmektedir. Bu da henüz reşit dahi olmadığı düşünülen bireylerin duygusal olarak sorun yaşamasının toplumsal olarak uygun görülmemesiyle ilintilidir. Duygular, davranışların duyguya olan uygunluğuna göre de normal ve patolojik olarak değerlendirilebilmekte yani sınırları toplumsal normlar ve kabul görmüş değerler tarafından çizilmektedir. Özellikle geleneksel toplumlarda ve geleneksel kültürü baskın yaşayan kimselerde küçük yaşta duygusal bir problemin mevcut olması da mantıksız, ihtimalsiz ve şımarıklık olarak değerlendirilebilmekte; dolayısıyla duygular yeterince tecrübe kazandıkça yani yaş aldıkça sorunları meşruluk kazanan deneyimler olarak algılanmaktadır. Bu da yalnızca duyguların değil duygusal sorun deneyimlerinin de sınırlara tabi olduğunu, o sınırın altında kalan bireylerin farklı biçimlerde görülmeye yatkın olduğunu göstermektedir.

O zaman çünkü psikolog bu kadar yaygın değildi...Tak hemen ilacı yazdı zaten bir ilaç yazdı daha adımımı atar atmaz direkt...22 yıl öncesinden bahsediyoruz. Zaten ilaç hemen dokundu işte, ağır geldi, çok zayıf ve küçük olduğum için zaten...işte yarıya düşürün dendi. Çünkü kalp çarpıntılarım daha hızlandı. Çok şiddetli bir uykusuzluk başladı. Bir de istemsizce bu el ayak atmaları gibi böyle atak gibi şeyler olmaya başladı...Hadi bir değiştirelim ilacı moduna girildi, 6 ay sonra tekrar değiştirdi....İlaçlara çok çabuk bağımlı oluyordum. Yani bünyem çok çabuk alışıyor ilaca ve artık kısa bir süre sonra o etkisini yitiriyordu...Zaten doktor da çok da yaşlı bir beydi yani şimdi öldüğüne sevinilir mi? Adam öldüğü için ben oradan ayrıldım. Belki ölmeseydi aynı şekilde ilaç denemeye devam edecekti (K8, Kadın, 38).

Kamu hastanelerinde bireylere ayrılan sürenin oldukça kısa olması, hekimlerin az zamana fazla iş sıkıştırmaya çalışması ve bunun temelden etkileyen sağlık politikalarının uygulanmasındaki yetersizlikler, hali hazırda duygusal olarak yıpranmış hisseden bireylere önemsiz hissettirebilmekte ve hizmet alma-verme kalitesini karşılıklı olarak değiştirebilmektedir. Uzman katılımcı (U2, Erkek, 36) bu konu hakkında şunları ifade etmiştir:

Muayene sürelerinin çok kısıtlı olması...İlaç kullanımındaki fazlalıkla çok ilişkili...İnsana sözlü müdahale kısıtlandığı zaman kullanacak argümanlar ilaç yönüne kayacaktır muhakkak...Tabi ki alınan

hizmetin kalitesini düşürecektir...Bu da bazı noktalarda “-mış” gibi yapmak zorunluluğu ortaya çıkartıyor yani muayene olmuş gibi yapmak...Bugün herhangi bir terapistle ulaşmak istediğiniz noktada ya ciddi bir gelirinizin olması gerekir ya da her kapıyı açabilecek bir tanıdığınızın olması gerekir...Ama toplumun giderek daha depresifleştiğini söyleyebiliriz...O da tabii ki hani antidepresan kullanımının bir şekilde teşvik edilmesiyle alakalı bir sorunsal da var. Çünkü ilaç firmaları en nihayetinde kâr amaçlı kurumlar...çünkü bir şey alıyor ve bir şey satıyorlar... (U2, Erkek, 36)

Doğru tanılama, doğru tedavi kadar önemli bir diğer konu da hekimin hem mesleki hem de etik yönden özverisi ve faydalı olma çabası olmaktadır. Bir ilaç hakkında yanlış verilen veya verilmeyen bilgilendirme bireylerin yaşamlarında sayılı tecrübe edilebilecek özel anları kabusa çevirebilmekte ve bunun sorumlusu olmanın yükü altında yıpratılmaktadır. Kadın bir katılımcı (K8, Kadın, 39) psikoloğunun kullandığı ilacı düğünden kısa bir süre önce bir anda bıraktığında bir sorun olmayacağını *“Psikoloğa gittim, evlilik düşüncem olduğunu söyledim.... Bu arada cinsel isteksizlik yapıyor bu ilaçlar. Bir adı konulmuş, nikah tarihi belirlenmiş. Sorun yok canım dedi. Sen düğün gününe kadar işte düğüne bir haftaya kadar iç dedi. Bir hafta kala bırak dedi.”* İfadelerinde belirttiği gibi söylemesi üzerine düğününde hem kendi hem de çevresindekiler için zor anlar deneyimlediğini aşağıdaki cümlelerinde anlatmıştır.

Aynı madde kullananlar gibi vücudumdan o çekildiği zaman ben tabiri caizse bir canavara dönüştüm. Düğün öncesi hiç yapılmaması gereken bir şeydi. Mesela herkesin hayatını cehenneme çevirdim çünkü ilacı şak diye bıraktığım için, ilaç içmediğim için....Söylemedi de hani ağır geri dönüşü olur sana demedi...Yani en mutlu olmam gereken anları dakikaları hep herkese bağırarak nefret kusarak gerçekte de kusarak geçirdim.... (K8, Kadın,39)

Bireyler tedavi süresince hekimden kaynaklanan problemleri dahi bireysel bir sorumluluk alanına dahil ederek suçu kendilerinde de arama eğiliminde olabilmektelerdir. Bu, modern toplumsal yapıda kişinin kendinin sorumluluğunu alması ve bireyselleşmesi meselesinin, sorunun esas muhatabının konunun dışında tutmaya aracılık eden bir işlev görmekte, dolayısıyla tıbbi otorite tarafından yanlış yapılan bir müdahalede dahi birey kendinde bir pay arayarak sorumluluğu bölüşmektedir.

Bu ifadeler Foucault'un neo-liberal yönetimsellik hakkındaki düşünceleriyle de bağdaşmaktadır. Foucault'nun neoliberalizm analizinde sağlık, artık sadece bir kamusal hizmet değil, bireyin kendi sorumluluğuna bırakılmış bir yaşam stratejisi olarak işlev sağlamaktadır. Bu anlayışa göre birey, *“kendi sağlığının girişimcisi”* olarak konumlandırılır: riskleri bilmek, düzenli kontroller yaptırmak, sağlıklı beslenmek, sigorta yaptırmak ve kendine yatırım yapmak bireyin yükümlülüğüdür (Foucault, 2003). Çünkü Foucault'ya göre (2003:108) modern devletler, bireyleri yalnızca hukuk yoluyla değil, yaşamı yönetme başka bir deyişle biyopolitika yoluyla da kontrol etmektedir. Sağlık politikaları da bu sürecin merkezinde konumlanmakta ve

bu durumda yönetimsellik bireylerin kendileri hakkında içselleştirdikleri bedenlerini, davranışlarını ve duygularını düzenleme yolları olmaktadır.

Duygusal sorunları tedavi ederken yan etki yalnızca ilaç kullanımına bağlı olmamaktadır. Uzman kişilerin bilinçsiz, yanlış yönlendirmeleri sonucunda problemin esas kaynağından uzaklaşarak başka hastalık arama davranışları da yan etki ve aşırı tedavinin başat örneğini oluşturmaktadır. Problemin nerede aranacağına bilinmeyişi farklı problemler keşfetmeye yönelik tahliller, cihazlar, cerrahi operasyonların önünü açmakta ve bu tıbbi ilgi ve otoritenin yetersizliği bireylerin gereksiz bir dizi teşhis süreçlerine tabi olmalarına neden olmaktadır. Oysa teoride hekimlerin veya uzmanların hastalara kullandığı ilaçların sorulmasının nedeni oluşabilecek etkileşimleri önlemek ve kişinin yaşam koşullarına uygun ilacı ve dozu ayarlamak iken pratikte durum tam tersi işlemekte; basit bir yan etki olabileceği bilgilendirmesinin yapılmayışı anne olmak isteyen bir kadını hem duygusal hem fiziksel hem de ekonomik olarak yıpranmasına sebebiyet vermektedir. Katılımcı (K8) bu süreç hakkındaki kendi cümleleri şu şekildedir:

Çocuk istedik ama 1 yıl boyunca ne yaptysak olmadı...Kadın doğum bölümünde sıkıntı yok. Ben bunun psikoloğumla da bana ilaç yazan doktorla da konuşuyorum. Bu mevzuyu kadın doğum uzmanıyla da konuşuyorum ya hiçbiri de demiyor ki içtiğin ilaçtan kaynaklanıyor olabilir demiyorlar bana. Ve ben bir yıl boyunca yumurtlama ilaçları içip çatlatma iğneleri olup çocuğum neden olmuyor diye bu süreçte dolandım durdum... (K8, Kadın, 38)

Katılımcının (K8, Kadın, 38) sözleri hekimlerin, ilaçların hangi hastalıklar için reçete edildiğini ancak yan etkileri konusunda yeterince bilgilendirme yapmadıklarını göstermektedir. Bu bilgilendirmenin eksikliği aynı zamanda tıbbi ve etik birçok ihlale sebebiyet vermiştir. Bu da tıbbın iyileştirirken verdiği zarar anlamında kullanılan tıbbi iyatrojenik bir durumu örneklendirmektedir (Illich, 2002).

Uzman katılımcının (U2, Erkek, 36) ise bu konudaki görüşlerini ticaret mantığına sahip firmalar gibi ilaç firmalarının da mallarını satmak için çabaladıklarını ancak buradaki diğer meselenin mesleki etik davranışlar olduğunu söylemiştir. Çünkü insana dair olarak görülen bu durumlarda hekimin insani açıdan nasıl özellikler taşıdığı özellikle duygusal hastalıklarda oldukça etkili ve belirleyici olabilmektedir. Ancak uzman katılımcı (U2, Erkek, 36), Türkiye’de henüz bir ruh sağlığı yasasının olmayışının ciddi eksiklikler doğurduğunu ve yasada olmayan şeyin denetiminde de ciddi problemlerle karşılaşıldığını ve bu meselelerin en nihayetinde politik bir yönü olduğunu şöyle ifade etmektedir:

...Çünkü her ne kadar sağlık kutsal bir nokta olsa da en nihayetinde bir ekonomisi de var...İlaç ekonomisi de bunun içerisinde ciddi bir ekonomik güç....Çünkü bir tüccar malını satmak ister. Burada etik kısmı oluşturan şey tabi ki sağlık çalışanları ya da işte psikoloji alanında çalışanların tutumları olacaktır. Ya da işte buradaki kritik çözüm aslında etik değerlere bağlı...İnsanın yararını gözetmekle alakalı bir şey.

Dolayısıyla çok insana dair şeyler içeren bir noktadan bahsediyoruz. O yüzden değişkenlik göstermesi de çok normal...Türkiye de şu an bir ruh sağlığı yasası yok...Hiç olmadı, o yüzden başlanacaksa önce ruh sağlığı yasasının çıkarılmasıyla başlanacaktır. Yani bir anayasanın içerisinde bir durumdan bahsetmiyorsak yönetmelikler genelgeler böyle bir sorun düzenleyemezler. Dolayısıyla ciddi eksik politik eksiktir... (U2, Erkek, 36)

Bir katılımcı (K11, Kadın, 50), kullandığı ilaç fiziksel yakınmalarını ortadan kaldırırsa dahi kendini iyi olarak tanımlamadığını ifade etmiştir. Doktor kontrolünde bırakılan ilaç kullanımının devamında bir süre sonra aynı sıkıntıları yeniden yaşadığını söyleyerek soru temelden çözmek için atılmayan çoğu adımın sonucu er ya da geç değiştiremeyeceğini örneklendirmiştir. Eğer kendini anlayan ve sağlıklı iletişim kurabileceği bir insanla eş olsa, yaşadığı sıkıntıların olmayabileceğini ifade etmiştir. Yani bireyler kendilerini ne kadar tedavi ederlerse etsinler eğer tedavi edilecek problem başka bir yerdeyse sorun, sorun olmaya devam edecektir.

Ben ilacı kullanırken kendimi hiçbir zaman iyi hissetmiyordum. Tamam, benim vücudumdaki şeyleri azalttı. O fenalaşma hisleri kayboldu falan sonrasında 9 ay kullandım iyi geldi sonra doktor dedi. Bırakabiliriz filan. Sonra olumsuzlukları yaşayınca yine O atakların tekrardan gelmeye başlıyor...Belki ailemle ilgili sorunlarımı anlayan bir kişiyle birlikte olsaydım ve ilişkim o şekilde devam etseydi benim o kaygılarım, endişelerim de olmayacaktı. (K11, Kadın,50)

Erkek bir katılımcı ise (K13, Erkek, 35), kullandığı ilacın yan etkisi olarak ereksiyon problemi yaşadığını ve kendisine bu konu hakkında hekim tarafından bilgi verilmediğini dile getirmiştir. Bu da göstermektedir ki hekimler için hasta görmek rutin bir hal aldığından her detayı aktarma gereksinimi duymadıkları varsayılsa dahi, hastalar için hekime gitmek rutin bir eylem olmak durumunda değildir. Elbette hekimlerin bireylere ayırdığı zaman, kurumsal koşullarla oldukça bağlantılı olmaktadır ancak kamu kuruluşları talep yoğunluğundan belirli hizmetleri gerçekleştirememekteyken özel kuruluşlar ise ekonomik çıkarlar sebebiyle müşteri edinmeye dair davranabilmektedirler. Özellikle katılımcıların bazılarının belirttiği, hekimlerin ilaç kullanımını sonlandırmaya ılımlı yaklaşmamaları, akla ekonomik sebepleri de getirebilmektedir.

...Ben ereksiyon problemi yaşıyordum ilacın yan etkisi olarak. Ciddi bir problemdi zaten öncesinde bilgi vermemişti bana...Zaten bırakma sebebim de oydu...Aslında doktorum bırakmamı desteklemiyordu. Ben zaman içerisinde doz azaltarak kendi isteğimle bıraktım...Hala aynı standarttayım yani ilaçla da aynı yerdeydim ilaçsız da aynı yerdeyim. (K13, Erkek, 35)

2015 yılında Moncrieff tarafından yapılan “*Antidepresanların Kalıcı Yan etkileri*” adlı çalışma, SSRI (Seçici Serotonin Geri alım inhibitörleri) sonrası cinsel işlev bozukluğunun, bazen önerildiği gibi altta yatan bir depresyonun semptomlarının yeniden ortaya çıkmasından ziyade direkt SSRI kullanımının gerçek bir sonucu olduğu konumunu desteklemektedir. Bu da

cinsel işlev bozukluğunun depresyondan değil depresyon tedavisinde kullanılan ve SSRI barındıran ilaçlardan kaynaklandığını doğrulamaktadır.

Öte yandan bağımlı kişilik bozukluğu tanısı alan erkek bir katılımcı (15), ilacı kaybettiği ve alamadığı zaman yaşadığı olumsuzlukları ilacı alamayışıyla bağlantılandırarak, yoksunluğun kendisinde strese yol açtığından bahsetmiştir. Yalnızca 1 kutu kullandığını ve son kalanları da kaybettikten sonra yaşadığı duygular ilaca bağımlı olduğunu düşünmesine sebep olmuştur. Katılımcı (K15, Erkek, 34) bu süreci kendi cümleleriyle ifade ederken insana olan bağılılığın yerini ilaca bıraktığını, dolayısıyla bağımlılığın neye olduğunun değiştiğini anlatmıştır. Bu da günlük duyguların ilaç yoluyla tedavi edilmesinin sorunların temelini -örneğin katılımcıdaki bağımlılık problemini- değil, hedefini değiştirdiğini göstermektedir. Ayrıca bu durumun kendisinin karakteri olduğunu kabul ettiğini ve bunun şekillenmesinde astrolojik anlamda burcunun da etkili olduğunu düşündüğünü *“Bu benim karakterimmiş, ona ikna oldum... Yengeç burcuyum benim burcumun özelliğiymiş aslında bu yani öyle düşün.”* ifadelerinden çıkarımlamak mümkündür. Bu anlamda bilimsel olmayan inanışlar internetin bu yöndeki yaygın etkisinin bireylerin kendini tanımlamaları için bir araç olmaktadır. Dolayısıyla bir duygunun tıbbileşmesi yalnızca o duygunun tıbbi terimlerle olan ifade edilişiyle ilgili olmamaktadır. Duygunun olağanın dışında tanımlanması tıbbileştirme yoluyla olmaktadırken bunun sebebi olarak görülen meseleler kişilerin düşünsel yatkınlıklarıyla ilişki içerisinde.

... Bir gün ne oldu? Şeyi kaybettim, ilacı kaybettim. Kaybettiğim zaman bir baktım şey, kuruyorum kafamda. Bu sefer bak ilacı almadım böyle oldu, ilacı alınca tamam insana olan bağımlılığımı bitirdin ama bu sefer ilaca bağımlılık başlattın bana... Bir kutu bitti sadece ondan sonra zaten işte 3-5 tane kalmıştı onu bulamayınca baktım, şey değişiyor yani. Tamam, ona, buna, insana bağlamıyorsun ama ilaca bağlanmışsın bir şey değişmiyor. O zaman niye kullanayım ki? İnsana bağlanayım daha iyi temiz, temiz, kimyasala bulaşmadan... (K15, Erkek, 34)

Kaygı bozukluğu tanısı alan başka bir erkek katılımcı (K16, Erkek, 36) ise ilaç kullanımının kendinde bir yan etki yapmadığını ifade etmekte ancak ilacı bırakma girişiminde bulunduktan kısa bir süre sonra rahatsızlığının tekrarladığını dile getirmektedir. Burada bireylerin yan etki kavramından ne anladıkları da yaşadıkları tedavi deneyimini yorumlamalarında etkili olmaktadır. Yan etki yalnızca ilaç alındığı zaman ilacın beklenen etkisine göre istenmeyen etkileri olarak tanımlandığında, yan etki yaşamadığını söyleyen hasta sayısı artmaktadır. Ancak yan etki kavramı daha uzun vadede bireyin yaşamına etki edebilen bir yelpazeden açıklandığında, kullanılan bir ilacın bırakıldıktan sonra aynı sıkıntıları tekrar etmesi ve dolayısıyla bireylerin yeniden ilaç tedavisine yönelmesi, ilaç bağımlılığına elverişli hale getiren etki olarak karşımıza çıkmaktadır.

...mesela bu psikolojik ilaçlarda. Belli bir miligram da başlatıyor...Bakıyor durumunda bir iyileşme varsa dozu düşülebiliyor. Eğer yoksa dozu arttırabiliyor veya aynı seyrinde devam edelim diyor.

Bir de şöyle bir cevap, bu ilaçları bir anda bırakamıyorsun, bıraktığın zaman tekrardan aynı yere geliyor...yan etki yaşamadım...bir ara bıraktım. Şöyle, kendimi iyi hissettiğim için hani gitmeyeyim dedim falan bir ay idare ettim. Bir ay sonra rahatsızlık tekrar başladı. Bir anda biraz yani hap bitti, yani ilaç bitti. Randevu almadım, iyiyim de dedim kendi kendime ama. Bir ay içerisinde tekrar başladı, tekrar gittim yine başladım. (K16, Erkek,36)

Küçük yaşta ailesinin isteğiyle iştahsızlık problemi sebebiyle psikiyatriste götürülen erkek katılımcının (K8, Erkek, 27) ilacı kullandıktan sonra yaşadığı deneyim ise mevcut durumunu daha da kötüleştirmesi olmaktadır. Yaş itibariyle yarım kapsül kullanmasına rağmen çok fazla uykulu hissettiğini dile getiren katılımcı bu süreci “...*Yarım kapsül kullanıyordum sadece. Ama çok fazla uyku yapıyordu. Yani sabah kalkamıyordum. Gün içerisinde uykulu oluyordum zaten çok halsiz bir bünyeye sahipken daha da halsiz bir bünyeye büründüm...*” şeklinde aktarmıştır. Uykulu halin kendisinde tembelliğe yol açtığını ve efor sarf edecek enerjisi olmadığına acımadığı için iştahının daha da kapandığını, devamında ise ilacı bıraktığını söylemiştir.

Uykulu hâl bende daha da tembelleşme yaptı. Hani halsizlik vardı, iştahım kapalıydı. Hareket edemediğim için daha da iştahım kapanıyordu. Çünkü hani bir enerji harcamıyordum. Yaş gereği enerji harcamam gerekiyor ki acıkayım sürecindeydim...Sonra kendimiz bıraktık çünkü hani baktık faydadan çok zararı dokunmaya başladı. (K18, Erkek,27)

Ergenlik döneminde öğretmenlerinin ailesiyle konuşması üzerine dikkat dağınıklığı sorunuyla psikiyatriste gitmeye başlayan erkek katılımcı (K20, Erkek, 24), 2 yıl boyunca sürekli doz artışı yapılmasına rağmen herhangi bir etki ve yan etki görmediğini ancak en yüksek doza kadar istikrarlı bir şekilde *çıkıldığını* “*Hiçbir değişiklik hissetmedim. İlk seansta yazıldı. Sonra ilacı kullandım...dozu artırıldı...Bir etki de görmedim ama yazmaya devam ettiler. 2 yıl boyunca ilacın dozunu arttırdılar. En son en yüksek dozdaydı yine bir işe yaramadı. Hiçbir etkisi olmadı, hiçbir.*” Cümleleriyle anlatmıştır. Aynı katılımcı (K20, Erkek, 24) ayrıca duygusal bağlanma ve ilişkilerini sürdürme konusunda da sıkıntılar yaşadığını belirterek bunun için bir uzman desteği almayı düşündüğünü “...*Bir de şu an mesela ilişkisel problemlerim var...Bağlanamıyorum, birini sevmek istiyorum ama sürdüremiyorum...*” diyerek belirtmektedir. Postmodern öznenin duygusal bağlarda yaşadığı sıkıntılar hakkında ise Bauman, özellikle yakın ilişkilerdeki aşk, bağlılık, dostluk gibi duyguların buharlaşan bağlara dönüştüğünü söylemektedir. Bauman’a göre duygular artık “*cep boyu ilişkiler*” gibi kullan-at mantığıyla yaşanmakta, bağlanma korkusuyla kısa süreli deneyimlere indirgenmektedir (Bauman, 2005). Bu bağlamda postmodern çağın temel özelliklerinden biri olan hazcılık ve anlık tatmin arayışı, duyguların deneyimlenme biçimini kökten değiştirmiştir. Richard Sennett’e göre ise duyguların modern kapitalist toplumda nasıl yıpratıldığını tartışır. “*Karakter Aşınması*” adlı eserinde, sürekli rekabet, bireysel sorumluluk ve performans baskısının bireyleri

yüzeysel, kırılğan ve bağ kurmakta zorlanan varlıklara dönüştürdüğünü ileri sürer (Sennett, 2017). Bu durum, bireylerin iç dünyasını ve duygusal dayanıklılığını aşındırırken, *duyguların tıbbileştirilmesi* sürecini de hızlandırmaktadır.

3.2.6. Duyguların Cinsiyetlendirilmesi: “Erkek ağlayamaz o kaldırımda”

Geleneksel cinsiyete dayalı iş bölümü çerçevesinde kadın duygusal, narin, hassas, kırılğan (Chodorow, 1999; Oakley, 2016), detay gerektiren işlerde başarılı, şefkatli, hane içi sorumlulukları üstlenen olarak betimlenirken erkek güç, rekabet, bilgi (Connell, 2009; Kimmel, 2017) hane dışı sorumluluklar ve ekonomik gelir getirici rollerle ilişkilendirilmektedir.

Özellikle duygusal hastalıklar ve toplumsal cinsiyet rolleri arasında güçlü bir bağlantı kurulmasının sebebi (Ussherr, 2011; Lutz, 2018), ataerkil sistem içerisinde duygusal olanın ve olması da makbul olanın kadın olarak erkeğin ise duygusallıktan uzak, mantık ile özdeşleşen bir yapıda tanımlanmasıdır. Cinsiyete dayalı ayrışan toplumsal roller ve içselleştirilen pratikler bireylerin davranışlarına dönüşmesi suretiyle yeniden üretilmekte ve pekişmektedir. Bu durum da kısaca hiçbir cinsiyete doğuştan verili bir, role uyma yeteneğinin bulunmadığını, bireylerin -verili olduğunu düşünsele dahi- doğumdan ölüme diye ifade edilen sosyalizasyon sürecinde bu rollere uygun davranmayı öğrendiklerine işaret etmektedir. Söz konusu duygular olduğunda kadın neredeyse doğrudan duygulanım öznesi olarak görülmekte fakat erkekler için meşru sayılan duygular kadına kıyasla daha kısıtlı olabilmektedir. Bunun böyle bilinmesinin bir diğer nedeni ise yine toplumsal cinsiyet rollerine bağlı olarak, erkeğin duygularını göstermemesinin makbul sayılması ve ancak o zaman gücün temsili olabileceğinin düşünülmesidir. Bu durumda kadınların daha çok duygusal hastalık tanısı aldığını söylemek mümkün olmakta fakat bu toplumsal bir inşadan temellenmektedir. Ayrıca, kadınların kaygı, kırılğanlık ve duygusallık gibi hislerle özdeşleştirilmesi, onların yaşadığı duygusal deneyimlerin daha kolay “*hastalıklı*” olarak etiketlenmesine neden olmaktadır. Örneğin, aynı düzeyde stres yaşayan bir kadın ve bir erkeğin klinik değerlendirmesinde, kadın hastaya daha yüksek olasılıkla anksiyete bozukluğu teşhisi konulmakta; erkeğin ise yaşadığı duruma daha çok “*dışsal*” nedenlerle yaklaşılarak psikiyatrik bir etiket konulmaktan kaçınılabilmektedir (Möller-Leimkühler, 2024: 3). Ussher (2011) ise kadınların yaşadığı öfkenin sıklıkla depresyon tanısı altında bastırıldığını, erkek öfkesinin ise toplumsal olarak tolere edildiğini söylemektedir. Bu farklılaşma, yalnızca bireyin değil, sağlık sisteminin de toplumsal cinsiyet kalıpları doğrultusunda şekillendiğini göstermektedir.

Kadın ve erkeklerin duygularını nasıl anlamlandırdıkları ve duygusal sorunlarına nasıl çözüm ürettikleri çalışmamız kapsamında araştırılmıştır. Buna göre iki uzmanın da kadınlar ve

erkeklerin uzmana başvurma sebepleri ve duygusal problemlerini kabul etme oranları konusunda fikirleri benzerlik göstermektedir. Buna göre uzman katılımcı (U1, Kadın, 27), kadın ve erkeğin tedavi ve yardım arama davranışının farklılaşmasındaki sebepleri hem biyolojik hem de toplumsal sebeplerle açıklamaktadır. Kadınların duygularını daha rahat dışa vurmasına elverişli toplumsal rollere sahip olması ve erkeklerin daha baskın, duygusuz, sert, güçlü birey rollerine göre yetiştirilmesinin tanı alma noktasında kadınları ön plana çıkardığını ancak bunun yardım arama davranışına yatkınlık bağlamında bu şekilde olduğunu düşünmektedir. Beauvoir'e göre Kadınlar tarihsel olarak "*duygusal*" varlıklar olarak tanımlanırken; akıl, mantık ve iradeyle ilişkilendirilen erkeklik idealine karşıt olarak duyguya yakın, savunmasız ve tedavi edilmesi gereken bedenler olarak konumlandırılmışlardır (Beauvoir, 2010: 289). Erkeklerde ise duyguların bastırılması, özellikle de kırılganlık, üzüntü ve korku gibi duyguların bastırılması, *hegemonik erkeklik* normlarının bir sonucu olarak öne çıkmaktadır. Bu durum, erkeklerin psikiyatrik yardım arayışını ertelemesine, duygusal problemleri fiziksel belirtilerle ifade etmesine ya da öfke ve saldırganlık gibi toplumsal olarak daha "*erkekçe*" görülen tepkilerle dışa vurmasına yol açabilmektedir. Bu da demek olmaktadır ki eğer erkeklere yüklenen toplumsal roller duygularını daha rahat ifade ettiğinde "*erkekliği*" sarsan şeyler olarak görülmeseydi tanı alma oranlarının farklı seyredebileceğini söylemek mümkün olabilirdi.

...Tabii ki kadın ve erkek fark ediyor. Yani doğuştan bir hormon etkisi var tabi ki. Hani kadınların hormonları daha gelgitlidir, daha dengesiz. Ve erkekler daha tek düze yaşıyorlar. Öncelikle bu var zaten. İkinci olarak da toplum var. Yani kadınlar sürekli nazik, hanım hanımcık, sesi sakın yetiştiren bir toplum var. Erkekleri 'erkek gibi' tınak içinde işte öfkeli, sürekli ters, baskın yaşamaya iten bir toplum. Erkekleri ağlatmayan toplumlar, kadınlar ağladığında işte kadın ya o yüzden, hani kız olduğu için çok hassas, çok narin diyen bir toplumuz...Kadınlara baktığımız zaman. Duygu durum bozuklukları açısından daha elverişli hale getiriyor diyebilirim. Ama erkeklere baktığımız zaman daha çok öfkeli, daha çok işte ...Tanılama açısından erkekler çok elverişli değil bu duruma çünkü gitmek istemiyor, yani içine atıyor, ... erkeklerde duygu durum bozuklukları belki sandığımızdan daha fazla ama tanılama yok çünkü kabul etmiyor.... (U1, Kadın, 27)

Diğer uzman katılımcının (U2, Erkek, 36) görüşlerine göre kadın olmak hala toplumsal olarak önyargılarla çerçevelenmiş bir deneyim olarak aktarılmakta ve özellikle kırsal bölgelerde bu durumun yardım arama davranışı ve tedaviye erişim imkanını olumsuz etkileyen bir yanı bulunduğu söylenmektedir. Tanı farklılığına göre kadınların daha çok yeme bozuklukları, travmayla ilgili problemler, depresyon gibi hastalıkları daha çok deneyimlediği belirtilirken uyum sağlama problemleri, anksiyete veya kaygı sorunları daha ortak yani kadınlar ve erkeklerde benzer oranlara görülen hastalıklar olarak ifade edilmiştir. Erkeklerde ise bazı mesleki sorunların daha fazla görülebildiği ve üzüntü duygusu yerine öfkeyi daha kolay dile getirebildiği vurgulanmıştır. Bu bağlamda psikiyatrik tanı sistemlerinin, toplumsal cinsiyet

normlarını yeniden üreten ve pekiştiren mekanizmalar haline geldiğini söylemek mümkündür (Wakefield vd., 2007:101). Bu bağlamda “*duygusal hastalık*” tanılarının toplumsal cinsiyete göre dağılımı, yalnızca bireysel bir durum değil; ataerkil toplumsal düzenin kadınlara ve erkeklere attığı rollerle yakından ilişkili olduğu aşıkardır.

Kadın olmak bir dezavantajdır çünkü hala stigmatize edilmiş bir alandan bahsediyoruz. Yani tedaviye erişimlerinin daha düşük olduğunu biliyoruz özellikle de kırsal bölgelerde. Aslında dağılım anlamında da tabii ki farklılıklar var. Yemeyle ilgili sorunlar ya da işte travmayla ilgili problemler, depresyonla ilgili sorunlar kadınlarda daha sık görülürken, özellikle belli başlı uyum problemleri ya da anksiyeteyeyle ilgili sorunlar çok kadın- erkek ayırt etmeden aynı sıklıklarda görülebildiğini biliyoruz. Ya da özel mesleki bazı sorunların erkeklerde daha fazla ortaya çıktığını biliyoruz...Erkeklerin üzüntü yerine öfkeyi daha fazla ifade ettiklerini biliyoruz. Ya da kadınların toplumsal kodlarla alakalı olarak belki bazı duyguları daha rahat ifade edebildiğinden bahsedebiliriz ama öte yandan erkekler bir travmayı daha rahat anlatırken, kadınlar bir travmayı o kadar kolay anlatamıyorlar. Çünkü hayati risk altındalar. (U2, Erkek,36)

Bir kadın katılımcının (K7, Kadın, 73) vurguladığı nokta “...*Yani sadece kız doğuruyor diye karısını boşayan karısının üzerine kuma getiren var...Kadın cinayetlerine çok üzülüyorum. Yani anneler, çocuklarını, kızlarını bunlar için, erkekler için mi doğurmuşlar ya öldürsünler diye?*” cümlelerinde de anlaşılacağı üzere Türkiye’nin toplumsal gerçekliği açısından can alıcı bir nokta olmaktadır. Bu vurgunun sebebi olarak ise “*Ya kızım bizim toplumumuzda bir kere erkeklere çok önem verilmiş...oğlan doğurdum diye kadınlar çok şımartmışlar yani. Yani kadının değeri yok. Kadın erkeğin kölesi yani bu şekilde bakılıyor...Yani erkek daha güçlü diye istediği kadını yok ediyor*” ifadelerini dile getirmiştir. Zira Türkiye’de neredeyse gün aşırı gerçekleşen kadın cinayetlerine tanık olunmaktadır. Bu anlamda Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO, 2022) verilerine göre kadın cinayetlerinin %38’i partner şiddetiyle ilişkili olurken, Türkiye’de ise “*Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu*’nun 2024 yılı verilerine göre, 2023 yılında erkek şiddeti nedeniyle 315 kadının öldüğü bildirilmiştir. Bu durum özellikle kadınları ve ebeveynleri kaygı ve korkuya itmektedir. Kadınlardaki tanılanma sayısının yüksek olduğunu belirtmek ve ilaca yönlendirmek kolay iken kadınların sokakta rahatça yürüyemeyişini çözmek zor olandır. Sokak burada metaforik bir anlam taşımaktadır zira kadınlar bağlam farketmeksizin öldürülebilmekte ve bu çoğu zaman yakın çevreden, eş, eski eş, sevgili gibi duygusal bağların olduğu kişiler tarafından ev ortamında gerçekleşmektedir. Hukuki süreçte suçlunun haksız tahrik gibi sebeplerle cezai indirimler(Centel vd.,2017) alabilmek adına giyimine özen göstermesi, pişman olduğuna belirtmesi ve olayı duygusal bir hastalık veya patlama anı olarak anlatması duyguların fazla sınırlandırılmasının verdiği zarar kadar, duygusal hastalıklarının sınırsızlaşmasını da zarar vermektedir. Öfkenin hastalık olarak meşrulaşması süreci hakkında ise psikiyatr uzman katılımcı (U2, Erkek, 36) şunları dile getirmiştir:

...Her suç davranışı psikiyatrik bir problem değildir. Yani bu biraz adli psikiyatrinin alanına da girebilecek bir nokta. Yani suç her zaman suçtur. Psikiyatrik bir hastalıkla alaka kurmaya, bağlantılandırmaya çalışmak biraz işi de-kriminalize etmeye benzetiyorum. Dolayısıyla hani hukuki, adli alandaki sorumlulukların atlanmaması gerektiği kanaatindeyim. (U2, Erkek, 36)

Katılımcıların verileri ile uzmanların görüşleri birbiriyle tutarlıdır. Örneğin uzmana göre yeme bozuklukları, depresyon gibi duygusal kökenli problemlerin kadınlarda daha çok görülmesi, kadının bedeninin nasıl idealize edildiği ve sektörel olarak bunun nasıl pazarlandığıyla oldukça ilgilidir. Özellikle sosyal medya kullanımının yaygınlaşması kadınları kendi bedeni üzerine daha çok düşünmeye ve ideal hale getirmek için daha çok tüketmeye itmektedir. Kadınların bedenleri üzerinden yorumlanması, idealize edilmesi, moda, giyim, spor, beslenme sektörünün kadın bedenini merkeze alarak giriştiği ticari reklamlar ve faaliyetler, uzunca bir süredir kadınlar üzerinden varlığını sürdürmekteyken bu bağlamda erkeklerin ideal beden, giyim, beslenme, hijyene dair pratikleriyle donatılması kadınlara kıyasla çok daha yakın bir zaman önce gerçekleşmiştir.

Bir kadın katılımcının (K6, Kadın, 52) aktardıklarına göre katılımcı mide küçültme operasyonu geçirmeye sosyal medyada gördüğü uzmanlardan etkilenecek karar verdiğini belirtmiştir. Ancak bu kararın öncesinde çeşitli zayıflama çayları ve kapsülleri kullanmayı da denediğini ve sağlığından olabilecek boyutta etkiler yaşadığını aktarmıştır. Bu etkilerin sebebi olarak ise *“İnanmak istiyorsun çünkü...”* diyerek kişinin kendine fayda sağlayacağını düşündüğü şeylere karşı inanç beslemesinin etkili olduğunu anlatmıştır. Dolayısıyla ilk tecrübelerinden sonra daha temkinli yaklaşması gerektiğini düşünerek, mide küçültme operasyonu öncesi daha çok bilgi alışverişi yapmayı uygun görmüş ve sosyal medyada aktarılan yorum ve kullanıcı memnuniyeti gibi unsurların her zaman gerçekliği yansıtmadığını deneyimlediğini belirtmiştir. Mide küçültme ameliyatı olduktan sonra 35 kilo vermiş olmanın katılımcını duygu durumu üzerinde doğrudan belirleyici bir etkiye sahip olduğu söylenilebilmektedir. Çünkü *“Şimdi mesela psikolojinin, duygularının ya mesela insan kendini eşinin yanına yakıştıramaz mı?...Kıyafet giyiyorsun, giydiğin kıyafet zaten yakışmıyor, yürümek ona keza “.* ifadelerini kullanan katılımcıya göre zayıf olmak ve giydiği kıyafetin içinde nasıl durulması gerektiği gibi toplumsal belirlemeler, bireylerin kendilerine dönük düşüncelerini de şekillendirmektedir. Fakat kişinin özgüveni üzerinde etkili olduğu da *“Mesela, şimdi şu anda bir hoca ile görüşüp tekrar ehliyet alıp trafiğe çıkmayı düşünüyorum. Tekrar spor salonuna tekrar başlamak istiyorum. Aktif olmak istiyorum. İnsanlarla daha böyle...”* cümlelerinden anlaşılabileceğinin yanında bu kilolu olma veya olmama durumunun daha inşa edilen bir süreç olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Çünkü toplum bir ideal belirlediğinde ve geri kalan

tüm yaşamsal süreçler bu idealleri empoze ederek sektörleştğinde kilolu olmak yalnızca sağlıklı ve estetik durmayan bir görünüm anlamına değil aynı zamanda “yanlış, hatalı, iradesizlik” sıfatlarıyla nitelenme anlamına da gelebilmektedir. Toplumlar, “*sağlıklı kalma*”yı bir görev veya takıntı haline getirirken, bireyleri sürekli olarak bedenleri, ruh halleri ve performansları üzerinde denetim kurmaya zorlamaktadır. Bu durum, toplumsal ölçekte bir “*nevrotiklik*” yaratmakta, bireylerin gündelik yaşamlarına derin bir anksiyete katmaktadır. Modern birey, sürekli olarak bedenini, zihnini ve ruh halini kontrol etme baskısı altındadır. Bu durum Foucault’un (2003) biyopolitika kavramıyla ilişkilendirilebilecek “hiper kontrol” olarak tanımlanan bir yönetimsellik biçimini yansıtmaktadır. Bu bağlamda “*Karşımda kendi ailem mesela çevremde bazı kişiler gerçekten beni seven kişiler benim hiç kilolu olduğumu bana lanse etmediler...*” ifadesi katılımcının (K6, Kadın, 52) kilolu olmayı karşı taraftan lanse edilecek bir şeymiş gibi algıladığını göstermektedir. Kendisini kilolu olmasına rağmen bunun hissettirilmediği biri olarak anlatması ise mevcut bir hatasına rağmen yüzüne vurulmadığı gibi bir anlatımı çağrıştırmaktadır. Bu sürecin devamı ötekileştirme, damgalama, linç kültürünün etkisiyle derinleşmektedir. Kilolu olmaya yüklenen kültürel anlam tarihsel süreç içerisinde değişime uğradıkça önceden balık etli veya yağ oranı yüksek kadın olmanın daha ‘uygun’ olarak görüldüğü gerçeği zamanla yerini ‘zayıf, fit’ bir kadın olmanın daha ‘uygun ve ideal’ olarak algılanmasına yol açmıştır. Dolayısıyla her ne kadar kilolu olmaları sebebiyle belirli müdahalelere açık hale gelen bireyler sağlıklı olmayı öncelik sırası şeklinde açıklasa da katılımcının (K6, Kadın, 52) kendini eşinin yanına yakıştıramaması veya bir düğünde oynamayı dahi kendine uygun görmediğini anlatan “*Bir düğüne gidiyorsun veyahut bir eğlenceye gidiyorsun. Kalkıp kolunu kaldıramıyorsun misal*” ifadeleri, bu müdahalelerin uygulanabilir olarak kabul edilmesi yönünde toplumsal genel kabullerin etkili olduğunu da gözler önüne sermektedir. Özellikle bedenin kontrolü, disipline edilmesi ve yönetilmesi, modern toplumda sağlıklı olmanın yalnızca bir fizyolojik durum olarak değil aynı zamanda ahlaki ve sosyal bir sorumluluk olarak kurgulanmasına yol açmaktadır (Turner, 2008). Öte yandan katılımcının “*Yani sanki bir şey başarmışım aslında başardım. Evet ama. Çok da önemli bir şey başarmadım çünkü yardım alarak keşke ki boğazımdan mesela kendim kısararak vermiş olsaydım...*” şeklindeki ifadeleri mide küçültme operasyonunun tamamen kendi başarısıyla kilo vermek anlamına gelmediğini düşündürmekte ve istediği kiloya ulaşsa dahi bunu kendini takdir edeceği bir başarı olarak değerlendirmemesine neden olmaktadır. Çünkü kendi irade ve beslenme düzeniyle kilo vermek istediğini ancak bunu yapamadığı için operasyonu uygun gördüğünü dile getirmiştir. Bu da göstermektedir ki bireyler kilo vermeyi yalnızca bir sonuç olarak değil aynı zamanda bireysel başarıya giden bir yol olarak da görmektedirler. Bireyler

tuvalet, uyku gibi başka temel ihtiyaçlarının gerçekleştirdiklerinde bunu başarı ve tatminle bağdaştırmazken söz konusu beslenme olduğunda bunun kontroölünü sağlayıp sağlayamamak açısından başarı ve başarısızlıkla bağdaştırmaktadırlar. Bu da kendi imkanlarıyla kilo veremeyen bireylerin kendilerini hem özgüvensiz hem başarısız hem de sağlıksız hissetmelerine sebep olarak çok yönlü bir olumsuz duygulanıma sebep olabilmektedir.

Toplumsal cinsiyet ve duyguların ilişkisi incelenirken bazı katılımcıların kadın ve erkek olmaya yüklediği anlamlar yol gösterici olmaktadır. Bu anlamlar yine deneyimlenen cinsiyete, yaşa, toplumsal statüye göre değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin bir kadın katılımcıya göre (K1, Kadın, 70), kadınların ve erkeklerin farklı duygularla tanımlanması erkeğin daha ev dışındaki hayatla ilgilenmesi ve tecrübeli olmasından kaynaklanmaktayken kadınların duygularını daha çabuk dışa vurması bazen “kadınlığın kullanımı” olarak değerlendirilmektedir. Bir kadının kadınlığını kullanmasından kasıt duygularını daha açık ifade edebilmesinden temellenmekte ve bu da bariz bir biçimde kadınlık ve duyguların dışa vurumunun doğrudan bağlantılandırıldığını göstermektedir. Ataerkil değerlerin geçmiş zamana kıyasla birçok alanda çözülmeye başladığı gerçeğine zıt olarak aslında kılıf değiştirerek yeniden üretildiğini ve artık daha görünmez bir biçimde çok yönlü şekillerde içselleştirilmesinin önünün açıldığını göstermektedir.

Bana erkekler daha bir ağır gibi geliyor kadınlar daha...Sevecen mi desem nasıl desem? Daha çok kendini kadınlar belirtebiliyor da erkekler pek duygularını belirtmiyor. Şimdi erkek artı dışarıda daha çok yani dış sorunlarla karşılaştığı için daha ağır olarak kalıyor ama ev dışında sorunlarla karşılaşmayı alışık olduğu için daha ağır, daha soğukkanlı olabiliyorlar ama trafikte de öyle olmuyor. Trafikte aksine daha çok insanlar sinirli oluyor, gerçek şeylerini açığa da çıkarıyorlar trafikte. Kadınlar bazen böyle çok feryat figan bir şey ederek kendi duygularını, kadınlıklarını kullanıyor. Yani şimdi mesela öyle bir kalıp var ki kibar erkeklerle bile hep gey misin diyorlar. Eskiden halbuki İstanbul beyefendisi kibar olmak iyi bir şeydi. (K1, Kadın, 70)

Başka bir kadın katılımcının (K12, Kadın, 24) düşünceleri ise toplumsal olarak belirlenen rollerin kadın ve erkek olarak farklı duyguları de belirlediğini ancak bunların yanlış olduğu oluşturmaktadır. Öfkeyi bir erkek duygusu gibi görmenin kadında bu duygunun yeri yokmuş gibi algılanmasına sebep olabileceği; benzer şekilde bir cenazede kadınların daha rahat ağlarken erkeklerin metanetini koruması gerektiği gibi kalıpların sınırlayıcı olduğu düşünülmektedir. Katılımcının (K12, Kadın, 24) “*Hani tamam belki trafikte arabadan çıkıp diklenmek onun için daha dezavantajlı bir şey olacaktır ama arabanın içinde küfretmeye aynı derecede sinirlenmeye hakkı var.*” İfadeleri önemli bir noktayı anlatır gözükmektedir. Zira katılımcının bir yere kadar kadınların da trafikte erkekler gibi davranabileceğini belirtirken fiziksel olarak eyleme geçmenin kadın için daha dezavantajlı bir durum yaratabileceğini eklemeden geçmemektedir. Bu da söz konusu duyguların dışa vurumu dahi olduğunda

toplumsal birtakım sınırlamalarla karşı karşıya olduğunu göstermektedir. Kadının zarar görme ihtimalinin erkekten çok olarak değerlendirilmesi, kadının şiddet içerebilecek davranışlardan uzak durması için bir gerekçe olarak da düşünülebilmektedir.

...Sinir, böyle sadece erkek duygusuymuş gibi geliyor ama bir kadının da mesela ne bileyim araba sürüyorsun. Araba sürerken önüne biri kırdı. Erkek kalkıp küfreder, sinirlenir, arabadan çıkar oo falan yapar ya sanki kadınlar bunu yapmaması gerekiyormuş da yoluna devam etmesi gerekiyormuş gibi geliyor ama kadın da aynısını yapabilir. (K12, Kadın, 24)

Bir katılımcı (K2, Kadın, 38) kadınların daha çok yönlü, kırılgan fakat affedicilik özelliklerinin daha çok olduğunu ifade etmektedir. Erkeklerin daha tek yönlü bir duygulanım sergilediklerini ve kadınlar tarafından yönlendirilmeye açık olduğunu dile getirmiştir. Erkeğin kadının ona karşı söylediklerini içselleştirip o fikre inanabileceğini belirterek erkeğin durumları nasıl değerlendireceğinin koşulu olarak kadının ona durumu nasıl sunduğunu görmektedir.

Kadınlar daha duygusal daha ince detay düşünüyor. Erkekler düz bakıyor...Erkek bir hata yaptı diyelim, kadının gönlünü kolay alabilir hem çok kırılganlar hem de gönlü kolay alınabilir...Erkeğe bir bayan kolay yönlendirebilir zekasıyla... İşte beni seviyorsun dediğimde o erkek ona inanır ama sen beni aldatıyor musun dediğinde ona da yönelebilir... onun beynime ne sunarsanız ona inanabilir...Hani bir erkek televizyon izlerken sohbet edemez. Kadının hem televizyon adapte olup hem sohbeti hem başka bir iş yapabilir...erkekler de erkekliğini hissetmek ister dışısından hani onu işte örselemeyeceksin...Kadınlar fedakardır bir de. Erkek çok sorun istemiyor, onu tespit ettim...Kadın güçsüz olduğunda hasta olduğunda bile kadını iyi görmek istiyor. Hep iyi olsun ama bunu yapamaz ki kadın. (K2, Kadın, 38)

Bulgulara göre toplumsal cinsiyet rolleri bireyin dışında olup biten bir toplum tarafından tek taraflı dayatılan öğretilerden oluşmamaktadır. Bireyler bu rolleri içselleştirdikleri ölçüde kendilerini o rollere uygun tanımlamakta ve roller o ölçüde yeniden üretilmektedir. Cinsiyete dayalı iş bölümü kapsamında çok sayıda görev ve sorumluluğa sahip olan kadınların duygusal durumlarını cinsiyetten bağımsız düşünebilmek mümkün gözükmemektedir. Kadın olduğu için ağlamak, kadın olduğu için birden fazla işi aynı anda yapabilmek, kadın olduğu için eşinin hal ve duygularını etkileyebilmek ifadeleri “kadın olma” koşulundan sıyrılabilmesi ve ‘kadın olmak böyle tanımlandığı’ için açıklamalarıyla desteklenmelidir. Çünkü kadınlar, kadın oldukları için değil kadınların duygularını göstermesi daha olağan kabul edildiği için kamusal alanlarda dahi ağlayan bir kadın görmek daha olası olmaktadır.

Eşinden 27 yaşında boşanmış ve 2 çocuk annesi kadın bir katılımcı (K3, Kadın, 60), erkeklerin duygularını daha çok bastırdığını ve dışa vurma noktasında kadına kıyasla daha az gösterdiklerini söylemiştir. Öte yandan erkeklerin daha rahat olduğunu düşünmekte ve erkek olmayı isteyebileceğini ifade etmiştir. Eski eşinin evlenip çocuk sahibi olduğunu söylerken kendisi (K3, Kadın, 60) iki tane çocuk büyütmek zorunda olmanın sorumluluğunu üstlenmiş aynı zamanda bu sorumluluğun yanında toplumsal baskıya, dışlanmaya ve iftiralara maruz

kalmıştır. Eski eşinin evlenip çocuk sahibi olduğunu söylerken kendisi iki tane çocuk büyütmek zorunda olmanın sorumluluğunu üstlenmiş aynı zamanda bu sorumluluğun yanında toplumsal baskıya, dışlanmaya ve iftiralara maruz kalmıştır. Katılımcının (K3, Kadın, 60) anlattıklarına göre kadının boşandıktan sonra diğer evli kadınlar için eşlerini elinden alabilecek potansiyel bir tehlike olarak görülebilmesi, boşanan ve anne olan bir kadının mevcut duygusal hassasiyetini daha da olumsuz boyutlara ulaştırabilmektedir. Aynı zamanda potansiyel tehlike olarak görünen kadın iken tehlike olarak gören yine kadınlar olabilmektedir.

Şöyle, erkekler daha rahat erkek olmak isterdim aslında mesela babaları burada yaşıyor...Yani en azından işte başkalarının ailesi tarafından kıskanılmadı. İtilmedi. hor görülmedi. Sadece boşanmıştı. O Sadece boşanmıştı ama kadın öyle değil, sadece boşanmış değil. Kadın, tehlike. Ya kocamı elimden alırsan? Ya Ne yapayım ben seni kocanı? Ben zaten koca istiyorsam kendiminkinden boşanmazdım. Ha bu arada boşanmayı da ben istediğim için boşandım...O şimdi bak evlendi. Çocuğu var. Mutlu mu? Bilmiyorum. Ama ben evlenmedim evlenemezdim. Ben 2 tane çocuk büyütüyordum. Yani 27 yaşındaydım ben boşandığımda...Yani şimdi küçük yerde yaşıyorsun. Birçok söylenti çıkıyor (K3, Kadın, 60)

Anneliği sebebiyle çocuklarını öz bakımını üstlenen kadın olmakta ve erkek bu süreçte sorumluluklarından daha azade bir yaşam sürebilmektedir. Fakat kadının boşanma süreci yaşanan şehir hatta mahalle, ekonomik durum gibi etkenlerden dahi daha kolay etkilenebilmekte ve süreç daha kırılgan ilerlemektedir. Katılımcı (K3, Kadın, 60) yaşadığı yerin küçük yer olması sebebiyle dedikodu ve iftiralara daha fazla maruz kaldığını ifade etmektedir. Öyle ki boşanmak isteyen kişinin kendisi olduğunu belirtme ihtiyacı duymuş ve boşanmak isteyen kendisi olduğunda sürecini anlatırken yaşadığı haksızlıklara verdiği tepkinin daha meşru görülebileceğini düşünmüş gözükmektedir. Bu da boşanan bir kadının yalnızca boşandıktan sonrasında değil boşanma kararının ne şartlarda ve kim tarafından alındığından dahi damgalanma riskinin olduğunu düşündürmektedir. Yaşadığı yerin küçük yer olması ve zamanla kendini kabul ettirdiğini düşünmesi üzerine kirada oturduğu evde soba zehirlenmesi geçirmelerine rağmen yine de alıştığı ve kendine alışan mahalleliden ve binadan gitmek istemediğini “*Mesela ben 26 yıl orada aynı evde oturdum, ev değiştirmedim. Sebebi de insanlar beni tanımışlar. Ben kötü biri değilim. Kimsenin eşine karşı bir şeyim yok. Art niyetim yok. Onlar beni tanıdı, ben onları tanıdım, başka yere taşınmayı göze alamadım.*” şeklinde dile getirmiştir. Bu da yaşanan şehrin insan duyguları üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır. Zira küçük ve daha çok insanın birbirini tanıdığı bir şehirde yaşamak, boşanan bir kadının toplumsal olarak damgalanmasını ve boşanmış olmanın kimliğinin önüne geçmesinin, söz konusu canı dahi olsa alışkanlıklarından kolay vazgeçememesine neden olmaktadır. Bu da toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin artmasının bireysel gibi algılanan birçok deneyimin nasıl yaşanacağını belirlediğini gözler önüne sermektedir.

Örneğin Gallup ve BM Sürdürülebilir Kalkınma Çözümleri Ağı ile yapılan “*Dünya Mutluluk Raporu’ndaki (2025)*” analizlere göre en mutlu ülkeler listesinin ilk sıralarını Kuzey Avrupa ülkeleri oluşturmakta ve Finlandiya, sekizinci kez üst üste birinci sırada yer alırken; Danimarka, İzlanda, İsveç ve Hollanda gibi diğer İskandinav ülkeleri de ilk beşte konumlanmıştır. Bu ülkelerin yüksek yaşam memnuniyetine sahip olmalarında başta cinsiyet eşitliği politikaları, sosyal refah devleti uygulamaları, güçlü toplumsal destek ağları ve yüksek yaşam standartlarının belirleyici rol oynadığı görülmektedir (World Happiness Report, 2024). Norveç örneği, özellikle toplumsal cinsiyet eşitliği ve ruh sağlığına erişim bakımından dikkat çekmekte ve Norveç’in, 2024 yılında yedinci sırada yer alarak istikrarlı yüksek mutluluk düzeyini koruduğu görülmektedir. Refah devleti politikaları sayesinde bireyler ruh sağlığı hizmetlerinden ücretsiz ve yaygın biçimde faydalanabilmekte, bu durum özellikle duygusal sağlık göstergelerinde cinsiyetler arası farkların azaltılmasının katkısını ortaya koymaktadır (Euronews, 2024). Katılımcı (K3, Kadın, 60) toplumsal cinsiyet eşitsizliklerine örnek oluşturan deneyimlerini şöyle aktarmıştır:

...Küçük bir ortamda, yaşıyorsan çok etkiliyor. Yani. Ben. Sungurlu’da yaşıyordum...26 yıl kadar kaldım. Boşanma sürecim orada gerçekleşti...Herkes seni tanıyor ve kimseye bir şey anlatamıyorsun. Artık boşanmışlığın verdiği bir şeyle kimseye yaklaşamıyorsun. Çünkü kıskanıyorlar eşlerini karşıdakiler. Olur, olmadık şeyler söyleyebiliyorlar...O yüzden insanlar bana diyordu ki senin komşuluğun yok ama bilmiyorlar ki ben yaklaşamıyorum Kimseye. artı Bir de genç olmanın verdiği şeyle gerçekten bazı kişilerin sana karşı hissettikleri kötü şeyler beklentileri farklı şeyler anlatabildim mi?... Benim göğsüm yok, protez kullanıyorum. Ben orada bu ameliyatı olduğunu söyleyemedim yani. (K3, Kadın, 60)

Bir başka kadın katılımcı(K8, Kadın, 39) kadınlar ve erkeklerin duyguları hakkında konuşurken iş yerindeki erkek bir arkadaşının borcu olduğu için moralini bozuk gördüğü bir dönemde yaşadığı deneyimi kendi ifadeleriyle şu şekilde anlatmaktadır:

...Bir erkek için bu utanılacak bir şey. Çünkü toplumda sen bir erkeksin borca düşmüşsün, becerememişsin, çalışmışsın ama parayı yönetememişsin, dibe inmişsin. Bu onun için gurur ve onur kırıcı bir şey...Kadın olsaydı, kocasının yanına gidip ya ben döndüremedim, bu işi yapamadım diyebilirdi. Neden? Çünkü kadınların bu tarz şeylerde hep hata yapar etiketi var. Toplumda bence bu böyle. Kadın aklıyla o kadar yapabildi kısmına geliyor. Erkek bunu açık açık yapsa da diyemez. Çünkü hemen ya işte erkek adam ya nasıl böyle bir hataya düştü, nasıl yaptı, nasıl kandı moduna geçilir...Benim şurada kaldırımda ağlamam kimsenin gözüne batmaz ya ama hani erkek ağlayamaz o kaldırımda. (K8, Kadın, 39)

Katılımcının (K8, Kadın, 39) ifadelerine göre erkek olmak aynı zamanda maddi olarak yeterli olabilmekle bağdaştırılan rolleri de içerdiği için bir erkek borç yükünün altındayken problemlerini kadın kadar kolay ifade edemeye bilmektedir. Bu da hem borçlu ve parasını yönetemeyen bir erkek olmanın erkeğin otorite ve yeterliliğini sarsması bakımından hem de

kadının maddi konularda daha hata yapabilir olarak görülmesi bakımından yorumlanabilir. Borçlu kadının eşine gidip durumunu daha rahat ifade edebileceğini ve destek talep edebileceğini düşünen katılımcı, söz konusu erkek olduğunda bunu dile getiremeyerek o sıkıntıyla kendi başına mücadele etmeyi tercih edebildiğini düşünmektedir. Bu da erkeklerin maddi temelli sıkıntılarında yalnızlık, çaresizlik, yetersizlik gibi duygulanımlara girmesine neden olabilmektedir. Öte yandan erkek katılımcıların ifadeleri de ekonomik yükün kendilerindeki olumsuz yansımalarını destekler niteliktedir. Örneğin bir erkek katılımcı (K13, Erkek, 35) ekonomik problemleri çözmenin erkeğe düştüğünü ve erkeğin başarısız olma lüksüne sahip olmadığını *“30 yaşında bir erkek evde işsiz, güçsüz yatıyorsa artık anası bile sevmemeye başlar ama bir kadın için aynı şey söz konusu değil...”* ifadeleriyle aktarmıştır. Bir diğer erkek katılımcının (K15, Erkek, 34) katılımcının *“Eğer evliyse ve borcu varsa da bir kadının borcu yoktur. O borç adamın borcudur. Ayrı bir kesesi de yoktur.”* şeklindeki ifadeleri de bu düşünceyi destekler niteliktedir. Başka bir erkek katılımcı (K20, Erkek, 24) da ekonomik yükün erkekleri sürekli bir yarış haline sokarak erkeklere pes etme şansı tanımadığını düşünmektedir: *“Erkek ağlamaz, erkek savaşmalı, erkek pes edemez ve bu çocukluğumuzdan beri bize aktarılan bir şey olduğu için bu da bizi yoruyor.”* diye devam eden katılımcının sözlerine göre gücün erkekle bu kadar bağdaşması sosyalizasyon sürecinin başından itibaren inşa edilmekte ve bu da erkeklerde kaygı üretimine zemin oluşturmaktadır. Annesinin kendisine dediği cümleyi *“Yani en basitinden hem annemin söylediği bir cümle. Yani hani karına bakamayacaksan evlenme....”* aktaran katılımcı bu konudaki diğer görüşlerini şu şekilde açıklamıştır:

...Belki de pes etsek bir süre toparlayacağız. Daha da iyi bir şekilde geri döneceğiz. Ama böyle öğrendik, böyle yaşıyoruz gibi bir şey...Mesela güç erkeğe empoze edilmiş bir şey, güç, hükümet, hükümet, güç. Şu anda ne güç? şu anda para. Bir erkeğin parası bitmemeli...O yüzden daha çok çalışkan olayım, sürekli çalışmalıyım, dinlenmemeliyim, pes etmemeliyim...Sürekli bir yarış yani. Kendi içinde yarış, etrafındakilerle yarış, yaşlılarla yarış, ailenle yarış, sürekli yarış içindeyim. (K20, Erkek, 24)

Erkeğin ekonomik sıkıntılar çekmesinin kendini değersiz ve ezilmiş hissedeceğini belirten erkek katılımcı (K15, Erkek, 34), bir kadın borçta olduğunda erkeğin onu toparlayabileceğini ancak borçta olan erkek olduğunda bunun böyle seyretmeyeceğini *“...Erkek ezik hisseder, kadın hissetmez, erkek hissettirmez onu...Ama borçlu erkeğin hissetmeme ihtimali yok...Ama bir kadın ezik hissediyorsa, erkek onu toparlar.”* sözleriyle açıklamaktadır.

Panik atak tanısı alan erkek katılımcı (K16, Erkek, 36), kadın ve erkeklerin farklı duygulara sahip olduğunu düşünmekte ve bunu eril ve dişil enerji kavramlarıyla açıklarken *“...Tabii şöyle, eril enerji ve dişil enerji durumu var ya erkekler biraz daha kendine*

yediremiyorlar o duyguları çok göstermeyi...Kadın ağlasa da bir tuhaf bakmıyorsun ama erkekler ağlayınca bir tuhaf bakılıyor.” ifadelerini kullanmaktadır. Katılımcı (K16, Erkek, 36) kendi geçmişinde yaşadığı ekonomik sıkıntıdan örnek vererek belki bir kadın olsa daha çabuk atlabileceğini fakat erkeklik rollerinin kendisini o yönetilemez bir sürece sokmuş olabileceğini aşağıdaki cümleleriyle aktarmaktadır:

Belki onların da içinde fırtınalar koyuyor ama gösteremiyorlar, kendilerini tutuyorlar...Mesela dedim ya iflas ettiğimde hep dedim ya kafama taktım diye ondan dolayı yani bir kadın olsa belki bunu rahatlıkla dışarıya anlatır. Daha kolay atlabilirdi ama ben de hep içime attım o da ondan sonra bir yerde de patladı zaten. Sonra yönetemez bir hale dönüştü. (K16, Erkek, 36)

Özellikle son yıllarda sosyal medyanın da etkisiyle yaygınlaşan cinsiyetlerin enerji bağlamında açıklanması giderek hız kazanmakta ve yalnızca kadınlar tarafından değil erkekler tarafından da kabul görmektedir. Eril ve dişil biyolojik, kadın ve erkeğin ise toplumsal cinsiyetler olduğunu hatırlatmakla birlikte, günümüzde biyolojik isimlerle anılan yeni birtakım kavramsallaştırmaların da toplumsal cinsiyet rollerini yeniden ürettiğini söylemek mümkündür. Böylelikle biyolojik gerçekliğe toplumsal roller yüklenerek “eril enerji” ve “dişil enerji” şeklinde tanımlamalar ve sınıflandırmalar yapılmaktadır. Bu tanımlamalar kadın ve erkeklerin özellikle karşı cinse karşı nasıl davranırlarsa daha “kadınsı” ve nasıl davranırlarsa daha “erkeksi” olduklarını anlatmaktadır. Bu da bireylerin duygusal ve davranışsal sorumluluklarını taşımalarında özneyi kendine yabancılaştıran bir seyir izlemektedir. Zira bireyler yaşadıkları duyguları ve bunları dışa vurduğu davranışlarını taşıdıkları enerjiyle açıklama eğilimde olduklarında altta yatan sebeplere yoğunlaşmak ve problemleri anlamlandırmak daha zor olabilmektedir.

Erkek katılımcı (K18, Erkek, 27), duyguların cinsiyetlendirilmesi konusunda fikirlerini söylerken şu ifadeleri kullanmıştır “*Burada cinsiyet ayrımı yapmıyorum. Çok ağlak erkek de var. Çok güçlü kadın da var. Gözünden yaş akmayan kadın da var, onu bilmezsin hani o şeyi ayırmam, kadın erkek ayrımını yapmam...*” şeklinde bir ifade bulunurken bu ifade, bireylerin zaman zaman içselleştirdikleri değer ve normların farkında olamadıklarını ve bunu ifade ederken istemeden hissettirebildiklerini göstermektedir. Zira katılımcının cinsiyet ayrımı yapmadığını belirtirken duygusal erkeğin “ağlak” ve güçlü kadını da “gözünden yaş akmayan” şeklinde ifade etmesi toplum tarafından dayatılan ve kültür aracılığıyla aktarılan değerlerin ne denli içselleştirildiğini ortaya koymaktadır.

3.2.7. Sosyoekonomik Bağlam: “Cebimde param yok diye hayatıma birini almak istemiyorum”

Toplumsal cinsiyet ve duygular başlığı altında da değinildiği üzere sosyoekonomik eşitsizlikler ve yoksunluklar, işsiz veya borçlu olma hali bireylerin duygularını doğrudan etkileyen faktörler olmaktadır. Alain Ehrenberg’in performans toplumu kavramını burada, depresyonu modern toplumun “*yeterince iyi olamama*” duygusunun bir sonucu olarak açıkladığını söylemek mümkün olabilmektedir. İşsizlik, borçluluk, güvencesiz çalışma koşulları, barınma krizleri ve yüksek yaşam maliyetleri gibi yapısal faktörler bireyin gündelik yaşamında kronik stres, kaygı ve huzursuzluk yaratabilmektedir. Maturo bu süreci “*sağlığın ahlaki bir zorunluluğa dönüşmesi*” üzerinden okumaktadır. Zira borç sadece ekonomik bir mesele değil, bireyin kendini *yeterli hissetmemesine, değersizlik* duygularına ve nihayetinde *depresyona* kadar varan bir psikolojik çözülmeye neden olabilmektedir. (Maturo, 2012:68). Duygular bağlamında da bu depresyon, kaygı, stres ya da üzüntü gibi haller sadece bireyin iç dünyasına ait değil; toplumsal yapıların bireyde bıraktığı izler olmakta yani neoliberal öznenin “kendiyi savaştığını” ifade etmektedir. Örneğin Japonya’da borç nedeniyle intihar eden bireylerin sayısı 2022 yılında 3000’e yaklaşmıştır (Japan Times, 2022). Türkiye’de de 2023 yılında İcra Dairesi verilerine göre toplam 32 milyonun üzerinde dosya bulunmakta ve kişisel iflaslar nedeniyle psikolojik destek arayan birey sayısında önemli bir artış yaşanmaktadır (TÜİK, 2023). Ekonomik daralma dönemlerinde depresyon, kaygı bozukluğu ve intihar oranlarında paralel bir yükseliş saptanmıştır (Yılmaz vd., 2021: 104). Bu da tıbbileşen duygusal hastalıkların sosyoekonomik koşullarla olan ilişkisini göstermektedir.

Katılımcılara işsizliğin ve borçluluğun duyguları nasıl etkilediği sorulduğunda tüm katılımcılar duygularla doğrudan alakalı olarak değerlendirdiğini ifade etmiştir. Özellikle erkek katılımcılar borcun ve işsizliğin kendilerini kadınlara kıyasla daha çok etkilediğini ve bunun duygusal bir yük oluşturduğunu belirtmişlerdir. Bazı katılımcılar borçluluk, işsizlik ve suç olgusu arasında bağlantı kurmuş; bazı katılımcılar ise işsizlik, borçluluk, yoksulluk gibi ekonomik durumların aile yaşantısını olumsuz etkileyeceğini belirtmiştir. İş hayatı ve ekonomik durum bireylerin özel alanlarında geçirdiği zamanını ve planlamaları doğrudan etkileyen (Sennett, 2008: 68), bireye hem bireysel hem toplumsal anlamda işlevsellik kazandıran, yeterli hissedip hissetmemesine doğrudan etki eden ve özgüvenini etkileyen olgulardır. Daha dengeli ekonomik, politik ilişkiler daha dengeli ruh hallerinin oluşmasında oldukça etkilidir (Lazzarato, 2012). Toplumsal yapıdaki eşitsizlikler ve güç dengesizlikleri, sosyal ilişkilerdeki kırılmalıkları ve ruhsal problemleri artırmakta ve derinleştirmektedir. Ayrıca yoksulluğun da zaman içerisinde yeni anlamlar kazanmasıyla “çalışan yoksulluğu (Bauman, 2011; Standing,

2014)” gibi bir kavramdan da söz etmek mümkündür. Sosyolojik olarak bu kavram, özellikle neoliberal politikalar, güvencesizleşme, düşük ücretler ve iş güvencesinin ortadan kalkması ile ilişkilendirilir. Çalışan katılımcılardan ekonomik durumun duygularını etkilediğini belirtenlerin çoğu çalışıyor olmalarına rağmen ekonominin zorlayıcı yönüne vurgu yapmaktadırlar. Zira kültürel kodlar bu süreçlerden bağımsız oluşmamaktadır ve bu kültürel kodlar aracılığıyla etkileşime giren bireyler bu durumdan doğrudan etkilenmektedirler. Bireysel algılanan çoğu problemin temeli toplumsal dinamikler içerisinde inşa edilmekte ve değerler, inanışlar, yüceltilen ve aşağı görülen pratikler ve duygular bu dinamikler içerisinde şekillenmektedir. Katılımcılar günümüzde yaşamın her alanında paraya ihtiyaç duyulmasından hareketle hem borçlu olmanın hem de işsiz olmanın ayrı ayrı olumsuz yansımalarına örneklerle açıklama getirmişlerdir. Örneğin bir katılımcı (K1, Kadın, 70) bu yansımayı, *“Tamamen kişiliğini değersizleştiriyor...Ekonomik durumu kötü olması kişinin hele erkeklerde daha fazla, kadın evde gene bir şeyler üretebilir ama erkek parası olmadığı zaman tamamen neşesiz, sosyal hayatın dışında, değersiz olarak hissediyor.”* Cümlelerini kurarak ifade etmektedir. Bir başka katılımcı (K20, Erkek, 24) da işsizlik ve borçlu olma halinin bireyleri değersiz, neşesiz, sosyal hayattan dışlanmış hissettirdiğini ifade etmekte ve yaptığı eylemlerden zevk alamamasına, kaliteli bir uyku uyuyamamasına kadar uzanan neticeler doğurabileceğini belirtmektedir.

Yani her çeşit strese sokuyor insanı....Stresli bir insan mutlu olamaz. Yani borç da bunu kampçılar öyle söyleyeyim. Benim borcum var ve rahat değilim. Hiçbir yerde yani gittiğim zaman yediğin yemekten zevk alamıyorsun, içtiğin kahveden zevk alamıyorsun, yatağına başını koyduğunda rahat uyuyamıyorsun. Çünkü ertesi günü düşünmek zorundasın. (K20, Erkek, 24)

Başka bir katılımcı (K19, Erkek, 26) ise üniversite mezunu bir işsiz olduğunu ve bu sebepten hayatına karşı cinsten birini almak istemediğini belirtmiştir. İşsizlik bireylerin kendilerine ve çevrelerine karşı yeterli ve özgüvenli hissetmeleri açısından oldukça olumsuz etkileyen bir durum olmaktadır.

Mesela üniversite mezunuyum. Belli bir alanda işte 6-7 sene çalışmışım ama gelmişler mesela asgari ücret teklif ediyorlar. Çünkü kalifiyeli eleman artık önemsiz. Ucuz eleman çok fazla var. Çok fazla ucuz eleman olduğu için böyle oluyor...Dedim ya cebimde param yok diye hayatıma birini almak istemiyorum. (K19, Erkek, 26)

İşsizlik ev borçluluk halleri, bireyde hem sosyal hem de duygusal anlamda bir yalnızlaşmaya yol açabilmektedir. Borçlu birey sadece ekonomik olarak değil, duygusal olarak da yetersizlik hissine kapılarak toplumdan geri çekilme eğilimi gösterebilmektedir. Simmel’in *“paranın nesneleştirici etkisi”* burada neoliberal çağda bireyin duygusal yaşamı üzerindeki baskıya dönüşmüştür. (Simmel, 2018: 314). 27 yaşındaki erkek katılımcı (18) ise toplumdaki bir kesimin fatura ödemelerini azaltmak için su, elektrik gibi harcamalarında daha temkinli davrandığını ifade ederek bu kimselerin borçlu ya da fazla kira ödemesi sebebiyle bu tür

davranışlara girmek zorunda olduğunu belirtmekte ve bu insanların mutlu olmasının beklenemeyeceğini söylemektedir.

...Şu anda toplumda elektriği daha az çalıştırmaya çalışan, makinayı daha az çalıştırmaya çalışan, duş bile almaktan kaçınan, daha yoksul yani bir tür kesim var. Bunlar genellikle ya borçlu ya da çok kiralar ödüyor hani. Gelirleri borç gibi kiraya giden kesim. Şimdi bu insanların mutlu olması nasıl bekleyebiliriz? (K18, Erkek, 27)

Bir katılımcı (K11, Kadın, 50) ise işsizliğin özellikle gençlerde kaygı ve endişeye sebep olduğunu ifade etmekte ve işe alım süreçlerindeki adaletsizliklere *“Yani gerçekten en çok hani işsizlik, eşitsizlik insanı çok çok kaygıya, ümitsizliğe yönlendiriyor ve şu anki gençlerimiz de zaten onları yaşıyor...Mesela gençler iş bulma konusunda. Kaygı ve endişeleri var yani. Çünkü herkes dayısının olduğu işe girebiliyor.”* cümleleriyle vurgu yapmaktadır. Üniversite mezunu olmanın işe girmek için yeterli bir kriter olmamasının yanında işe alım süreçlerinde haksızlıkların olması bireyleri umutsuzluğa itebilmekte ve yaşamlarına dair duygularını olumsuz etkilemektedir. Başka bir kadın katılımcı (K12, Kadın, 24) konuya dair düşüncelerini paylaşırken borçlu, işsiz veya yoksul olmanın barınma, beslenme, güvenlik gibi temel ihtiyaçları olumsuz etkileyebilme potansiyelini *“...Hani şimdi sen borçlusun, parasız kaldın ya da bir şey oldu işsiz kaldın. Evini nasıl geçindireceksin? Başını sokabileceğin bir evin kirasını nasıl ödeyeceksin?”* cümleleriyle aktarmaktadır. Başka bir kadın katılımcı (K2, Kadın, 38) ise ekonomik olarak zorda olma halinin aile içi ilişkilere yansıtacağını ve huzursuzluğa sebep olacağını *“...Yani bir hesabı ödeyemediğinde ya da evine istediği bir şeyi götüremediğinde ...Kesinlikle bu aralarındaki ilişkiye yansır. Bir borcunu ödemediğinde ne olacak?...Eşine patlayacaksın, üstüne o da sana patlayacak. Oradaki huzursuzluk çocuğa geçecek.”* şeklinde ifade etmektedir. Bir erkek katılımcı (K15, Erkek, 34) da ekonomik stresin aile içi ilişkilere yansıtacağını düşünerek bu düşüncelerini *“.... Evin içinde problemler başlar. Borcun varsa eşin ne kadar mükemmel bir insan olsun. Destekçi bir insan olsun. Senin borcun varsa sen eziklik hissedersin...”* diyerek açıklamıştır. Başka bir kadın katılımcı (K6, Kadın, 52) ise ekonomik stresin aile içi yaşantıdaki etkisini kendi yaşamı üzerinden örneklendirerek açıklamıştır.

...Sabah yataktan kalkmak için bir sebebin olmuyor. Anlatabildim mi? İşsizlik bile öyle yani...Ben buraya ilk geldiğim dönemde evi yeni almışız; oğlanın birisi üniversite kazanmış, üniversiteye gitmiş; öteki askere gitmiş...Ödemelerin hepsi üst üste geldi. Kendim çalışıyorum, eşim çalışıyor ama yetiremiyoruz. Bakıyorsun...Eşin gülüm, aşkım, hayatım derken adam düşünmekten sana gülüm aşkım, hayatım diyemiyor zaten sen de ona diyemiyorsun. (K6, Kadın, 52)

Katılımcıların ifadelerinden de görüldüğü üzere işsizlik ve borçlu olma hali aile içi yaşantıyı önemli ölçüde etkileyen durumlardır. Bireyler ekonomik olarak zorlayan süreçlerin eşler arasında ve devamında çocuklara da yansıyan problemlere, uzaklıklara ve tartışmalara yol açabileceğini düşünmektedirler. Örneğin katılımcı (K6, Kadın, 52) eşi ve kendinin çalışmasına

rağmen borç yükünün altından kalkamadıklarında birbirlerine olan duygusal davranışların da bu durumdan etkilendiğini anlatmıştır.

Bazı katılımcıların düşüncelerine göre ise işsizlik, borçluluk gibi durumlar ile suç arasında bir bağlantı bulunmaktadır. Bireylerin özellikle işsiz olduklarında para için yasal olmayan yollara başvurabilecekleri öngörülmektedir. Örneğin kadın bir katılımcının (K4, Kadın, 62) bu konudaki düşünceleri kendi ifadeleriyle aşağıda verilmiştir.

Ay nasıl etkilemez? Kızım aç köpek fırın deler derler, tamam mı? Öyle derler boşuna değil. Ne niye şimdi bir köpek şurada aç hiçbir şey bulamayacak, ne yapar bir umut duvarı böyle tırmalar oradan belki bir şey bulurum diye yırtmaya çalışmaz mı, işi gücü olmayan, parası olmayan ne yapacak? En sonunda senin benim üstüme saldıracak yani. Dükkânın camını kıracak bir yiyecek alacak. Senin kolumda benim elimde ne var, onu alacak evine girecek. Karısını dövecek, en azından ya aç çünkü. Aç insan her şeyi yapar. İşsiz insandan da her şey bekleyeceksin. İş yok. Gücü yok. Adam ne yapacak? (K4, Kadın, 62)

İşsizlik ve borçluluk olgusu yoksullukla da doğrudan bağlantılı kavramlardır. Ancak borçlu olmak yoksulluk anlamına gelmezken, yoksul olmak da işsiz anlamına gelmemektedir. Zira bireysel kredi kartı kullanımının yaygınlaşması ve dijitalleşen ödeme yöntemlerinin gelişmesi ve teşviki bireyleri daha kolay borçlandırabilmekte çünkü nakit ödeme yönteminde ödenilen paranın kontrolü daha mümkünken kredi kartı veya dijital ödeme yöntemlerinde harcamalar daha kontrolsüz olabilmektedir. Aynı zamanda kredi kartı borçluluğu bireylere ihtiyaç duyulduğu zaman kullanabildikleri bir araç olması bakımından da ödemesi göze alınabilir bir borç olarak görülebilmektedir. Öte yandan yoksulluk daha derin ve işsizlik ve borçluluğa kıyasla daha uzun bir sürece gönderme yapan bir toplumsal gerçekliktir. Bireyler işsiz olduklarında gelecek kaygısını daha fazla yaşayıp daha az masraf için tasarruf yöntemlerine başvurabilmektedirler. Bu anlamda duygusal ilişkiden uzak durmak da tasarruf etmenin bir yöntemi olarak gözükmekte ve kişi ne kadar az masrafa girebileceği bir yaşam sürerse işsizliğin olumsuzluklarından da o oranda az etkileneceğini düşünmektedir.

3.2.8. Kolektif Travmalardan Duygusal Hastalıklara

Pandemi, yangın, deprem, ülkelerin uyguladığı siyasi politikalar ve yaşamı diğer yönleriyle etkileyen toplumsal travmalar, bireylerin duygu durumlarını etkilemektedir ve bu duygular kolektif olarak hissedilen duygular olabilmektedir. Örneğin 2020 yılında yaşanan ve tüm Dünya Ülkelerinin yanında Türkiye'yi de etkileyen pandemi sürecinde yaşanan eve kapanma ve yaşam kayıpları bireylerin stres ve kaygı duygularını artırmakta öte yandan bazı katılımcılar (K1, Kadın, 70) yakınlarının cenazesine katılamadıklarını “...Eşim iki tane kardeşini pandemide kaybetti eve bile gidemedik baş sağlığına çünkü ev de karantinadaydı...” cümleleriyle dile getirmişlerdir. Deprem, yangın gibi afetlerde yeterli önlemler alınmadığında

çok sayıda insanı maddi ve manevi olarak etkileyebilmekte ve bireyler duygusal olarak örselenebilmektedir. Katılımcı (K1, Kadın, 70) “...Zamanında sorumluluk alınmadığı için sonuçları böyle oluyor. Türkiye’de en ucuz olan hayat olarak görülüyor artık yani...” diyerek düşüncelerini dile getirmiştir. Bireyler kendilerini değersiz, öteki, yalnız, çaresiz ve kaygılı hissettiklerini dile getirmektedirler. “Ya beni etkiledi. O deprem özellikle o sel, yangınlar çok üzüldüyorum yani. Yani etkiliyor insanları. Ben de olsam bunların yerinde biz de olabilirdik derim yani bende.” Şeklinde ifadelerde bulunan kadın katılımcı (K2, Kadın, 38) empati kurduğunu anlatarak toplumsal olayların diğer bireyler üzerindeki hatırlatıcı etkisini gözler önüne sermektedir.

Başka bir katılımcının (K4, Kadın, 62) ifadeleri Türkiye’de yaşayan insanların değersiz olduğu düşünceleri üzerinden ilerlemekte ve katılımcı göç ve duygu arasındaki bağlantıya da olanak sunacak fikirler dile getirmektedir. Zira göç olgusu yalnızca mekânsal bir yer değiştirme olarak değil kültürel bir adaptasyon süreci gerektiren uzun soluklu bir olgu olmaktadır (Arendt, 2017). Göç eden bireylerin duygu durumlarının karmaşık olduğu kadar, göç alan toplumdaki bireylerin duyguları da benzer ölçüde karmaşıklık içerebilmektedir. Çoğunlukla politik ya da politikalarla iyi veya kötü yönetilebilen göç süreçleri toplumdaki bireylerin tepkilerini göç eden kimselere yöneltmelerine neden olabilmektedir (Ahmed, 2014; Sayad, 2014). Bireyler kendi toplumlarında öteki hissedecek deneyimler yaşıyorlarsa bu toplumsal dışlama ve ötekileştirmenin boyutu da o kadar büyük olabilmektedir. Örneğin aşağıda kadın bir katılımcının (K4, Kadın, 62) Türkiye’ye göç eden Suriyeliler hakkındaki olumsuz düşünceleri ve sebepleri kendi ifadeleriyle verilmiştir.

...Bir de bunlar Türkiye’de insanların değeri olmaması falan çok etkiliyor...Biz de bir de özellikle yani Türk vatandaşının hiç değeri yok. Bak Suriyeliler falan bizden kıymetli. bir hastaneye git mesela sen orada randevu alıyorsun Bilmem ne oluyor elin Suriyelisi geliyor. Hiç şeysiz girip çıkıyor, oradan alıyor. 5 kuruş para da almıyor. Mesela bunlar beni çok etkiliyor. Tabii niye ben bu vatanın şeyi bi ferdiyim mesela dimi niye onlara öncelik tanıyorsun da bize hiç şey yapmıyorsun? Adamın birisi diyor. İzledim de. Artık içeri atarsa da atsın diyor. Bir şeyim kalmadı zaten en azından diyor orada beslesin beni diyor ya düşün hapiste beslenmeye razı adam yani. (K4, Kadın, 62)

Bir katılımcının (K6, Kadın, 52) ifadelerinde bireylerin yaşanan toplumsal olaylar sonucunda kendilerini değersiz, öteki ve kaygılı hissettikleri anlaşılmaktadır. Bireyler toplumsal olaylara yeterince önlem alınmadığını ifade ederek bazı yapılan iyileştirme çalışmalarının da adaletsiz olabildiğini eleştirmektedirler. Katılımcı (K6, Kadın, 52) duygularını olumsuz etkileyen toplumsal değerlendirmelerini aşağıdaki sözleriyle ifade etmiştir. Tıbbileşen duyguların çoğunlukla olumsuzluk atfedilen duygular olmasından hareketle (örneğin mutluluğa kıyasla korku, kaygı, öfke, mutsuzluk duygularının tıbbi çerçevede daha

çok açıklanması), bireyleri olumsuz etkileyen toplumsal koşulların da dolaylı olarak tıbbileştirmeyi etkileyebildiğini düşündürmektedir.

Ya aslında bakarsan hiç ıı doğru dürüst bir yasa yok ki. Hmm yani depremde o kadar insanlar mahvoldu. ...İnsanlar gerçekten mağdur oldu. O kadar insanlar öldü. Ben hiç onlar için bir kanun çıktığını ben zannetmiyorum. Görmüyorum yani. Ne deprem için ne yangın için...bizim insanlarımız da kötü. Çıkara döndürüyorlar çünkü şöyle söyleyeyim...Biz şu yangın bölgesinin bazen...eşimle beraber çıkıyoruz...Bazı insanlara fazlasından yılmışlar. Bazı insanlara bir şey vermemişler....Benim çok samimi olduğum bir arkadaşım var. Onun kız kardeşi sadece bahçeye gittiği zaman. Nasıl diyeyim. Sana bir çay demleyecek üstünü değiştirecek küçük bir baraka yapmıştı. O barakası yangında yandı, ev olarak gösterdi. Koca ev aldı. Sence bu hak mı adalet mi? Çok rahat madem bir şey yapıyorsa. Arkasını araştırıcaksın tabii ki arayacaksın. (K6, Kadın, 52)

Bazı katılımcılar (K11, Kadın, 50; K7, Kadın, 73; K18, Erkek, 27) yaşadıkları deprem, hayvanların öldürülmesi, siyasi tutuklamalar, atanamama gibi konularda haksızlıkların olduğunu düşünerek sitem etmektedirler. Örneğin kadın katılımcı (K11, Kadın, 50) bu bağlamda “*Mesela örneğin çoğu insanlar dışarıda KPSS. 90 puanla. Ama dereceler olsun başka yerler olsun, içerde adamı varsa sözleşmeli alıyor hiç sınava tabi tutmadan memur oluyor. Bu haksızlık yani değil mi?*” ifadelerini kullanmış benzer şekilde erkek katılımcı (K18, Erkek, 27) ise “*Şu anda ekonomik, siyasal değişiklikler güvensizlik hissi yaratıyor mesela. Son dönemde işte şu tapulara el konması, diplomaya el konulması, insanların geleceğinin belirsizleştirilmesi....Ben bugün ne için çabaıyorum? Bunun cevabı yok şu anda...*” şeklinde ifadelerde bulunmuştur. Bazı katılımcılar (K7, Kadın, 73) televizyonda haberleri izlerken olumsuz duygular deneyimlediklerini dile getirerek, toplumda iyi giden şeylerin oldukça kısıtlı olduğunu vurgulamaktadırlar. Bireyler yaşanan bu durumlarda empati yoluyla kendi başlarına geldiğinde ne hissedecekleri konusunda güvencesizlik hissi yaşamakta ve bu da gündelik duygu durumlarına varana kadar yoğun bir kaygıya neden olmaktadır.

Çok üzülüyorum. Kahroluyorum onlara yani? O kadar üzülüyorum ki, yani o hayvanlara. Hayvanları çok seven bir insan olduğum için çok üzülüyorum. Mesela iş yerine kediler geliyor. Orada yemekler artıyor da onlara bir lokma yemek vermiyorlar. Buralara alışmasınlar diye. Çok üzülüyorum yani...Gerçi haberleri izlerken içim kararıyor artık da. Tabii yani haksız yere tutuklananlara, haksız yere, haksızlığa uğrayan insanlara çok üzülüyorum. Ya diyorum ki ya bu insanların ne kabahati var? (K7, Kadın, 70)

6 Şubat depremine dair duygularını paylaşan kadın katılımcı (K10, Kadın, 27) ise. toplumun büyük bir kesimini etkileyen toplumsal olayların, bu olaylardan bizzat etkilenmeyen insanlarda suçluluk duygusuna sebep olabileceğini düşündürmektedir. Katılımcının ifadelerine göre kendinin depremde hasar almadan evine dönebiliyor oluşu, geride kalan insanların durumlarına bakarak yaşamsal ihtiyaçlarını karşılayabildiği için suçlu hissetmesine neden

olmuştur. Öte yandan depremin yanında Ankara’da hayvanların öldürüldüğünü ve bunun da yoğun çaresizlik hissiyle birlikte öfkeye dönüştüğünü dile getirmiştir.

Ben zaten bu 6 Şubat depremine Adana’da yakalandım...Yolda bile sürekli ağlıyordum sürekli. Yani sürekli içimde öfke, çaresizlik ve suçluluk duygusu vardı. Ben iyi olduğum için suçlu hissediyordum çünkü onlar orada evleri yok, açlar ailesini kaybetmişler yani bilmiyorum çok suçlu, kötü hissettim...Bu sadece şey değil, böyle deprem için değil mesela bu Ankara’da hayvanlara katliam olmuştu ya mesela oturup iş yerinde saçma sapan inanılmaz derecede ağlıyorum insanlar aşk acısı falan çektim zannediyor ama hiçbir şey yapamadığım için aslında öfkeden ağlıyorum ... (K10, Kadın, 27)

İstanbul’da yaşayan bir kadın katılımcı (K12, Kadın, 24) ise depreme dair düşüncelerini “...Bir kere ben depremden çok korkan bir insanım. Kendimi bildim bileli...Hala bile arada deprem olacak mı diye böyle duruyorum ve mesela evde tek kalacağım bugün. Gergin uyuyacağım bir bakıma. Gece kaç kere uyanacağım?” cümleleriyle aktarmakta ve öngörmektedir. Öte yandan her türlü hayvanı çok sevdiğini belirterek yaşanan hayvan ölümleri için üzüldüğü, tepki göstermek için çabaladığını “...Aynı zamanda mesela bu hayvan katliamları, belki insan katliamlarından çok daha fazla etkiliyor beni. Çünkü kırmızı çizgim, hayvanlar ve çok sevdiğim canlılar. “ifadeleriyle anlatmıştır. Fakat öte yandan sosyal medya pratiklerinin kendisine iyi gelmeyen yanları olduğunu ve daima olumsuzluk içeren haberlerin mevcut kaygısını daha da derinleştirdiğini ifade etmektedir. Bu kaygıların derinleşmesi katılımcının sokakta giderken dahi kendini güvende hissetmemesine ve yaşamının her yönüne yansıyabilecek bir kaygı durumuna yol açmaktadır.

...Sosyal medyayı ya da gündemi takip ettikçe bir şeylerden yorulduğumu ve zorlandığımı hissetmeye başlıyorum. Mesela ben gündemi takip ediyorum. Telefonu bir açıyorum...O ölmüş, bu öldürülmüş, şu şöyle olmuş, bu böyle olmuş, ruhum daralıyormuş gibi geliyor bana. Hani istediğim şey artık bir an önce buradan kaçmak oluyor...Bir de ister istemez korku geliyor. Hani. Yangındır bilmem nedir? Doğal afetler ya da bazen. Bolu'daki yangındaki gibi... Benim en korktuğum şeylerden biri bu gündemle ilgili sokakta giderken bile kendimi rahat hissedemem hani her an birinin bana bir şey yapabilecek olduğunu düşünmem ve bu hem insanlara karşı bir güvensizlik oluşturuyor hem de kendim dışarı çıkmaktan korkar oluyorum... (K12, Kadın, 24)

Erkek bir katılımcı (K19, Erkek, 26) ise toplumda insanları etkileyen en önemli unsurun siyaset kurumu olduğunu ve aksinin de mümkün gözükmediğini düşündüğünü “... Avrupa’ya bak. Siyaset bu kadar hayatın içinde değil. Burada herkes siyasi. 10 yaşındaki çocuğun bile bir fikri var.” şeklinde açıklamıştır. Türkiye’de bireylerin bir yandan da böyle olması gerektiğini ise katılımcı (K19, Erkek, 26) “Hani bir yerde de dahil olmak zorundasın. Yani hani bir ekonomi bakanını bilmek zorundasın burada. Ya da mesela ne bileyim Milli Eğitim bakanını bilmek zorundayız. Cumhurbaşkanı danışmanını bilmek zorundasın, enerji bakanını bilmek zorundasın...” cümleleriyle ifade etmiştir. Siyasetin hayatın içinde ve küçük yaşlardan başlayan bir müdahil olma durumundan kaynaklı açıklamalar yapmış ve yeterli önlemlerin alınmadığını

belirtmiştir. Bu da bireylerin içerisinde yaşadıkları toplumda kendilerini bir başlarına hissetmelerine ve toplumsal bir duyarsızlaşma içinde hissetmelerine neden olmaktadır.

Türkiye’de artık etkilediğini düşünmüyorum ben toplumsal olayların insanları. Çünkü alıştık. Duyarsızlaştık. Depremde kaç bin kişi öldü? 65 binden fazladır bence. Ama ilk günden fazla kim bir şey yaptı? Yangında kaç kişi öldü? Kimse bir şey yapmadı. Ee küçük bebekler tecavüze uğruyor, öldürülüyor, hiçbir şey yapmıyorlar. Hala şey kavgası bir taraf bu katili savunuyor, diğer taraf farklı bir katili savunuyor... (K19, Erkek, 26)

Öte yandan 1 kadın (K3, Kadın, 60) ve bir erkek (K16, Erkek, 36) olmak üzere iki katılımcı yaşanan toplumsal olayların mevcut duygusal problemlerini artırdığını ifade etmektedirler. Öyle ki erkek katılımcı (K16, Erkek, 36) almış olduğu panik atak tanısının depremden tetiklenmiş olabileceğini düşündüğünü “...*Tabii insan acaba burada da olacak mı? Vesaire falan hatta o süreçten sonra oldu benim bu kaygı durumum. Yani depremle alakalı mı oldu acaba değil mi falan soru işareti olarak kaldı...*” cümleleriyle aktarırken kadın katılımcı (K3, Kadın, 60) ise pandemi döneminde eve, apartmana kurulacak kamera sistemi için gelen çalışanları almadığını anlatarak, annesi için yoğun kaygı hissettiğini şu cümlelerle devam ettirmiştir:

Daha çok panik atak yaşattırıyor. Tabii mesela benim annem kalp rahatsızlığı geçirdi ve aynı rahatsızlıktan dolayı vefat etti 2023’te. Eve kamera bağlanmak istedi. Ben dedim eve alamam kimseyi. Anneme zarar gelecek. Dediler ki işte sizin evlerinize kuracağız O kamera sisteminin neyse o zımbırtısını. Dedim ki ben eve kimseyi alamam benim annem rahatsız yani. Korkutuyor insan daha çok korkutuyor, daha çok endişeye sebep oluyor. Benim pandemi sürecinde en büyük endişem annemin zarar görmesi oldu. (K3, Kadın, 60)

Başka bir kadın katılımcı (K9, Kadın, 42) ise önceden siyaset ile daha yakından ilgili olduğunu fakat zamanla bu ilgisini bilinçli olarak azalttığını söylemektedir. Ülkede yaşanan toplumsal olayların süreklilik arz ettiğini belirtmiş ve stres kaynaklarının toplumsal olarak sürekli kendini güncellediğinden dem vurmuştur. Ayrıca katılımcı tepki vermenin yöntemlerini sosyal medyadan gerçek hayata kaydırıldığını ifade ettikten sonra bireylerin birçoğunun tepkilerinde daha yüzeysel olduğunu fark ettiğini açıklamış ve bu durumun duyarsızlıkla alakalı olduğunu düşündüğünü belirtmiştir.

Eskiden siyaseti çok kafaya takardım...Sonra maalesef bizim ülkemizde bitmiyor şeylerimiz. Depremi geliyor. O gidiyor dar.... Sözde darbesi geliyor o bitiyor başka bir yangını geliyor filan. Ülke maalesef bir dinlenmiyor yani. Sonra aktif sosyal medyada tepki göstermeyi bıraktım. Çünkü gerçek tepki. Gerçekten ağaçları zarar vermeden olur. Gerçekten yere çöp atmadan olur. Hani klavyeyle artık tepki gösterilmenin göstermenin ülkeye çok da bir şey kattığını düşünmemeye başladım. (K9, Kadın, 42)

Erkek bir katılımcı (K13, Erkek, 24) ise diğer katılımcılardan farklı olarak toplumsal olaylarla ilgilenmediğini ve etkilenmediğini “*Dünya yansa umurumda değil ta ki yangın dibime gelene kadar anladın mı? Yani benim onu görmem lazım. Görmediğim için beni hiç etkilemiyor.*

Sıfır.” şeklindeki ifadeleriyle dile getirmiştir. Bunun sebebi olarak yardımların ve kriz yönetimlerinin devlet tarafından yapılması gerektiğini yine *“Bağış gönderin...Bana ne ya insanlardan? Ben mecbur değilim ki bir insana bir şey göndermeye. Devlet yapacak onu ben değil. Ben kimim ya koskoca devletin yanında ben kimim?...”* ifadeleriyle açıklamıştır. Öte yandan aynı katılımcı kedi ve köpek gördüğünde dayanamadığından bahsederek hayvanlara yardım etmenin kendince daha uygun olduğunu çünkü insanların yaşadığı sorunların insan tarafından inşa edildiğini fakat hayvanların yaşadığı sorunların insanlar olduğunu *“...Ama bir tane kedi göreyim. Gitti benim kafa. İleride orada köpek göreyim benim kafa gider. Çünkü şu var, onlarda şey yok. İnsanlar kendi sonuçlarını yaşıyor. Bunlar insanların sonuçlarını yaşıyor.”* Şeklinde anlatmıştır. Erkek katılımcı (K13, Erkek, 35) ise uzun süren toplumsal krizlerin bir yandan toplumda dayanışma ağlarını güçlendirdiğini ve yardımlaşmaya fırsat sunduğunu ifade etmiş, bu dayanışma eylemlerinin ise kişinin kendisini işe yarar ve işlevli hissetmesine aracılık edebildiğini belirtmiştir.

Yani uzun süre devam eden krizler bence depresyona sebep olur toplumlarda. Ama mesela anlık olaylar örnek vereceksek pandemi. Bir günde başladı, aylarca sürdü ve bizim müdahil olma durumumuz da birazcık daha düşük konuda...Ama mesela deprem gibi yangın gibi olaylar bence insanın bilinçlendiren olaylardır. Yani anlık yaşanır biter onun arkasından enkazını kaldırmak için bir şeyler yapma, mücadele verme ve ona katkı sunma ihtimalimiz yüksek olduğu için hani orada bence insana birazcık yükselten bir durum söz konusu...(K13, Erkek, 24)

Uzun süren toplumsal krizlerin sosyolojik literatürde katılımcının (K13, Erkek, 24) düşünceleriyle örtüşen şekilde ele alındığı çalışmalara rastlanmaktadır. Örneğin toplumsal krizler ortak tehdit ve güven duygusu bağlamında, örneğin deprem, savaş, ekonomik çöküş vb. bireyler arasında ortak bir ‘tehdit algısı’ (Durkheim, 1912; Putham, 2000) yaratabilmekte ve bu durum da insanlar arasında dayanışmayı artırabilmektedir. Öte yandan dayanışmayı zorlayan boyutlardan da bahsetmek mümkündür. Öyle ki uzun süreli ekonomik krizler veya savaşlar, kıt kaynaklar bireyler arasında çatışmaya neden olabilmekte (Olson, 1965); sürekli stres, kaygı ve travma, bireylerin psikolojik tükenmişliklerine neden olabilmektedir. Bir başka perspektiften bakıldığında ise krizler eşitsizliklerin toplumsal görünürlüğünü derinleştirebilmekte ve dayanışma yerine rekabet ve güvensizliğe bırakabilmektedir (Beck, 1992).

3.2.9.Alternatif Anlamlar ve Direniş Biçimleri

Katılımcılara görüşmenin sonlarına doğru yaşamlarında deneyimledikleri olumsuz bir durumu avantaja çevirdiği durumların olup olmadığı sorulmuş ve bazı katılımcılar yaşadıkları olumsuz durum ve duygulanımlardan faydalı sonuçlar çıkarabildiklerini anlatmışlardır. Ayrıca katılımcılar olumsuz duygular için geliştirdikleri alternatif direniş biçimlerini de anlatarak

problemlerini çözmek için başvurdukları yöntemleri aktarmışlardır. Örneğin panik atak tanısı olan kadın katılımcı (K3, Kadın, 60) “...Yine bazen böyle panik atak geçirdiğini hissediyorum. Evet, o hani nefes teknikleri var ya internette falan görüyorum. Onları kendi kendime yapmaya çalışıyorum. Sürekli beynimin bana bir oyunu bu diyorum. Kendimi yatıştırmaya çalışıyorum.” diyerek sosyal medyadan gördüğü nefes teknikleri ile kendini telkin etmeye çalıştığını anlatmaktadır. Benzer olarak başka bir kadın katılımcı da (K1, Kadın, 70) kafasını dağıtmak için alternatifler ürettiğini “...Kendimi atabileceksem atıyorum şeye kursa....” ifadesinde belirtmiştir. Bir diğer kadın katılımcı (K5, Kadın, 45) ise müzik ve arkadaşlarıyla konuşmanın kendisine iyi gelebileceğini “Ya ekstra bir şey yapmam ama çok müzik dinlerim...Çok uzun yıllardır görüşmediğim arkadaşlarımı ararım. Öyle şeylerim de var mesela anlatırım onları. Şöyle şöyle şöyle oldu.” cümlelerinde aktarmıştır.

Katılımcılar yaşadıkları olumsuz duyguları gidermek için onlarla baş etme yöntemi geliştirdiklerinden bahsetmişlerdir. Katılımcılar hayatlarında olumsuz durumları avantaja çevirme noktasında ise yaşadıkları olumsuz deneyimlerden kendilerine olumlu deneyimler ve kazanımlar çıkardıklarını vurgulamışlardır. Örneğin bir katılımcı (K7, Kadın, 73) çok zorluk çektiğini fakat o zorluklar sayesinde ayakları üzerinde durmayı öğrenen bir kadın olduğunu belirtmiştir:

Hayatıma iyi bir şey kattığım çok şey olmuştur. Belki de o yaşadığım zorluklar beni güçlü bi kadın olmama neden oldu. Bu zamana kadar yaşadıklarım. Bir öyle de düşünüyorum. Yani ben çok çileler çektim. Çok şeyler çektim ama. En azından yani bir ayakta durmayı öğrendim...Hayatta durmayı öğrendim, ayakta durmayı öğrendim yani. Bir türlü bir sürü zorluklardan geç geldim. Geçtim bugüne kadar geldim. Yani çok şükür. (K7, Kadın, 73)

Bir kadın katılımcı (K12, Kadın, 24), toplumsal olarak yaşadığı sıkıntılar sonucunda ülkeden çıkma istediğinin kamçılandığını ve bu vesileyle yeni bir ülke görüp dil öğrendiğini, yeni arkadaşlar edinerek sosyalleştiğini ifade etmiştir. Kendisine Türkiye’de sorun yaşatan olaylar sayesinde başka bir kültür deneyimlemenin olumlu yanlarına odaklanmışır.

Yani sana yeterli bir cevap gibi gelir mi bilmiyorum ama şunu söyleyebilirim dedim ya, hani toplumsal olaylardan dolayı afetler dışında genel olarak bu sokakta gezerkenki rahat hissetmemenden dolayı kaçmak istiyorum. Ve bunun belki hani bana nasıl bir avantajı var diye sorabilir. Kaçmak istemenden dolayı yurt dışına çıktım. Bir buçuk sene yurt dışında yaşadım. Yeni bir dil öğrendim. Yeni arkadaşlar edindim şu anda mesela tekrar yurtdışına çıkmayı düşünüyorum. Bunun için çalışıyorum. Ha bu ülkede kalsam beni dibe batıracak duygular. İvme kazandırıp başka ülkeleri görmemi sağlayabilir. (K12, Kadın, 24)

İki erkek katılımcı (K15, Erkek, 34; K18, Erkek, 27) yaşadıkları ekonomik sorunların mevcut yaşantılarına olumlu katkı sunduğunu ve çözümsüz durumlardan çözüm çıkabileceklerini anlatmışlardır. Örneğin katılımcı (K15, Erkek, 34) çok kısa sürede neredeyse

her şeyini kaybettiği bir dönemin sonunda şu an kendini varlıklı olarak tanımlayabilecek bir konuma geldiğini belirtmiş ve o sürecin sonunu anlatırken “*Kötü bir şeyden şöyle bir şey çıktı* (Spor salonunda çekilmiş, şimdiki haline göre kas oranı daha yüksek fotoğrafını gösteriyor).*60 kilo verdim. Eğer o kötü günler olmasaydı şu an muhtemelen intihar etmiş olurdum çünkü param bitiyordu, cepten yiyordum...*” demiştir. Ayrıca o dönemleri çok kötü olarak ifade etmesine rağmen özlem duyduğunu da “*...Kötü şeyden de keyif alınabiliyor. Ben onu gördüm mesela...Aslında o günlere gitmeyi ister miyim? Şu an isterim.*” ifadesinde belirtmiştir. Benzer olarak diğer erkek katılımcı (K18, Erkek, 27) annesinin babası tarafından mesleğini yapmasına izin verilmediği için çalışmıyor olduğunu ancak ekonomik olarak yoksulluk sınırına geldiğinde bir dükkân açarak ev ve araba sahibi olabildiklerini anlatmıştır.

Yalnızlık benim için büyük bir avantaj oldu. Yani şöyle söyleyeyim, özellikle son bir yılda olabildiğince yalnız kalmaya çalıştım. Gerçi hayatımda birçok insan sildim...Bakıldığı zaman kötü bir şey yalnızlık. Benim için çok iyiydi ama. Gerçekten yalnız kaldım ve kalmayı da istedim. İlk başlarda üzülüm...Biraz psikolojim bozdu. Sonrasında dedim ki bu güzel şey. Demek ki şu an benim kendime vakit ayırmam gerekiyor...Bir anda bir pozitifleşti. Keşke dedim daha önceden yapsaydım yüzden yalnızlık bence güzel bir şey. Stresimi büyük ölçüde azalttı. Nasıl desem? Bu yarışa biraz ara verdim. Dedim ki ben daha önemliyim. Yani biliyorum temel cümle bu aslında ben her şeyden önemliyim demeye başladım. (K20, Erkek, 24)

Başka bir erkek katılımcı (K20) ise yaşamının bir döneminde çok fazla insanı hayatından uzaklaştırdığını ve yalnız kalarak bir süre duygusal olarak yıprandığını dile getirmiş ancak zamanla bu yalnızlıktan anlamlı sonuçlar çıkararak kendinin değerini fark ettiğini ifade etmiştir.

SONUÇ

İnsan var olduğu süre boyunca duygularıyla var olmuştur. Duygunun tarihi bir bakıma insanlığın tarihine kadar uzanmaktadır. Ancak insanın uzun bir süre boyunca toplumsal bir nesne olarak ele alınması, bireyi merkeze alan düşüncelerin de daha geç ele alınmasına sebep olmuştur. Yani birey, özne olarak değil, toplumun işleyişini belirleyen yapıların bir ürünü olarak konumlanmıştır. Örneğin Foucault (1992), insanın uzun süre bilgi sistemlerinde bir ‘nesne’ olarak ele alındığını belirterek disiplinci iktidarın nesnesine dönüştürüldüğünü söyler. Özetle insanın toplumsal yapılar içerisinde bir ‘nesne’ olarak ele alınışı, modern bilgi sistemleri ve iktidar ilişkilerinin gelişimiyle gelen bireysel özelliğin tartışılmaya başlandığı döneme kadar sürmüştür (Foucault, 1992; Durkheim, 2004). Söz konusu bireysel özellik tartışmaları olduğunda, duygular da bireyden ayrı düşünülemeyecek öznel deneyimlerdir. Dini değerlerin yaşamı şekillendirmede baskın olduğu Aydınlanma Çağı öncesinde duygular ruh kavramında gizli bir şekilde var olmuştur. Ruh bedenın karşısında konumlanan ve beden Tanrı’ya ulaşmak için cezalandırılan bir alan olarak görülmüştür (Rousseau, 2005). Bu dönemde dünyevi hazzardan arınmak için feda edilen şey beden iken acı çekmek dışında deneyimler kişileri Tanrı’dan uzaklaştıran ve lanetlenen durumlar olmaktadır. Keder, korku gibi duygular ve acı çekmek gibi deneyimler Tanrı’nın azabına ve ona layık olmaya atfedilirken mutluluk ve haz veren davranışlar Tanrı’ya olan bağlılığı zedeleyeceği için uzak durulması gerekmektedir.

Aydınlanma çağı ile dini etki azalmaya başlamış ve din yerini akıllı merkeze alan rasyonalist düşünceye bırakmıştır. Bu çağ ile birlikte duygular; aklın karşıtı olarak tanımlanıp disipline edilmesi gereken bir alan olarak görülmekte birlikte, Rousseau’nun merhameti doğal insanın temel özelliği olarak vurgulaması ve tutkuların insan davranışının aslı kaynağı olarak görülmesi, dönemin duygulara dair farklı yaklaşımlarına işaret etmektedir (Rousseau, 2005). Öte yandan bilimin ve aklın önem kazanmasıyla din adamları, büyücüler gibi kanaat önderlerinin yerini hekimler almaya başlamış, bireylerin Tanrı’ya ulaşma arzusu ile bu dünyada yaşamının önemi yer değiştirmiştir. Önceden kutsal görülen keder, korku ve acı çekmek gibi deneyimler ise artık nasıl uzak durulacağı düşünülen konular olmuştur. Daha mutlu hissetmek, daha sağlıklı olmak, daha verimli olmak gibi arzular bireye kattığı işlevsellik üzerinden ele alınmaktadır. Weber’in (2017) “*Protestan Ahlakı ve Kapitalizmin Ruhu*” eserinde belirttiği demir kafes metaforu ise önceden ruhu için bedenini feda eden bireyin Aydınlanma çağıyla birlikte bedeni için ruhunu feda eden birey haline geldiğini anlatmaktadır. Ona göre modern döneme geçişle birlikte artan uzmanlaşma ve iş bölümü, bireyi üretim araçlarından uzaklaştırarak disiplin yoluyla katı bir zaman bilinci kazanmasına ve özgürlüğünü

kaybetmesine neden olmaktadır. Kapitalizmin ruhu burada çalışabildiği son ana kadar çalışan bireyi anlatırken Protestan ahlakı ise asketizmi vurgulamaktadır. Asketizm yani çilecilik ise kapitalizmin devamı için gerekli görülen şeydir. Bu da Weber açısından büyüünün bozulması (Weber, 1993: 30) demektir. Weber için modernleşme süreci, dünyanın büyüünün bozulması ile karakterize olmakta ve bilimsel akıl, dini ve metafiziksel açıklamaların yerini alarak dünyayı hesaplanabilir, öngörülebilir ve kontrol edilebilir bir hale getirmiştir. Yaşamın bu denli hesaplanabilir olarak düşünülmesi bireylerin de yaşamlarında birtakım hesaplamaları zorunlu kılmıştır. Mesai saati, uyku saati, yemek veya mola saati gibi kısıtlı zamanın yönetilmesini içeren bu tür durumlar bu hesaplamalara basit bir örnek oluşturabilmektedir. Davranışların duyguları değiştirme gücü göz önünde bulundurulduğunda ise insanların duygularının da bu hesaplamalara dahil edildiğini söylemek yanlış olmayacaktır.

19. yüzyılın ikinci yarısından itibaren sosyolojide makro konulardan mikro konulara geçilmesi tıpkı beden gibi duygulara da görünür hale gelmesi için bir zemin hazırlamıştır. O döneme kadar toplumu bireyden bağımsız bir organizma gibi ele alan sosyoloji insan ve toplumun etkileşimlerine odaklanmaya başlamıştır. Hümanizmin ortaya çıkışı ve bireyin biricikliğine yapılan vurgunun artmasıyla insan yaşamına verilen önem de artmıştır. Nasıl ki kapitalist üretim ilişkileri bedenli özneye verilen önemi artırdıysa, duygusu ve bedeni olan özne de aynı sistem için işlevsel görülmeye başlanmıştır. Foucault, hümanizmin bilgi rejiminde insanı merkezileştiren bir ‘epistemolojik figür’ yarattığını belirtmektedir (Foucault, 1992). Yani insan hümanizmle birlikte hem bilginin hem de değerlerin bir ölçütü olarak konumlandırılmaya başlanmıştır. İnsanı merkeze alan bu vurgu, -bireyin hem bilgi nesnesi hem de öznesi olarak tanımlanmasına hazırlanan zemin- doğa ve beden üzerinde akıl yoluyla hakimiyet kurma düşüncesinin de giderek güçlenmesine; dolayısıyla modern tıbbın gelişimine bir temel oluşturmuştur.

Modern tıbbın gelişmesi hastalık ve sağlığın da anlamlarını değiştirmiştir. Görüntüleme teknikleri ve ileri tetkiklerin ortaya çıkışı, tıbbi insanı daha çok inceleyebilen bir bilim olmasının önünü açmıştır. Bireyler modern toplumda daha verimli, sağlıklı ve mutlu olmaya yönelik tüketim pratiklerine girmişlerdir. Sağlık ulaşılması gereken bir ideal olarak benimsenmiş ve artık yalnızca hasta olmama halini kapsamamaktadır. Dolayısıyla sağlığın dönüşümü, kapitalist sistemde sağlığın sektör halini almasına ve tüketilen bir meta olarak dolaşıma sokulmasına aracılık etmiştir. Sağlık kavramı uzun bir süre bedensel sağlığı öncelemiş ve sağlığın anlamını fizyoloji ve biyolojiyle sınırlandırmıştır. İkinci Dünya savaşından sonra ortaya çıkan histeri salgını ise ileride duyguların da sağlığa dahil olmasını sağlayacak psikiyatrinin çıkış noktasını oluşturmuştur (İzmir:2022).

Psikiyatrinin ortaya çıkışı günümüzdeki adıyla depresyon, bunalım, sılaya hasret gibi durumlarla tanımlanan histeri ve beyin işlev bozukluğuyla bağlantılı epilepsinin ayrımıyla mümkün olmuştur. İkinci Dünya savaşı döneminde özellikle askerlerde görülen umutsuzluk, endişe, sılaya duyulan hasret, bunalım gibi durumlar epilepsi olarak değerlendirilmiştir. Ancak epilepsi olup olmadığını anlamanın henüz otopsi yapmak dışında bir yönteminin olmayışı, davranışların gözlemlenmesi aracılığıyla değerlendirme yapılmasını zorunlu kılmıştır. Psikiyatri ve nörolojinin ayrılmasını sağlayan bu gelişme ileride duygu ve davranışlar arasındaki bağlantıyı açıklayacak olan modern psikiyatrinin de temelini oluşturmuştur. Buna göre duygusal durumlardan kaynaklanan belirtiler histeri olarak ayrılırken epilepsi nörolojinin araştırma konusunu oluşturmuştur.

Modern psikiyatrinin ortaya çıkışıyla sağlık daha geniş anlamlar kazanmış ve fiziksel, bedensel ve ruhsal bir tam iyilik hali olarak tanımlanmıştır. Bedenin yanında ruhun da önem kazanması anlamına gelen bu kavram genişlemesi Psikiyatrinin de insan duygularına daha çok yönelmesine ve tanı koyabilmek için sınıflandırmasına sebep olmuştur. Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel El kitabı (DSM)'nin birinci baskısında bipolar spektrum bozukluk, depresyon, histeri, şizofreni gibi çoğu beyin işlevleriyle bağlantılı hastalıklar yer alırken DSM'nin her yeni versiyonunda bu hastalıklar çoğalmıştır. Daha çok hastalık tanımının yapılmasıyla mutsuzluk, keder, öfke, korku, yalnızlık gibi gündelik duygular ve duygusal deneyimler de hastalık olarak tanımlanmaya elverişli hale gelmiştir. Modern yaşamda tüketim odaklı bir ekonomiye geçilmesi, tüketim odaklı bir toplumsal yaşama ivme kazandırmış ve bir sektör olarak sağlık da bu tüketimin başlıca nesnesi haline gelmiştir (Illich, 1976). Öte yandan sağlığın sektörleşmesi, yalnızca ulusal sağlık politikalarının dönüşümünü değil, aynı zamanda küreselleşme sürecinde sağlık hizmetlerinin ulusötesi sermaye, ilaç şirketleri ve uluslararası kurumların etkisi altında yeniden yapılandırılmasını da beraberinde getirmiştir.

Küreselleşme ile hız kazanan toplumsal değişimler bireyleri rekabete sürükleyerek bir yarış haline sokmakta; bu da giderek daha hızlı, akışkan (Bauman, 2000) bir toplumsal yaşama sebep olarak bireyleri belirsizlik ve güvensizlik ortamında hissettirmektedir (Beck, 2011). Kendini belirsiz bir zamanda yarış halinde hisseden bireylerde görülen mutsuzluk, öfke, korku, kaygı gibi duygular ise zamanla daha çok DSM tanı kriterlerini karşılayarak depresyon, anksiyete, panik atak, obsesif kompulsif bozukluk (Takıntı) gibi hastalıklar halini almıştır. Illich'in tıbbileştirme olarak açıkladığı bu durum, önceden hastalık olarak tanımlanmayan durumların modern tıbbın gelişimiyle hastalık kategorisine dahil edildiğini ifade etmektedir (Illich, 1976). Barbara Wootton'un "*Hastalık mı Günah mı?* (1956)" çalışmasındaki akıl

hastalığının delilikten, hayatlarını idare edemeyenlere doğru geçirdiği dönüşüm, tıbbileştirmenin daha öteden beri var olduğunu göstermektedir.

Zola'nın tıbbın giderek daha fazla gündelik hayatın içine girmesi, egemenlik kurması, etkisinin ve denetiminin artması olarak tanımladığı tıbbileştirme kavramında, asıl tema sağlıklı ilgisini olan veya olmayan birçok kavramın tıbbi kavramlar ve tıp çerçevesinde ele alınması, konunun veya problemin tedavi edilmesi gereken bir durum gibi gösterilmesidir (Zola,1983). Bireyler bir kültür haline gelen sağlıklı olma baskısını gidermek için sağlık adına tüketimi içselleştirmekte ve kitle iletişim araçları, sosyal medya yoluyla kendi kendilerine özdenetim gerçekleştirmektedir.

Geleneksel toplumdaki disipline edici iktidarın (Foucault, 1992) bireyleri, modern toplumda tıbbi tahakkümü gönüllü olarak içselleştiren bireylere dönüşmüştür. Giderek artan duygusal hastalık ve semptomlar yalnızca tıbbileştirme yoluyla değil bireylerin hasta olduklarını içselleştirmeleriyle de yeniden üretilmektedir. Küresel ölçekte antidepresan kullanım oranları artarken duygusal hastalıkların da artması duygusal hastalıkların tedavisinde ilaç kullanımının iyileştirici etkisini tartışmaya açmaktadır.

Modern toplumda duygular, yalnızca bireysel deneyimler olarak değil, aynı zamanda tıbbin ve psikiyatri disiplinlerinin müdahalesine açık nesneler olarak görülmeye başlanmıştır. Duyguların tıbbileştirilmesi, mutsuzluk, kaygı veya stres gibi yaşamın doğal bir parçası olan duygusal durumların, belirli normatif ve biyolojik ölçütlere göre “hastalık” olarak tanımlanması sürecini ifade eder (Conrad, 2007; İzmir, 2022). Bu süreç, sadece bireyin içsel deneyimlerini değil, aynı zamanda toplumsal beklentileri ve normları da içerir. Michel Foucault'nun benlik teknolojileri kavramı, bireylerin kendi duygularını gözlemleyip düzenleyerek toplumsal ve tıbbi normlara uyum sağlamalarını açıklamak için önemli bir kuramsal çerçeve sunar (Foucault, 2013). Duyguların tıbbileştirilmesi, böylece hem bireysel özdenetim hem de toplumsal düzenle ilişkili olarak anlaşılabilir; bu durum, modern yaşamın duygusal deneyimlerinin nasıl denetlendiği ve normatif çerçevelere çekildiğini göstermektedir.

Literatür incelendiğinde, duyguların tıbbileştirilmesine ilişkin çalışmaların çoğunlukla biyomedikal veya psikiyatri eksenli olduğu, sosyolojik açıdan ise sınırlı kaldığı görülmektedir (Horwitz, 2002; Conrad, 2007; Turner, 2007; Foucault, 1992; Szazs, 1974; Zola, 1994). Uluslararası literatürde bu konuya dair önemli katkılar bulunmasına karşın (Ehrenberg, 2010; Illouz, 2007; Maturo, 2012; Shorter, 2008; Wholter, 2019), Türkiye bağlamında duyguların tıbbileşmesini sosyolojik bir perspektifle ele alan kapsamlı araştırmalar yok denecek kadar azdır. Türkiye’de yapılan çalışmalar genellikle ruh sağlığı, psikiyatrik tanılar (İzmir, 2022; Sayar, 2009; Temel, 2020;) veya sağlık politikaları üzerinden yürütülmüş; ancak bireylerin

gündelik yaşamda deneyimledikleri duyguların nasıl tıbbileştirildiğini, hangi toplumsal koşullar altında “hastalık” kategorisine taşındığını inceleyen araştırmalar sınırlı kalmıştır. Bu çalışma, söz konusu boşluğu doldurarak duyguların toplumsal inşasını ve tıbbileştirilmesini ampirik düzeyde ele almakta; modern tıp, neoliberal sağlık politikaları ve gündelik yaşam deneyimlerinin kesişiminde duyguların nasıl yeniden tanımlandığını ortaya koymaktadır.

Bu çalışma, duyguların tıbbileştirilmesini sosyolojik bir perspektifle ele almakta olup, belirli kavramsal ve yöntemsel sınırlılıklar içermektedir. Öncelikle, araştırmanın temel verileri literatür taramasına ve sınırlı sayıda katılımcı görüşlerine dayandığından, elde edilen bulguların genellenebilirliği sınırlıdır. Çalışmada özellikle mutsuzluk, korku, kaygı, öfke gibi temel duygular ve belirli bağlamlar ön plana çıkarılmış; ancak duyguların tıbbileştirilmesinin kapsadığı tüm boyutlar ayrıntılı biçimde incelenememiştir. Ayrıca kullanılan kaynakların büyük ölçüde Türkçe ve İngilizce çevirilerden ve erişilebilir literatürden oluşması, uluslararası tartışmalara tam anlamıyla nüfuz etmeyi kısıtlamıştır. Bunun yanında, araştırmacının sosyolojik bakış açısını merkeze alması, psikolojik ve biyolojik açıklamaların daha sınırlı yer bulmasına yol açmıştır. Yorumlayıcı sosyal bilimlerde araştırmacı konumunun tamamen nötr olamayacağı (Neuman, 2016) göz önünde bulundurulduğunda, kişisel deneyim ve akademik yönelimlerin analize yansımış olabileceği kabul edilmelidir. Çalışmanın saha araştırması boyutu zaman ve kaynak kısıtları nedeniyle sınırlı kalmış, daha geniş örneklemelerle yapılacak çalışmalar bu alana önemli katkılar sağlayacaktır. Bu çerçevede, araştırmanın sunduğu bulguların mutlak doğrular olarak değil, konunun anlaşılmasına yönelik bir katkı ve tartışma zemini olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca daha sonraki çalışmalarda duyguların tıbbileştirilmesi, farklı toplumsal gruplar (örneğin göçmenler, yaşlılar veya LGBTİ+ bireyler) bağlamında ele alınabilir. Bu çalışmanın sosyolojik bakış açısıyla sınırlı kalması, psikolojik, antropolojik ve ekonomi-politik yaklaşımların konuya sağlayabileceği katkıları düşündürmektedir. Örneğin antropolojik açıdan duygulara yüklenen anlamlar incelenerek, farklı kültürlerin standartlaşan tıbbi tanı kriterlerinden nasıl etkilendikleri araştırılabilir. Öte yandan gelecekteki çalışmalarda her bir duygunun tıbbileştirilmesi ayrı bir çalışma konusunu oluşturarak (örneğin yalnızca mutsuzluk, öfke, kaygı vb. odaklanılabilir) derinlikli çalışmaların önü açılabilir. Duyguların tıbbileştirilmesi yalnızca bir bağlam kullanılarak (örneğin toplumsal cinsiyet, sosyoekonomik koşullar, neoliberal sağlık politikaları, dijitalleşme, sosyal medya ve çevrimiçi sağlık uygulamaları) ele alınabilir. Böylece odaklanılan bağlamların duygular üzerindeki etkisi daha detaylı incelenebilir. Ek olarak alternatif ve tamamlayıcı tıp ile duygusal hastalık ilişkisi de incelenebilir. Örneğin meditasyon, yoga, nefes terapileri, mindfulness (bilinçli farkındalık) gibi

yöntemlerin duyguların tıbbileştirilmesinin karşısında mı yoksa bu tıbbileştirmeyi yeniden üreten bir konumda mı olduğu araştırılarak sosyolojik boyutlar analiz edilebilir.

Çalışma kapsamında daha önce psikiyatr ve psikoloğa giden 12 kadın, 9 erkek katılımcıyla görüşülmüştür. Ayrıca 1 erkek psikiyatr ve 1 kadın psikolog ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Katılımcıların gündelik yaşamda yoğun hissettiği duygular kaygı, korku, mutsuzluk, öfke olmaktadır. Katılımcıların bu duyguları hissetmelerinin sebepleri ise sevdikleri için endişelenmek, ekonomik sıkıntılar, sorumlulukların ağır gelmesi, gelecek kaygısı, depresyon ve yangın gibi toplumsal olaylar, hasta olma korkusu, eş ile yaşanan problemler ve bağlanma problemi olarak belirtilmiştir. Çoğu katılımcıya koyulan teşhis panik atak, anksiyete, depresyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olmaktadır. Kadın katılımcılar erkek katılımcılara göre daha çok kaygı bozukluğu ve depresyon tanısı almıştır. Kadın katılımcıların kaygılarının sebebi sevdikleri için endişelenmek, sorumlulukların ağır gelmesi olurken erkek katılımcıların kaygı sebepleri gelecek kaygısı ve ekonomik sıkıntılardır. Bu da toplumsal cinsiyet rollerinin duygusal hastalık tanısını şekillendirme potansiyelini ortaya koymaktadır. Çünkü sevgi, merhamet, özbakım verme, hane içi sorumluluğu üstlenme gibi toplumsal olarak kadınlara atfedilen roller ve kadın katılımcıların ifade ettikleri duygusal hastalık tanıları arasında bağlantı kurulabilmektedir. Aynı zamanda erkek katılımcıların yaşadıkları duygusal problemlerinin gelecek kaygısı, ekonomik yük altında ezilme, yetersiz hissetme veya duygusal sorununu rahatça yakın çevreyle paylaşamama gibi ifade ettikleri problemleri ise yine toplumsal olarak erkeklere yüklenen anlamlarda çözümlemek mümkün gözükmektedir. Evi geçindirmek, eşine veya çocuklarına ‘bakamayacaksa ‘evlenmemek, evi veya arabası yoksa ‘yeterince iyi bir eş, eş adayı, sevgili’ hissedememek, borçlu olduğu için utanmak gibi katılımcıların ifadelerinden çıkarabilecek bu durumlar; erkek katılımcıların belirttikleri anksiyete, panik atak, depresyon gibi duygusal hastalık tanılarıyla örtüşür gözükmektedir. Dolayısıyla bu çalışmanın ortaya koymak istediği bakış açılarından biri de kadın ve erkeklerde niceliksel olarak yalnızca hangi duygusal hastalıkların baskın olduğunun açıklanması yoluyla bir yorumda bulunmak değil; aynı zamanda aynı hastalıkların farklı cinsiyetlerde ortaya çıkma sebeplerinin de toplumsal sebeplerden değişebildiğidir. Erkek ve kadın katılımcılar aynı adlı hastalık için benzer oranlara sahip olsalar dahi hastalığın ortaya çıkış sebepleri toplumsal cinsiyet rollerince çerçevelenmiş ve şekillendirilmiştir. Bu bağlamda eleştirel bir perspektifle, hastalığı ortaya çıkarak toplumsal ve bireysel koşullardan ziyade ne olduğuna göre önerilen tedavilerin beşerî etkileşimleri ve toplumsal faktörleri içine alacak şekilde genişletilerek, niteliğe verilen önemin artırılmasına yönelik çabaların artmasının yerinde olacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın bulgularına göre uzman katılımcılarla diğer katılımcıların hastalıkların cinsiyetlere göre olan dağılımı ve nedenleri hakkındaki görüşleri birbirlerini destekler niteliktedir. Uzman katılımcılara kendilerine gelen hastaların daha çok hangi problemlerle geldikleri sorulduğunda bunlar kaygı problemleri, depresyon, öfke sorunları, uyum sağlayamama sorunları olduğu anlaşılmaktadır. Uzman katılımcılar hastalıklardaki cinsiyet dağılımı hakkında kadınların uzmana daha çok başvurduklarını belirtmişlerdir. Kadınların uzmana başvurma sebepleri arasında depresyon, kaygı bozukluğu, travmatik deneyimler sıklık gösterirken kaygı bozukluklarının oranı erkeklerde de benzer belirtilmiştir. Erkeklerde yaygın görülen problemlerin ise bazı mesleki sorunlar ve uyum problemleri olduğu aktarılmıştır. Özellikle duygusal hastalıklar ve toplumsal cinsiyet rolleri arasında güçlü bir bağlantı bulunmasının sebebi (Ussherr, 2011; Lutz, 2018), ataerkil sistem içerisinde duygusal olanın ve olması da makbul olanın kadın olarak tanımlanması; erkeğin ise duygusallıktan uzak, mantık ile özdeşleşen bir yapıda tanımlanmasıdır.

Katılımcılar duygusal bir sorunları olduğunu nasıl anladıkları hakkında enerji düşmesi, zevk alamama, iştah problemleri, uykusuzluk, tükenmiş hissetme, geçmeyen korku hali, çabuk sinirlenme, tahammülsüzlük yanıtlarını vermişlerdir. Tükenmiş hissetme, geçmeyen korku, tahammülsüzlük daha çok kadın katılımcılarda görülürken iştah problemleri ve uykusuzluk daha çok erkek katılımcılarda görülmektedir. Buna göre problemleri ifade ederken kullanılan ifade cümlelerinin kadın katılımcılarda daha duygu durumu ağırlıklı cevaplar içerdiği görülürken; erkek katılımcılar fiziksel dışavurumları daha çok ifade etme eğilimindedirler. Psikolojik süreçler ile bedensel hastalıklar arasındaki karşılıklı ifade anlamına gelen psikosomatik kavramı, bu bağlamda önemli bir noktayı aydınlatmaktadır. Zira bazen duygu, düşünce, stres gibi duygusal durumlar, bireyler tarafından dışa vurulamadığında, bedensel dışavurumlarla kendini gösterdiğini bilinmektedir (Lipowski, 1984). Bu durum hem insanın duygusal ve bedensel sağlığının ayrılmaz bütünlüğünü akla getirmeye yararken hem de duygusal ihtiyaçlar(örneğin duyguları rahatça ifade edebilme gibi) giderilemediğinde bedensel bir problem olarak da dışa vurulabildiğini düşündürmektedir. Erkek katılımcıların ifade ettikleri fizyolojik rahatsızlıklar ise duygularını ifade ederken kullandıkları güçlü, yeterli, düz, mantık ağırlıklı gibi ifadelerle bağlantılı düşünülebilmektedir. Zira toplumsal cinsiyet rollerinde ‘gerçek bir erkek’ olmanın koşulları mantıklı, ağlamayan, sahiplenici, ekonomik yeterliliğe sahip, cesur olmak gibi özelliklere bağlandığında veya erkeklığe saçma, hüznü, yoksul veya borçlu, korkak gibi davranışsal durumlar ‘anormal’ bulunduğunda, erkek katılımcıların daha fazla duyguyu bastırdıklarını düşünmek yersiz olmayacaktır. Ayrıca, kadınların kaygı, kırılganlık ve duygusallık gibi hislerle özdeşleştirilmesi, onların yaşadığı duygusal

deneyimlerin daha kolay “hastalıklı” olarak etiketlenmesine neden olmaktadır. Örneğin, aynı düzeyde stres yaşayan bir kadın ve bir erkeğin klinik değerlendirmesinde, kadın hastaya daha yüksek olasılıkla anksiyete bozukluğu teşhisi konulmakta; erkeğin ise yaşadığı duruma daha çok “dışsal” nedenlerle yaklaşılarak psikiyatrik bir etiket konulmaktan kaçınılabilmektedir (Möller-Leimkühler, 2024: 3). Bu da kadın ve erkeklerin duygusal hastalıklarını tarif ederken kullandıkları farklı kategorileri açıklar niteliktedir.

Katılımcıların çoğu yaptıkları ideal ruh hali tanımında kendi duygusal problemlerinin karşısında hangi ‘iyi’ duygu veya duygusal durum varsa, o minvalde yanıtlar vermeye eğilimli oldukları görülmüştür. Örneğin yoğun kaygı yaşayan katılımcılar daha kaygısız olmayı ideal ruh hali olarak tanımlarken mutsuzluk yaşayan katılımcılar mutlu olmayı ideal olarak tanımlamışlardır. Bu da ideal olanın tanımını genellenebilir olmaktan çıkartıp öznel deneyimler sonucu tahayyül edilen bir algı olarak düşünülmesinin önünü açabilmektedir. Örneğin her ne kadar sosyoekonomik koşulların erkek katılımcıların duygusal hastalıklarıyla bağlantısı kadın katılımcılara göre daha yüksek olsa da araştırma sonuçlarında erkek katılımcıların da kendi içlerinde ideal ruh hali tanımında karşıt denebilecek farklılıklar bulunduğu görülmektedir. Bir katılımcı (K14) ekonomik yeterliliğin önemini vurgularken ve yaşamın devamlılığı için elzem olduğunu söylerken bir diğer katılımcı (K18) ekonomik yoksulluk çektiği dönemlerdeki ruh halini ideal olarak tanımlamıştır. Bu da göstermektedir ki hem ideal yaşam koşulları ve ideal duygular birbiriyle iç içe geçerek anlamlandırılmakta hem de bir yaşam koşulunun ideal hali her zaman beraberinde ideal bir duyguyu getiremeyebilmektedir. Çünkü katılımcı(K18) bahsettiği dönemde ailevi, maddi, manevi anlamda adeta her şeye sıfırdan başladığı bir döneme girdiğini ve parasız ve arkadaşsız kaldığı izole bir döneme devam ettiğini ifade ederken öte yandan o dönemlere özlem duyduğunu da dile getirmiştir. Bu da bireylerin toplumsal olarak uygun görülen ideallerin dışında da tanımlar yapabildiğini ve ideal tanımının biricikliğini göstermektedir. Dolayısıyla herkesçe biricik olan bu kavramın genellenebilir bir açıdan ele alınıp normal ve anormal ayrımında bir kıstas olarak kullanılmasının zaman zaman aşırı teşhisleme veya tedavi süreçlerine neden olabileceği unutulmamalıdır.

Uzmanla başvurma nedenleri kadın ve erkek tüm katılımcılar için deneyimledikleri sürecin normal olup olmadığını dışarıdan bir değerlendirme aracılığıyla onaylatmak olmuştur. Çoğu katılımcı tarafsız biri tarafından dinlenmenin iyi hissettirdiğini belirtmiştir. Katılımcıların çoğu kendi isteğiyle uzmana gitmiştir. Bazı katılımcılar tavsiye ve yönlendirme ile giderken bazı katılımcılar ise reşit olmadan önce ailesi tarafından götürülmüştür. Tavsiye ve yönlendirmeye giden katılımcıların çoğu erkeklerden oluşmaktadır. Bazı katılımcılar uzmana gitmelerinde sosyal medyanın etkisi olduğunu belirtmiştir. Sosyal medya yoluyla uzmana

başvuran katılımcılar kadınlardan oluşmakta erkekler sosyal medyayı bu amaçla daha az kullanmaktadır. Kadınlar uzmana başvurma sürecinde erkeklere göre daha kolay karar vermektedir.

Tedavi sürecine dair katılımcıların deneyimlerine bakıldığında bir katılımcı hariç tüm katılımcılar ilaç tedavisi gördüğünü ve en az bir tanı aldığını söylemiştir. İlaç tedavisi bazı katılımcılarda altı aydan kısa sürmekteyken çoğu katılımcı bir yıldan fazla süre ilaç kullanmıştır. Çoğu katılımcı tedavi için özel kliniğe gitmeyi tercih ettiğini söylemiştir. Devlet hastanesine giden katılımcılar azınlıktadır. Katılımcılardan biri online tedavi hizmeti almış diğer tüm katılımcılar yerinde hizmet almıştır. Tedavi için özel kliniği tercih etme sebepleri olarak alınan hizmetin kalitesi, uzun süre ayrılması, erken randevu tarihi bulunması, daha az ilaca yönlendirme ifadelerini kullanan katılımcılar; devlet hastanelerini tercih etmeme sebeplerinin kısa görüşme süreleri, çabuk ilaç yazılması, zor randevu alınması olduğunu belirtmiştir. Devlet hastanelerinde tedavi gören katılımcıların tercih sebepleri, özel kliniklerin ekonomik olarak zorlayıcı olması ve sürdürülebilir olmamasıdır. Uzman katılımcıların hepsi devlet kurumlarına bağlı kliniklerde görüşmelerin kısa sürdüğünü, ilaç tedavisinin sık önerilmesinin sebeplerinden birinin bu olduğunu düşünmektedir. Psikiyatrist katılımcı yeterince hasta olmayanların elimine olduğu bir sistem ifadesini kullanarak bireylerin tedaviye erişimlerinin zor olabildiğini ve Türkiye’de çoğu hastanede terapi uygulamak için elverişli bir ortamın oluşmadığını belirtmiştir. Uzman katılımcıların duygusal hastalıkların tedavisinde ilaç kullanımına dair görüşlerine göre psikolog katılımcı ilaç kullanımına psikiyatr katılımcıdan daha fazla karşı çıkmaktadır. Psikiyatristlerin çok kolay ilaç yazdığını ve ilaçların iyileştirici etkisinin olmadığını düşünmektedir. Psikiyatrist katılımcı ise ilaç kullanımının gerekli görüldüğü taktirde kullanılması gerektiğini düşünmektedir. Psikiyatrist katılımcıya göre hekimin tecrübesi, etik ve ahlaki değerleri tedavinin seyrini büyük oranda etkilemektedir. Duygusal hastalıkların teşhisi hakkında bunun tartışmalı bir konu olduğunu belirten psikiyatrist katılımcıya göre psikiyatrik hastalıklarda çoğu hastanın MR, kan tahlili gibi sonuçlarının bulgu vermediği dolayısıyla tanı koyma ile hekimin mesleki tecrübesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. İki uzman katılımcıya göre duygusal hastalıklarda ilaç tedavisi artmakta ve bu ilaç firmalarıyla bağlantılı değerlendirilmektedir. Bu anlamda mevcut bir ruh sağlığı yasasının olmayışı psikiyatrist katılımcıya göre etik ihlalleri denetlenemez kılmaktadır.

Katılımcıların büyük çoğunluğu ilaçla tedavi olmaya dair deneyimlerinde ilk randevuda antidepresan reçete edildiğini söylemiştir. Antidepresanı ağırlıklı olarak psikiyatrist ve psikologlar reçete etmiş iki katılımcıya alan dışından (pratisyen hekim ve onkolog) hekimler antidepresan yazmıştır. İki katılımcı hariç diğer tüm katılımcılar tedavi seçeneği olarak

terapinin sunulmadığını söylemişlerdir. Antidepresan kullanan çoğu katılımcı ilaca bağımlılık geliştirmiştir. Bazı katılımcılar ise hiçbir etki ve yan etki hissetmediklerini belirtmiştir. Antidepresan kullanımının yan etkileri katılımcılara göre çarpıntı, uykusuzluk, iştah artması, sersemlik hissi, mide bulantısı, baş ağrısı, cinsel isteksizlik, ereksiyon problemi olmaktadır.

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında da SSRI(Seçi Serotonin Geri alım intibitörleri) sonrası cinsel işlev bozukluğunun, bazen önerildiği gibi altta yatan bir depresyonun semptomlarının yeniden ortaya çıkmasından ziyade direkt SSRI kullanımının gerçek bir sonucu olduğu konumunu desteklemektedir. Bu da cinsel işlev bozukluğunun depresyondan değil depresyon tedavisinde kullanılan ve SSRI barındıran ilaçlardan kaynaklandığını doğrulamakta ve çalışmanın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. İlacın duygularını nasıl etkilediği hakkında bazı katılımcılar salak gibi yapıyor, mallaştırıyor gibi ifadelere başvurmuşlardır. İlaça bağımlılık geliştiren katılımcıların çoğu yoksunluk belirtisi göstermiştir. Bu belirtileri baş dönmesi, çarpıntı, tansiyon yüksekliği, burun kanaması, uykusuzluk, ilacı almaya dair yoğun istek oluşturmaktadır. İlaç kullanan tüm katılımcılar ilacı bıraktıktan sonra problemlerinin yeniden başladığını ifade etmiştir. Cinsiyet dağılımına bakıldığında kadın ve erkek katılımcıların yan etki ve yoksunluk belirtilerinde cinsiyete dair bir farklılık görülmemiştir. Antidepresan ilaçların kalıcı ve geçici yan etkilerine dair literatürde bulunan araştırmalardan birinde (Moncrieff, 2015) düşük doz olduğu söylenen ilaçların da bağımlılık yapabileceğini hatta bu bağımlılığın tek kullanımda dahi olabileceği ifade edilmektedir. Dolayısıyla düşük doz yanılıgısı çalışmadaki birçok katılımcıda görüldüğü gibi bireyleri etkisi hafif ilaç yanılsamasına sokabilmektedir. Oysa yapılan çalışmalara bakıldığında ilaç miligramının düşük olması etkisinin ve yan etkisinin hafif olacağı anlamına gelmemektedir. Çalışmanın bu doğrultudaki bulguları literatürdeki çalışmalarla tutarlılık göstermektedir.

Bir katılımcı hariç diğer tüm katılımcılar antidepresan kullanmayı bıraktıklarını belirtmiştir. İlacı bırakma sebebi olarak iki katılımcı hariç diğerleri ilacın kalıcı bir çözüm olmadığını düşünmektedir. İki katılımcı ise ilacı bırakma sebebi olarak bir etki görmediklerini söylemişlerdir. Tedavi süreci sonunda katılımcıların geriye dönük değerlendirmeleri ise çoğunlukla terapinin faydalı olacağı düşüncesidir. Bunun sebeplerini tarafsız birine anlatmanın rahatlatıcı olması, işin uzmanından fikir almanın iyi hissettirmesi, sorunla yüzleşmeye ve sorunu kabul etmeye etkisi oluşturmaktadır. İlaç tedavisinin sonunda katılımcılardan hala ilaç kullanan katılımcı hariç hiçbiri antidepresan kullanımını önermemektedir. Katılımcılara duygusal sorunları olanlara neler tavsiye ettikleri sorulduğunda bir hobi edinme, kafayı dağıtacak bir şeyler bulma, yürüyüş yapma, sosyalleşme, kendini kabul etme önerilerde bulunmuşlardır.

Çoğu katılımcı geçmişte yaşadığı olumsuz bir duygunun tecrübe kazandırdığını söyleyerek yaşamının devamında olumlu deneyimlerde etkisi olduğunu söylemiştir. Uzmanla başvurmak dışında alternatif yöntem olarak katılımcılar kursa gitmek, kitap okumak, yürüyüş yapmak, alkol almak, sigaraya yeniden başlamak, meditasyon yapmak, internetten gördüğü nefes tekniklerini uygulamak ve balık tutmak olduğunu söylemiştir.

Bir katılımcı hariç diğerleri toplumsal olayların duyguları üzerinde etkili olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların anlatımlarına göre deprem, yangın, pandemi, kadın cinayetleri, taciz ve tecavüz olayları, sokak hayvanları yasası, siyasi problemler, göçmenler, trafik kazaları gibi toplumsal olaylar sonucunda kaygı, korku, öfke, mutsuzluk, üzüntü, tiksinti gibi duygular hissedilmektedir. Katılımcıların çoğu bu toplumsal olaylar sonucunda güvensizlik, belirsizlik, gelecek kaygısı, mevcut duygusal sorunun derinleşmesi, empati kurma gibi deneyimler yaşadıklarını aktarmışlardır. Konuyla bağlantılı biçimde, Gallup ve BM Sürdürülebilir Kalkınma Çözümleri Ağı ile yapılan “Dünya Mutluluk Raporu’ndaki (2025)” analizlere göre en mutlu ülkeler listesinin ilk sıralarını Kuzey Avrupa ülkeleri oluşturmakta ve Finlandiya, sekizinci kez üst üste birinci sırada yer alırken; Danimarka, İzlanda, İsveç ve Hollanda gibi diğer İskandinav ülkeleri de ilk beşte konumlanmıştır. Bu ülkelerin yüksek yaşam memnuniyetine sahip olmalarında başta cinsiyet eşitliği politikaları, sosyal refah devleti uygulamaları, güçlü toplumsal destek ağları ve yüksek yaşam standartlarının belirleyici rol oynadığı görülmektedir (World Happiness Report, 2024). Norveç örneği, özellikle toplumsal cinsiyet eşitliği ve ruh sağlığına erişim bakımından dikkat çekmekte ve Norveç’in, 2024 yılında yedinci sırada yer alarak istikrarlı yüksek mutluluk düzeyini koruduğu görülmektedir. Refah devleti politikaları sayesinde bireyler ruh sağlığı hizmetlerinden ücretsiz ve yaygın biçimde faydalanabilmekte, bu durum özellikle duygusal sağlık göstergelerinde toplumsal dinamiklerin katkısını ortaya koymaktadır (Euronews, 2024).

Çalışma bulguları toplumsal cinsiyet ve duygular bağlamında araştırıldığında iki katılımcı hariç diğerleri duyguların cinsiyete göre farklılaştığını düşünmektedir. Katılımcılar kadınların daha duygusal, kırılgan, affedici, narin, duygularını kolay dışa vurabilen, çok yönlü, kibar olduğunu düşünürken erkeklerin daha öfkeli, sinirli, düz, sert, duygusuz, yönlendirmeye açık, duygularını baskılayan özellikler gösterdiklerini düşünmüşlerdir. Duyguların cinsiyete göre değerlendirilmesinde kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Bu duygu dağılımının neden böyle olduğu araştırıldığında katılımcıların çoğu yetiştirilme tarzı olduğunu söylemiş, bazı katılımcılar ise biyolojik faktörler ve fitrat olarak açıklamıştır. Uzman katılımcıların görüşlerine göre kadınlar duygularını erkeklere göre daha kolay ifade ederken öte yandan travmatik olayları anlatmada erkeklerin kendilerini

kadınlara göre daha rahat ifade ettiği söylenmiştir. Psikolog katılımcı bunun hep biyolojiden hem toplumsal cinsiyet kodlarından kaynaklandığını aktarmıştır. Psikiyatr katılımcı ise kadınların travmatik olayları erkeklere kıyasla daha zor anlatmasının korku ve yaşamsal tehdit unsurlarından kaynaklandığını ifade etmiştir.

Katılımcıların hepsi borçluluk, işsizlik, yoksulluk gibi durumların duyguları olumsuz etkileyeceğini belirtmektedir. Katılımcılar bu duyguları yetersizlik, mutsuzluk, kaygı olarak tanımlarken deneyimleri ise özgüvensiz hissetme, stresli olma gibi açıklamalarla ifade etmiştir. Katılımcıların hepsi borçluluk ve işsizliğin erkekleri kadınlardan daha çok etkilediğini düşünmektedir. Erkek katılımcılar borçlu veya işsiz olmanın duygusal ilişkiden geri durmak, ezik hissetmek, yetersiz hissetmek, panik atak yaşamak, intihara meyletmek, geçim sıkıntısı gibi sonuçlar doğuracağını düşünmektedir. İki kadın katılımcı ise borçluluk ve işsizliği suç işleme potansiyeli olarak değerlendirmektedir. Katılımcılara işsizliğin ve borçluluğun duyguları nasıl etkilediği sorulduğunda tüm katılımcılar duygularla doğrudan alakalı olarak değerlendirdiğini ifade etmiştir. Özellikle erkek katılımcılar borcun ve işsizliğin kendilerini kadınlara kıyasla daha çok etkilediğini ve bunun duygusal bir yük oluşturduğunu belirtmişlerdir. Bazı katılımcılar borçluluk, işsizlik ve suç olgusu arasında bağlantı kurmuş; bazı katılımcılar ise işsizlik, borçluluk, yoksulluk gibi ekonomik durumların aile yaşantısını olumsuz etkileyeceğini belirtmiştir. İş hayatı ve ekonomik durum bireylerin özel alanlarında geçirdiği zamanını ve planlamaları doğrudan etkileyen (Sennett, 2008: 68), bireye hem bireysel hem toplumsal anlamda işlevsellik kazandıran, yeterli hissedip hissetmemesine doğrudan etki eden ve özgüvenini etkileyen olgulardır. Daha dengeli ekonomik, politik ilişkiler daha dengeli ruh hallerinin oluşmasında oldukça etkilidir (Lazzarato, 2012). Toplumsal yapıdaki eşitsizlikler ve güç dengesizlikleri, sosyal ilişkilerdeki kırılanlıkları ve ruhsal problemleri artırmakta ve derinleştirmektedir. Maturo bu süreci “sağlığın ahlaki bir zorunluluğa dönüşmesi” üzerinden okumaktadır. Zira borç sadece ekonomik bir mesele değil, bireyin kendini yeterli hissetmemesine, değersizlik duygularına ve nihayetinde depresyona kadar varan bir psikolojik çözülmeye neden olabilmektedir. (Maturo, 2012:68). Duygular bağlamında da bu depresyon, kaygı, stres ya da üzüntü gibi haller sadece bireyin iç dünyasına ait değil; toplumsal yapıların bireyde bıraktığı izler olmaktadır.

Antalya’da ikamet eden katılımcılar kentleşme ve duygular arasındaki ilişkiyi açıklarken akıllarına daha çok şehrin doğası, iklimi gibi özelliklerin geldiği görülmekte fakat İstanbul’da ikamet eden katılımcıların kent yaşamının duyguları yıpratıcı etkisi olduğunu düşündükleri görülmektedir. İstanbul’da yaşayan katılımcılar hayat pahalılığı, trafik sorunu, kalabalık, konut kiralardaki artış, deprem riski, binaların güvensizliği gibi sebeplerden

kaynaklı kaygı, stres, korku, tahammülsüzlük, ekonomik zorlanma gibi deneyimler yaşadıklarını aktarmışlardır. . Uzman katılımcılar ise modernleşmeyle birlikte stres faktörlerinin çoğaldığını ve kalabalık kent yaşamlarında bireylerin sürekli bir yerlere yetişme telaşı olduğunu söyleyerek modern kent yaşamının toplumdaki duygusal hastalık tanılarını artırdığını ifade etmektedir.

Var olan olumsuzluklarla bireysel olarak başa çıkılamayacağı düşüncesi; insanın modern psikiyatriye teslimiyetini getirmektedir. Sebepleri ve sonuçları herkesçe değişen ve biricik olan duygu sorunları için karar mercii modern tıp ve psikiyatri bilimi olduğunda aşırı teşhis, yan etki, ilaçlaştırma gibi kavramlarla karşılaşma ihtimalimiz artmaktadır. Milyonlarca sebebi, gelişim aşaması, kendini gösterme biçimi, hekime doğru, yanlış, eksik veya yönlendirmeli aktarılma biçimi gibi ihtimali olan ruh halleri; DSM' deki, belirli tanı kriterleri çerçevesinde ele alınarak, sayısal olarak tanı kriterinin karşılanma oranına göre tedavi edilmesi gereken bir problem olarak etiketlenme riski taşıyabilmektedir. Deney ve gözlem yoluyla kesin olarak belirlenemeyen insan duygu durumunun değişkenliği karşısında, çoğunlukla deney ve gözleme dayalı üretilen, biyolojik bir müdahale içeren ilaçlar yer almaktadır. İnsan duygulanımlarının deneysel yöntemlerle kestirilemez oluşu, insan duygulanımlarının değil, bu “anormal” tanımlanan duygulanımların ilaçlar tarafından ne ölçüde “normal” düzeye çekildiği üzerinden deneye tabi tutulmaktadır. Çünkü duyguları onaran ve duyguların normal düzeye çekilmesi gerektiğini içselleştiren bakış açısı, duyguların kaynağına değil bizzat kendisine odaklanmaktadır. Örneğin aşırı para harcama edimini normal dışı olarak tanımlarken duygu durum bozukluğu tanısının koyulmasının ilaç sektörüyle basit hale gelmesi kadar önemli bir diğer sorun da aşırı para harcamayı problem olarak kategorize ederken “duygu-durum bozukluğu” ve -tüketim toplumunun- “tüketimci birey” kavramlarına eşit mesafeden yaklaşılmasıdır. Bu da boşanmanın bir kadın tarafından travmatik bir sürece dönüşerek etiketlenmesini ortadan kaldırmaya yarayacak toplumsal eğitim ve bilgilendirmeler yapmak yerine, bu süreci deneyimleyen kişi depresyona girdikten sonra depresyonunu ilaçla çözmeye olan eğilimden kaynaklanıyor gözükmektedir. Allan Horwitz ve Jerome Wakefield da “The Loss of Sadness” adlı eserlerinde benzer biçimde, modern depresyon tanısının sıradan üzüntü ve keder deneyimlerini hastalıklaştırdığını savunmaktadır. Bu bağlamda birçok “duygusal hastalık”, bireyin yaşadığı toplumsal adaletsizlik, yalnızlık, işsizlik ya da kayıpların doğal birer sonucu iken, klinikleşmiş bir dil aracılığıyla “tedavi edilmesi gereken” kişisel sorunlara dönüştürülmektedir (Wakefield vd., 2007). Burada normal ve anormal tanımlamasının varlığından farklı bir problem karşımıza çıkmaktadır ki o da problemi normal düzeye çekmek için tek bir çözümün benimsenmesine olan yatkınlıktır. Bir çözüm diğerinden daha kolay

olduğu için kolay olanı tek çözüm olarak değerlendirmemek, insan duygularını ele alırken çok yönlü ve bütünsel bir bakış açısı sunabilmek ve duyguları hapsedildiği tıbbi alandan çıkarıp daha sürdürülebilir ve anlama yönelik çözümler sunabilmek konusunda önemli olmaktadır.

Araştırmanın sonuçlarına göre modern yaşamın getirdiği kentleşme, kalabalık, stres, sürekli bir yerlere yetişme arzusu, geçmeyen bir geç kalmışlık hissi, sosyal bağların ve dayanışmanın zayıflayarak yüz yüze derin sohbetlerin azalması duygusal sorunların artmasını doğrudan etkilemektedir. Richard Sennett'in duyguların modern kapitalist toplumda nasıl yıpratıldığını tartıştığı “Karakter Aşınması” adlı eseri de bunu doğrular niteliktedir. Sennett, sürekli rekabet, bireysel sorumluluk ve performans baskısının bireyleri yüzeysel, kırılgan ve bağ kurmakta zorlanan varlıklara dönüştürdüğünü ileri sürmektedir (Sennett, 2017). Bu durum, bireylerin iç dünyasını ve duygusal dayanıklılığını aşındırırken, duyguların tıbbileştirilmesi sürecini de hızlandırmaktadır. Zira çalışmanın sonuçları bireylerin duyguları konusunda uzmana başvuru sebeplerinin hemen hepsinin bir yandan tarafsız biri tarafından dinlenmek ve kendini rahatça ifade edip açabileceği biriyle konuşabilmek olduğu anlaşılmaktadır. Bu da gittikçe kalabalıklaşan kent yaşamlarında bireylerin yalnızlık hissini bir o kadar derinleştirdiğini göstermektedir. Bireyler dahil olmadıkları kalabalıklarda dahil olmadıkları ölçüde yalnız hissetme eğilimindedirler. Zira yaşama dair umut ve motivasyon, bir şeyleri değiştirebileceğini bilmekle yakından bağlantılıdır. Varlığı veya yokluğu arasında bir fark olmadığını düşünecek kadar pasifleşen bireylerde anlamsızlık hissi artabilmekte bu da yalnızlık ve işlevsizlik hislerini pekiştirebilmektedir. Örneğin Bauman’a göre duygular artık “cep boyu ilişkiler” gibi kullan-at mantığıyla yaşanmakta, bağlanma korkusuyla kısa süreli deneyimlere indirgenmektedir (Bauman, 2005). Bu bağlamda postmodern çağın temel özelliklerinden biri olan hazcılık ve anlık tatmin arayışı, duyguların deneyimlenme biçimini kökten değiştirmiştir.

İş ve sosyalleşme işlevi arasındaki bağlantı da önemli bir diğer noktayı oluşturmaktadır. Çünkü bir işte çalışıyor olmak yalnızca maddi bir fayda ve ekonomik bağımsızlık getirmekle kalmayıp bireyin işlevselliğini ve işe yararlılığını da hatırlatan yan işlevlere sahiptir. Bu da bireylerin eyledikçe ve bir uğraş edindikçe kendilerini işlevli, yeterli, özgüvenli hissetmelerini açıklamaktadır. İnsan beyninin bilinen biyolojik evrimsel kapasitesine göre modern yaşamın akışkanlığının hızlı seyretmesi, bireyleri yaşanan toplumsal değişimlere uyum sağlama noktasında zorlamakta ve giderek edilgenleştiren bir hale sokmaktadır. Öyle ki üretime verilen önemin azalması, manevi üretim süreçlerinin de çözülmesine önayak olmuş; bireyleri kendi hayatlarını idame ettirebilmek için çoğu zaman bir makinenin bir tuşuna basma göreviyle donatmıştır (Bauman, 2010). Modern toplumda her şeyin bu kadar erişilebilir ve kolay oluşu, bireylerin duygusal problemlerinin nedenine ulaşmak konusunda aynı erişilebilirlikte

ilerlememektedir. Bu da yaşam için üretmeden yalnızca üretilenleri tüketen (Featherstone, 2013), giyeceği kıyafetlerin markalarca tasarlandığı, sevdiği renk toplumsal cinsiyet kodları tarafından yönlendirilen, yaşamını büyük oranda sunulan seçenekler arasından yaşayan modern toplum bireyleri kendine kendini anlayabilmek için anlamlı bir uğraş bulmakta zorluk çekmektedirler.

Çalışmanın sonuçlarına göre sosyal bağların, arkadaşlık ve dostlukların, komşuluk ilişkilerinin güven temelinde ilerlemediği ve bu tür uzun soluklu iletişime göre hızlı ve değişken ilerleyen yaşam koşulları birbirlerine ve kendilerine yabancılaşan bireyleri yalnızlaştırmakta; eşler birbirlerini anlamakta, dostlar birbirine güvenmekte, komşular birbirlerine tanımakta ve önyargısız yaklaşmakta zorluk çekmektedirler. Bu da insanın sosyal bir varlık oluşuna aykırı bir biçimde kendi dahil diğer bireylerle yarışan ve daima daha iyi, mutlu, başarılı, sağlıklı olmaya çabalayan bir yapıya bürünmesine yol açarak duygusal anlamda tükenmesine sebep olabilmektedir. Çünkü modern ve dijitalleşen dünyada gittikçe daha temsili ve değerden arındırılmış pratiklerin hayatımıza girdiğini söylemek mümkündür

Bir başka açıdan, teknolojinin duygusal yardım arayışlarında sunmuş olduğu online hizmetler bir yandan erişilebilir, daha ekonomik ve süreci hızlandırıyor olsa da öte yandan yüz yüze iletişimin çoklu etkilerini ve buna dayalı günlük yaşam pratiklerini silikleştirebilmektedir. Çalışmanın sonuçlarına göre, kaygı bozukluğu olarak tanımlanan anksiyete, panik atak gibi problemler belirli bir sürecin sonunda yeniden deneyimlenen belirsizlik ve endişe duygularının sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Katılımcıların ifadelerine göre manevi bağ kurulan yakın çevre için endişelenmek, toplumsal damgalama ve dışlanmaya maruz kalmak, sağlığı için endişelenmek, aile içi iletişimsizlik, hedefsizlik ve insana bağımlılık, kişinin bireyselliğine saygı duyulmaması ve tahakküm altında yaşaması, mevcut sorumlulukların duygusal bir yüke dönüşmesi, özellikle duygusal bağ kurulan kişi tarafından cinsel tacize uğramak, şiddet, işsizlik ve borçluluk hali, toplumsal siyasi belirsizlikler ve uygulanan politikalar, kadının bedeni üzerindeki denetimine müdahale etmek(eş tarafından vajinal doğuma zorlanmak) gibi sebepler bireylerde duygusal sorunlara yol açarak hastalık tanısı almalarına sebep olmaktadır. Oysa söz konusu sebepler toplumsal olarak inşa edilen dolayısıyla toplumsal şartların değişimine bağlı olarak değişme ihtimali olan sebeplerdir. Bu da psikiyatrik hastalıkların toplumsal inşasını değiştirmeye yönelik çabalarla azaltılabileceğini göstermektedir. Örneğin katılımcıların ifadelerinden hareketle, çocuklarının geleceğini düşünen ebeveynlerin kaygısı, adil şartlarda sunulan istihdam olanaklarıyla; felçli bir ebeveyne bakıyor olmanın duygusal yükü, sosyal devlet imkanlarının adil ve erişilebilir olmasıyla; hedefsizlik ve insana bağımlı olma sorunu, genel geçer ve yüzeysel sosyal ilişkiler yerine anlamlı, derin bağlar oluşturmaya ortam sunacak

toplumsal yaşamla ve kişilerarası güveni zedeleyecek toplumsal olayların (hırsızlık, gasp, tecavüz, taciz, linç, damgalama, ötekileştirme gibi) azaltılmasına yönelik girişimlerle; kişinin bireyselliğine saygı duymamak, toplumsal değerler ve öğretilerin ilgili yönde şekillenmesiyle; taciz, tecavüz, kadın bedenine müdahale ve şiddet hem kadın bedenine karşı hak ve değer görülen tahakkümü kırmaya yönelik çalışmalarla, namusa kadın ile özdeş bağlar yükleyip bunu korumakla yükümlü tarafın erkek olduğuna dair algıların değişmesine yönelik bilinçlendirmelerle hem de bu bağlamdaki cezai yaptırımların mağduru daha mağdur hale getirmeden uygulanmasıyla; işsizlik, toplumun istihdam açığı ile entegre bir eğitim planlamasıyla; borçluluk, tüketim bilinçlendirmeleri ve özellikle bankaların bireylerin ekonomik elverişliliğine göre maddi olanak sunmasıyla; siyasi kararların toplumsal refahı, güven ve dayanışma bağlarını zedelemeyecek şekilde biçimlenmesiyle çözüme kavuşabilir. Bu da tıbbın alanında ele alınan çoğu psikiyatrik hastalığın toplumsal alanda ele alınmadan çözülemeyeceği anlamına gelmektedir. Toplumsal sorunlar çözülmeden bireysel sorunlar ancak ilaç ve kendine yardım uygulamalarıyla itilebilmekte, giderek artan hasta ve hastalıklar daha çok tıbbi müdahaleye maruz kalmaktadır.

Bu çalışmanın bulguları, duyguların toplumsal bağlamda nasıl yeniden tanımlandığını ve giderek tıbbileştirme süreçlerine dahil edildiğini göstermektedir. Katılımcıların deneyimleri, daha önce “doğal” ya da gündelik yaşamın olağan bir parçası olarak kabul edilen mutsuzluk, kaygı, korku veya öfke gibi duyguların artık çoğunlukla tıbbi bir müdahale gerektiren durumlar olarak kavramsallaştırıldığını ortaya koymaktadır. Örneğin mutsuzluk, depresyon olarak tanımlanma eğilimdeyken korku, kaygı gibi duygular anksiyete, panik atak, takıntı gibi tıbbi terimlerle ifade edilmektedir. Bu ifade biçimi yalnızca uzmanlar tarafından tek taraflı kullanılmamakta; bireyler tarafından da içselleştirilerek günlük konuşma dilinde yer almaktadır. Duygu ifadesi içeren cümlelerde duygunun ve hastalığın tanımında kullanılan kavramların sınırlarının bulanıklaşarak iç içe geçtiğinin görülmesi, duyguların bireysel ve toplumsal düzeyde bir “patolojikleştirme” sürecine tabi tutulduğunu göstermektedir.

Bulgular aynı zamanda toplumsal cinsiyet farklılıklarına da işaret etmektedir. Kadın katılımcılar daha çok kaygı, korku, mutsuzluk gibi duygularının deneyimlerinin tıbbileştirilmesine maruz kalırken; erkek katılımcılar kaygı ve öfke gibi duyguların tıbbileştirilmesiyle karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum duyguların yalnızca bireysel bir yaşantı değil, aynı zamanda toplumsal normlar, iktidar ilişkileri ve cinsiyet rolleri üzerinden şekillenen birer toplumsal inşa olduğunu ve bu inşanın modern tıbbın söylemleriyle birleşerek yeni bir denetim alanı yarattığını göstermektedir.

Sosyoekonomik bağlam, bu süreçte belirleyici olan bir diğer faktör olmaktadır. İşsizlik, borçlanma, güvencesizlik ve yoksulluk gibi yapısal sorunlar, bireylerin duygusal yükünü artırmakta; buna rağmen bu sorunların toplumsal nedenleri çoğunlukla göz ardı edilerek, bireyin yetersizliği, eğitimsizliği, şanssızlığı, yeteneksizliği gibi algılanarak, hastalığa veya semptomla indirgenmektedir. Böylece yapısal eşitsizliklerin ürettiği duygular, tıbbi bir problem olarak bireyselleştirilmekte ve çözüm alanı da tıbbın müdahalesine bırakılmaktadır.

Araştırma, aynı zamanda toplumsal normlarla şekillenen “ideal duygu” algısını inceleyerek neoliberal kültürün dayattığı sürekli mutlu, üretken, pozitif ve uyumlu birey idealinin, belirli duyguların kabul edilir, diğerlerinin ise patolojik sayılmasına yol açtığını göstermektedir. Bu bağlamda, mutsuzluk gibi duygular giderek daha az tolere edilmekte ve tıbbileştirilmektedir.

Duyguların tıbbileştirilmesinde ilaç kullanımı önemli bir rol oynamaktadır. Katılımcılar, antidepresan başta olmak üzere diğer psikiyatrik ilaçların günlük yaşamlarında giderek daha yaygın hale geldiğini, ancak bu ilaçların yan etkilerinin hem bedensel hem de duygusal açıdan yeni sorunlar doğurduğunu aktarmaktadır. Böylece tedavi amaçlı kullanılan ilaçlar, kimi zaman bireylerde yeni bir problem ve bağımlılık alanı yaratmaktadır.

Kolektif travmalar da duyguların tıbbileştirilmesini besleyen bir zemine işaret etmektedir. Pandemiler, ekonomik krizler, doğal afetler ve siyasal belirsizlikler, toplumun genelinde yoğun kaygı ve güvensizlik üretmekte; ancak bu deneyimler de çoğunlukla bireysel ruhsal bozukluklar düzeyinde ele alınma eğiliminde gözükmemektedir. Oysa bu travmalar kolektif nitelikte olup, toplumsal dayanışma biçimleri yerine tıbbi çözümlerle sınırlandırılmaktadır.

Çalışmanın bulguları, duyguların sınırlarının yeniden çizildiğini ortaya koyarak normal ile patolojik, olağan ile tedavi gerektiren duygu arasındaki sınırın giderek belirsizleştiğini göstermektedir. Bu belirsizlik, hem aşırı teşhis ve tedavi riskini artırmakta, hem de bireyleri kendi duygularını sürekli denetleme baskısı altına sokmaktadır. Bu denetleme pratikleri için sosyal medya ve diğer dijital aygıtlar önemli bir rol üstlenmektedir.

Genel olarak araştırma, duyguların tıbbileştirilmesinin yalnızca bireysel bir deneyim değil, sosyoekonomik koşullar, toplumsal normlar, cinsiyet rolleri, kolektif krizler ve tıbbi endüstriyle birlikte şekillenen çok boyutlu bir süreç olduğunu göstermektedir. Böylece çalışma, duyguların modern toplumda nasıl tıbbileştirilerek yeniden üretildiğini, bu üretimin bireyler üzerindeki etkilerini, bu etki mekanizmasının birey ve toplum bağlamındaki karşılıklı ilişkisini ortaya koymaktadır.



KAYNAKÇA

- Adak, N. (2015). *Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme*, Siyasal Yayınevi, Ankara
- Ahmed, S. (2010). *Duyguların kültürel politikası* (B. Ülgen, Çev.). İstanbul: Metis Yayınları.
- American Psychiatric Association. (2013). *Ruhsal bozuklukların tanınal ve sayısal el kitabı DSM-5* (E. Köroğlu, Çev. Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Ankara Tabip Odası. (2025). *Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı Azalıyor! Cepten Harcamalar Artıyor!*
- Applbaum, K. (2011). *Sağlıkta Küresel Pazarlama: İlaç Entrikaları* (Çev. Umut H.) *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları*. İstanbul: Yordam Kitap.
- Aras, H., & Doğan, S. (2018). *Sağlık hizmetlerinde müşteri ilişkileri yönetimi: Özel hastanelerde bir uygulama*. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(1), 89–107.
- Aristoteles. (2010). *Nikomakhos'a Etik* (Çev. S. Cengiz). Say Yayınları.
- Artı Gerçek. (2023). *Rapor: Türkiye sağlık harcamalarında sondan üçüncü sırada*
- Augustinus. (2012). *İtirafılar* (Çev. D. Çiğdem). Alfa Yayınları.
- Aksakoğlu, G. ve Sönmez, Y., (2003). *Küreselleştirme ve Toplum Sağlığı*, Toplum ve Hekim, 18(3): 196-199.
- Aydın, A. (2017). *Yaşayan Deneyim – John Dewey ve Maurice Merleau-Ponty*, Maurice Merleau-Ponty Cogito (88) 247-266. İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.
- Ayten, A., & Küçükcan, T. (2015). *Dini başa çıkma: Teorik çerçeve ve Türkiye'deki ampirik çalışmalar*. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 15(1), 9–34.
- Aytaç, Ö. ve Kurtdaş, M. Ç. (2015). “Sağlık-Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi”. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25 (1): 231-250.
- Bakan, J. (2004). *Şirket: Kâr peşindeki kurumların patolojik doğası* (T. Birkan, Çev.). Everest Yayınları.
- Baudrillard, J. (2008). *Tüketim Toplumu*. (Çev. H. Deliceçaylı ve F. Keskin). Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Bauman. Z. (2010). *Küreselleşme Toplumsal Sonuçları*. (Çev. A. Yılmaz). Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Barbalet, J. M. (2001). *Emotion, Social Theory, and Social Structure: A Macrosociological Approach*. Cambridge University Press.

- Baudrillard, J. (2003). *Simülakrlar ve Simülasyon* (Çev. O. Adanır). Ankara: Doğu Batı Yayınları.
- Bauman, Z. Ve Bauman, Z. (2013). *Akışkan Gözetim* (Çev. Elçin Y.). Türkiye: Ayrıntı Yayınları.
- Bauman, Z. (2000). *Akışkan modernlik* (İ. Türkmen, Çev.). Ayrıntı Yayınları. (Orijinal eser 2000 yılında yayımlanmıştır)
- Bauman, Z. (2001). *Modernlik ve müphemlik: Düzen ve kaosun sosyolojisine doğru* (Çev. I. Ergüden). Ayrıntı Yayınları.
- Bauman, Z. (2005). *Aşkın ve Evliliğin Akışkan Halleri* (Çev. A. Zeybekoğlu). Ayrıntı Yayınları.
- Bauman, Z. (2007). *Akışkan Hayat* (Çev. İ. Türkmen). İstanbul: Can Yayınları.
- Beauvoir, S. de. (2010). *İkinci cins* (Cilt 2, Çev. S. Taşkent). Yapı Kredi Yayınları.
- Beck, U. (2011). *Risk Toplumu Başka Bir Modernliğe Doğru*. (Çev. K. Özdoğan ve B. Doğan). İthaki Yayınları, İstanbul.
- Belek, İ. ve Soyer, A., (1995). *Sağlıkta Özelleştirme*, 3. Baskı, İstanbul: Sorun Yayınları
- Bingöl, O. (2019). *Foucault'da İktidar, Beden ve Özne Üçlüsü*, Asia Minor Studies, 7(2), 327-334.
- Breggin, P. R. (1991). *Toxic Psychiatry: Why Therapy, Empathy & Love Must Replace the Drugs, Electroshock & Biochemical Theories of the New Psychiatry*
- Butler, J. (2021). *Cinsiyet belası: Feminizm ve kimliğin altüst edilmesi* (Çev. B. Ertür). Metis Yayınları
- Butler, J. (2022). *Şiddetsizliğin Gücü: Etik Politik Bir Düğüm*. Metis Yayınları
- Cangöz, B. (2019). *Cinsiyete göre psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığı ve başvuru biçimleri*. Türk Psikiyatri Dergisi, 30(2), 101-110.
- Canguilhem, G. (2010). *Normal ve Patolojik* (Çev. P. Akgün). Monokl Yayınları
- Cengiz, A. (2013). *Kadın ruh sağlığı ve toplumsal cinsiyet; Antalya ilinde bir klinikte uygulama*.
- Cirhinlioğlu, Z. (2010). *Sağlık Sosyolojisi*. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara
- Conrad, P. (1992). "Medicalization and Social Control". *Annual Review of Sociology*, 18(1): 209-232.
- Castells, M. (2010). *Ağ Toplumunun Yükselişi: Enformasyon Çağı: Ekonomi, Toplum ve Kültür*, Cilt 1 (Çev. E. Kılıç). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Chodoff, P. (2002). *The Medicalization Of The Human Condition. Psychiatric Services*, 53.5, 627-628.

- Chodorow, N. (1999). *The reproduction of mothering: Pyhchoanalysis and the sociology of gender*. University of California Press
- Connell, R. (2009). *Toplumsal Cinsiyet ve İktidar* (Çev. A. Gündüz). Ayrıntı Yayınları.
- Courtenay, W. H. (2000). *Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health*. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385–1401.
- Çelik, R., Erdem, R. (2016). *Hekimin Değişen Kimliği Çerçevesinde Sağlığın Kültürleşmesi*. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 7(16): 61- 74.
- Çotuksöken, B., (1988). *Orta çağ ve Rönesans Üzerine Kimi Bilgiler*. *Gergedan Dergisi*, (13): 35-45
- Davis, J.E.(2006). *How Medicalization Lost Its Way*. *Society*, 43(6), 51-56.
- De Certeau, M. (2008). *Gündelik Hayatın Keşfi I: Eylem, Uygulama ve Taktikler* (İ. Ergüden, Çev.). İstanbul: Metis Yayınları.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (2022). *Anti-Oidipus: Kapitalizm ve Şizofreni 1* (I. Ergüden, Çev.). Sel Yayıncılık. (Orijinal eser 1972 yılında yayımlanmıştır)
- Demircioğlu, E. (2014). *Geleneksel tıp uygulamaları ve modern tıbbın etkisi: Türkiye örneği*. *Sosyoloji Dergisi*, 30(1), 75–98.
- Descartes, R. (2010). *Yöntem üzerine konuşma* (M. C. Şahiner, Çev.). Say Yayınları. (Orijinal eser 1637’de yayımlanmıştır)
- Diener, E., Oishi, S., & Tay, L. (2018). *Mutluluk: Bilimsel bir bakış* (M. Ö. Aslan, Çev.). Koç Üniversitesi Yayınları. (Orijinal eser yayımlanma yılı: 2010)
- Durkheim, É. (2004). *İntihar: Sosyolojik bir inceleme* (Çev. H. Özel). İstanbul: Ayrıntı Yayınları. (Orijinal eser 1897’de yayımlanmıştır).
- Dünya Sağlık Örgütü. (2022). *Kentsel Ruh Sağlığı Eğilimleri Raporu (Urban Mental Health Trends Report)*. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/urban-mental-health>
- Dökmen, Z. Y. (2009). *Menopoz, beden imgesi ve ruh sağlığı*. *Türk Psikoloji Yazıları*, 12(24), 41-55.
- Dworkin, R.W.(2001R.W. (*medicalization of unhappiness*. *Publc Interest*.144,85-99.
- Erbuğ, E. (2021). *Ölüm Sosyolojisi: Geleneksel ve Modern Toplumda Ölümün Toplumsal Anlamları*. *Toplum ve Kültür Araştırmaları Dergisi* (8).
- Erkmen, T. (2017). *Psikiyatri, Toplum ve İktidar: DSM'in Eleştirel Bir Analizi*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Ehrenberg, A. (2010). *Yorgunluk toplumu: Depresyonun toplumsal inşası* (İ. Ergüden, Çev.). Ayrıntı Yayınları.
- Ekman, P. (1992). *An argument for basic emotions*. *Cognition and Emotion*, 6(3-4), 169–200.

- Ekmekçioğlu, B. (2020). *Kadın bedeni, tıbbileşme ve doğurganlık: Türkiye örneği*. Toplum ve Bilim, 152, 35–58.
- Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü (OECD). (2022). *Household debt and well-being indicators*.
- Elias, N. (1994). *Uygarlık Süreci* (Çev. S. Budak). İletişim Yayınları.
- Erdoğan, N. (2016). *Kadın cinayetlerinde “iyi hal indirimi”: Erkek şiddetinin cezasızlık kalkanı*. Toplum ve Hukuk Dergisi, 32(4), 50–61.
- Erkmen, T. (2017). *Psikiyatri, Toplum ve İktidar: DSM’in Eleştirel Bir Analizi*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Ersoy, K., & Aydın, E. (2021). *Sağlıkta performans sisteminin sağlık çalışanları üzerindeki etkileri: Eleştirel bir değerlendirme*. Toplum ve Hekim, 36(3), 183–193.
- Ersoy, M. (2023). *Günümüz toplumlarında duyguların medikalizasyonu ve psikiyatri endüstrisinin dönüşümü*. Sosyoloji Dergisi, 42(2), 215–236.
- Ertürk, M. (2021). *Gündelik hayat sosyolojisinin iki kutbunda süreklilik: Michel De Certeau’nun dipnotundaki Henri Lefebvre*. İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi, 41, 319-350
- Eryiğit Günler, O. (2016). “Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Hastalık”. E. Tecim (Ed.). *Sağlık Sosyolojisi Yazıları*. Açılım Kitap, İstanbul, 103- 128.
- Featherstone, M. (2013). *Postmodernizm ve Tüketim Kültürü*. (Çev. M. Küçük). Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Foucault, M. (1992). *Hapishanenin Doğuşu*. (Çev. M. A. Kılıçbay). İmge Kitabevi, Ankara.
- Foucault, M. (2007). *Cinselliğin Tarihi*. (Çev. H. Uğur Tanrıöver). Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Foucault, M. (2014). *Kliniğin Doğuşu Tıbbi Algının Arkeolojisi*. (Çev. Ş. Ünsaldı). Epos Yayınları, Ankara.
- Foucault, M. (1992). *Hapishanenin Doğuşu*, (Çev. Mehmet Ali Kılıçbay), Ankara: İmge Kitabevi.
- Foucault, M. (2003). *Toplumu savunmak gerekir* (Ş. Tekeli, Çev.). İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları. (Orijinal eser 1975)
- Fişek, N., (1983). *Halk Sağlığına Giriş*, Yayını No:2, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi.
- Garfinkel, H. (2007). *Etnometodoloji: Gündelik Hayatın Sosyolojisi* (Z. Küçükaydın, Çev.). İstanbul: Paradigma Yayınları.

- Giddens, A. (1994). *Modernliğin Sonuçları*. (Çev. E. Kuşdil). Ayrıntı Yayınları, İstanbul
- Giddens, A. (2010). *Modernite ve Bireysel Kimlik Geç Modern Çağda Benlik ve Toplum*. (Çev. Ü. Tatlica). Say Yayınları, İstanbul.
- Gönç, T. ve Suğur, N. (2015). “Güneş Girmeyen Eve Doktor Girer (mi?): Sağlık hizmetlerinde koşullar, tercihler ve nedenler üzerine”. D. Alptekin (Ed.). *Hasta Toplum: Cinsiyetçilik, Tıbbileştirme ve Tüketime Dair Sağlık Çözümleri*. Nobel Yayın, Ankara
- Goffman, E. (2022). *Gündelik Yaşamda Benliğin Sunumu* (B. Peker, Çev.). İstanbul: Metis Yayınları.
- Gramsci, A. (2022). *Hapishane Defterlerinden Seçmeler* (C. Gürsel, Çev.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Güler, C. (2021). *Türkiye’de borçluluk ve ruh sağlığı: Yeni yoksulluk rejiminin psikolojik etkileri*. Toplum ve Hekim, 36(4), 292-304.
- Harvey, D. (2007). *Neoliberalizmin kısa tarihi* (A. Berdan & H. Yüceol, Çev.). Sel Yayıncılık. (Orijinal eser 2005’te yayımlanmıştır)
- Heller, A. (2005). *Gündelik hayatın sosyolojisi* (Çev. H. Gökalp). İstanbul: Bağlam Yayınları.
- Hochschild, A. R. (2012). *Duyguların yönetimi: Duygusal emeğin özel ve kamusal yaşamda ticarileştirilmesi* (Çev. Ü. Öktem). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Illich, I. (1976). *Sağlığın gaspı: Tıbbın kültürel iktidarı* (Çev. Mehmet Beşikçi). Ayrıntı Yayınları, 2010.
- Illich, I. (2000). *Okulsuz toplum* (Çev. F. Aysan). Ayrıntı Yayınları.
- Işık, E. (1998), *Beden ve Toplum Kuramı, Öznenin Sosyolojisinden Bedenin Sosyolojisine*, İstanbul: Bağlam Yayınları.
- İbn S. (2005). *Kitabü’ş-Şifa: Psikoloji Bölümü* (Çev. E. Z. Karal). Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları.
- İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi. (2023). *Afetler doğal olmayabilir mi? Afetlerin "doğallığı" üzerine sosyolojik bir değerlendirme*. İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi, 43(1). <https://dergipark.org.tr/tr/pub/iusosyoloji/issue/90395/1637802>
- İzmir, M. (2022). *Psikiyatride Aşırı Teşhis ve Tedavi: Antidepresan Tuzağı*. Yeni İnsan Yayınevi.
- Karataş, Z. (2018). *Ruh sağlığı ve mutluluğun kültürel belirleyicileri*. Kültür ve Psikoloji Dergisi, 1(1), 24–39.
- Karakuş, E. ve Adak, N. (2015). “Sağlık- Hastalığın Değişen Görünümü ve Tüketim Toplumunda Tıbbileşme”. D. Alptekin (Ed.). *Hasta Toplum: Cinsiyetçilik, Tıbbileştirme ve Tüketime Dair Sağlık Çözümleri*. Nobel Yayın, Ankara, 39- 54.

- Kaya, A. (2020). *Sağlıkta neoliberal dönüşüm ve performans sistemi*. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 75(1), 301–324. <https://doi.org/10.33630/ausbf.638885>
- Kaya, A. (2022). *Göçmenlerin duygusal yükü: Yabancılaşma ve kırılabilirlik*. Toplum ve Hekim, 37(1), 53–66.
- Kılıç, B., & Taş, M. (2019). *Sağlıkta performansa dayalı ödeme sisteminin çalışanlara etkisi*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(2), 285–304.
- Kırlı, S. (2021). *Türkiye’de psikiyatri ve toplumsal cinsiyet: Antidepresan kullanımının sosyolojik analizi*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Kimmel, M.S. (2017). *Erkeklikler*. (Çev.T.Bora).Erkeklikler. (Yayınları
- Kleinman, A. (1988). *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. Free Press.
- Kramer, P. D. (1993). *Listening to Prozac: A psychiatrist explores antidepressant drugs and the remaking of the self*. Viking Press.
- Kurdaş, M. Ç. (2017). *Tıbbın yaşamlarımızdaki hakimiyeti: Medikalizasyon*. Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi, 22(3), 186–192. <https://doi.org/10.21673/anadoluklin.325948>
- Kurdaş, M.Ç.(2017).”MedikalizasyonKurdaş, M.Ç.n Tıbbileştirilmesine ve Bedenin Denetlenmesine Sosyolojik Bir Bakış”Kurdaş, M.Ç.Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,10(27),984-1006.
- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Soneson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths, S. L. (2024). *The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations*. World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA), 23(1), 58–90.
- Langwick, S. A. (2011). *Bodies, politics, and African healing: The matter of maladies in Tanzania*. Indiana University Press.
- Lazzarato, M. (2012). *Borçlandırılmış insanın imalatı* (Çev. A. Aksu). İstanbul: Otonom Yayıncılık.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. Simon & Schuster.
- Lefebvre, H. (2019). *Gündelik Hayatın Eleştirisi I* (A. Beşirli, Çev.). İstanbul: Sel Yayıncılık.
- Lupton, D. (1997). *Consumerism, reflexivity and the medical encounter*. Social Science & Medicine, 45(3), 373–381. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00353-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00353-X)
- Lupton, D. (2013). *The digitally engaged patient: Self-monitoring and self-care in the digital health*. Social Theory & Health, 11(3), 256–270. <https://doi.org/10.1057/sth.2013.10>

- Makary, M. A., & Daniel, M. (2016). *Medical error—the third leading cause of death in the US*. BMJ, 353, i2139. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>
- Marmot, M. (2005). *Social determinants of health inequalities*. The Lancet, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Maturo, A.(2012). *Medicalization: Current Concept and Future Directions in a Bionic Society*. *Sociology and Biomedicine*,10,122-133.
- Metin, A. VeMetin, A...(20Metin, A.al Kontrol Aracı OlarMetin, A.sal Bir Çerçeve.Sağlık ve Toplum,29(1),3-10.
- Merleau-Ponty, M. (2006). *Algının Önceliği ve Onun Felsefi Sonuçları*, (Y. Yıldırım, Çev.). İstanbul: Kabalcı
- Meyer, I. H. (2003). *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence*. Psychological Bulletin, 129(5), 674–697.
- Moncrieff, J., Cooper, R. E., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner, M. P., & Horowitz, M. A. (2022). *The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence*. Molecular Psychiatry, 27, 2401–2413. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>
- Moynihan, R., & Cassels, A. (2006). *İlaç firmalarının hastalık pazarı* (A. Ertöz, Çev.). Epsilon Yayıncılık. (Orijinal eser 2005'te yayımlanmıştır)
- Mozakoğlu, M., & Çoban, M. (2021). *Afetlere sosyolojik bakış ve Türkiye'de afet yazınına kuramsal bir yaklaşım*. Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 9(1), 161–170. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/anemon/issue/60335/819871>
- Nazlı, A. (2005). *Görünmeyen Bedenden Görünen Bedene Bedenin Sosyolojisi*, Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, Ankara, 2.
- Nazlı, A. (2009). “Sosyolojik Bakışın Eşiğinde Beden”. *Toplumbilim Dergisi*, 24: 61- 68.
- Neuman, L., N. (2016). *“Toplumsal Araştırma Yöntemleri: Nitel ve Nicel Yaklaşımlar*. (Çev. Sedef Ö.) Siyasal Kitapevi, Ankara, 1.
- Nettleton, S. (2004). *The emergence of e-scaped medicine* In S. Nettleton & R. Burrows (Eds.), *Cyborg Lives? Women's, Health, and Technology* (215–232). Routledge.
- Norwegian Institute of Public Health. (2021). *Mental health in Norway: Status and trends*. <https://www.fhi.no/en/>
- OECD. (2020). *Health at a glance: Europe 2020*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>

- OECD. (2022). *Education at a Glance 2022: OECD Indicators*. OECD Publishing.
<https://www.oecd.org>
- Okello, E. S., & Ekblad, S. (2006). *Lay concepts of depression among the Baganda of Uganda: A pilot study*. *Transcultural Psychiatry*, 43(2), 287–313.
<https://doi.org/10.1177/1363461506064871>
- Özel Hastane Birliği. (2024). *Özel hastanelerde tanı hizmetleri fiyat raporu*.
- Pala, K. (2020). *Kentleşme ve sağlık: Kentsel yoksulluk, göç ve ruh sağlığı ilişkisi*. *Halk Sağlığı Dergisi*, 9(2), 35–43.
- Park, K. (1998). *The criminal and the saintly body: Autopsy and dissection in Renaissance Italy*. *Renaissance Quarterly*, 47(1), 1–33.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. New York: The Free Press
- Riessman, C. K. (1983). *Women and medicalization: A new perspective*. *Social Policy*, 14(1), 3–18.
- Ritzer, G. ve Stepnisky, J. (2013). *Çağdaş Sosyoloji Kuramları ve Klasik Kökleri*. (Çev. I. Ertuna Howison). De Ki Yayınları, Ankara.
- Rose, N. (2007). *Yaşamın politikası: 21. yüzyılda biyomedikal iktidar ve öznellik* (B. Tanrıseven, Çev.). Ayrıntı Yayınları. (Orijinal eser 2007'de yayımlanmıştır)
- Rousseau, J. J. (2005). *İtiraflar* (Çev. E. Güntekin). Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Saltman, R. B., & Figueras, J. (1997). *European health care reform: Analysis of current strategies*. World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Scheff, T. J. (1990). *Microsociology: Discourse, emotion, and social structure*. University of Chicago Press.
- Scull, A. (2015). *Madness in Civilization: A Cultural History of Insanity from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine*. Princeton: Princeton University Press.
- Sennett, R. (2012). *Karakter Aşınması: Yeni Kapitalizmde İşin Kişilik Üzerindeki Etkileri* (Çev. Barış Yıldırım). Ayrıntı Yayınları.
- Sennett, R. (2014). *Kamusal İnsanın Çöküşü* (Çev. M. Küçük). Ayrıntı Yayınları.
- Sezgin, D. (2011). *Tıbbileştirme*. *Toraks Dergisi*, 12(2), 59–63.
- Sezgin, D. (2015). “Toplumsal Cinsiyet Perspektifinde Sağlık ve Tıbbileştirme”. D. Alptekin (Ed.). *Hasta Toplum: Cinsiyetçilik, Tıbbileştirme ve Tüketime Dair Sağlık Çözümleri*. Nobel Yayın, İstanbul, 55-80.
- Starcevic, V. (2013). *Is Internet addiction a useful concept?* *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(1), s. 16-19.
- Shilling, C. (2012). *The Body and Social Theory*. University of Kent, UK.

- Shilling, C. (2020). “*Bedenin Eğitimi: Bedensel Sermaye ve Toplumsal Eşitsizliklerin Üretilmesi*”. *Bedenin Sosyolojisi Gündelik Hayatın Cisimleşme Deneyimleri, Tıbbileşme ve Dijital Gözetim*. D. Demez, M. Timurturkan ve C. Ertan (Ed.). Bağlam Yayınevi, İstanbul, 198- 220.
- Shorter, E. (2008). *Psikiyatrinin kısa tarihi: Akıl hastaneleri çağından Prozac çağına* (Çev. H. Gürsoy). Literatür Yayıncılık.
- Silove, D., Ventevogel, P., & Rees, S. (2017). *The contemporary refugee crisis: An overview of mental health challenges*. World Psychiatry, 16(2), 130–139.
- Simmel, G. (1999). *Metropol ve Zihinsel Yaşam, Modern Kültür Üzerine* (N. Sönmez, Çev., ss. 27–40). Bağlam Yayıncılık.
- Szasz T. (1974) *The Medicalization of Everday Life*. Syracuse University Press, New York
- Şenyapılı, T. (2004). *Kentlileşemeyen Kentliler*. İmge Kitabevi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). *Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020*. <https://www.saglik.gov.tr>
- TAHUD (Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği). (2023). *Kırsalda sağlık hizmetlerine erişim raporu*. <https://tahud.org.tr>
- Temel, M. K. (2020). *Antidepresan kullanım bozukluğu sorununa karşı bir normatif çözüm algoritması. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 28(3), 421–444. <https://doi.org/10.5336/mdethic.2020-764201.1.1>.
- Timimi, S. (2005). *Effect of globalisation on children's mental health*. 37–39. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7507.37>
- Timurturkan, M. (2015). *Tıbbi Söylem, Gündelik Hayat ve İktidar Şişmanlığın Medya Aracılığıyla Tıbbileşmesi*. Doktora Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Toksöz, G. (2020). “*Aşk cinayeti*” söylemi ve failin romantize edilmesi: Medyada kadın cinayetlerinin temsili. *Fe Dergi: Feminist Eleştiri*, 12(1), 25–33.
- Topal, A. (2019). “*Bedenin Tıbbileştirilmesi ve Sağlık Üzerine Düşünmek*”. *Folklor/Edebiyat*, 25(97), 103-119.
- Topçuoğlu, V. (2022). *Türkiye’de kadınlarda depresyon yaygınlığı ve sağlık hizmetlerine erişim üzerine bir değerlendirme*. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 25(3), 195-202.
- Turner, B. S. (2007). *Tıbbi iktidar ve toplumsal bilgi* (E. Çayır & B. Yalçınkaya, Çev.). Sentez Yayıncılık. (Orijinal eser 1987’de yayımlanmıştır)
- TÜİK, (2023). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Ankara: TÜİK Yayınları

- TÜİK. (2022). *Hane halkı sağlık harcamaları istatistikleri*. Türkiye İstatistik Kurumu Yayınları. <https://tuik.gov.tr>
- Wacquant, L. (2009). *Cezalandıran Devlet: Neoliberalizmin Cezai Mantiğı* (Çev. Ayşe Bilge Selçuk). Versus Kitap.
- Weber, M. (2017). *Protestan Ahlakı ve Kapitalizmin Ruhu* (Çev. Z. Gündoğan). İnkılap Kitabevi.
- Welch, H. G., Schwartz, L. M., & Woloshin, S. (2022). *Aşırı teşhis: Sağlığın peşinde insanları hasta etmek* (H. Avşar, Çev.). Yeni İnsan Yayınevi. (Orijinal eser 2011)
- Whitaker, R. (2015). *Bir salgının anatomisi: Sihirli mermiler, psikiyatrik ilaçlar ve Amerika'da akıl hastalığının şaşırtıcı yükselişi* (Çev. D. Çiftçi). Kaknüs Yayınları.
- White, R. W., & Horvitz, E. (2009). *Cyberchondria: Studies of the escalation of medical concerns in web search*. *ACM Transactions on Information Systems (TOIS)*, 27(4), 1–37.
- WHO (Dünya Sağlık Örgütü). (2023). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
- WHO. (2022). *Mental Health Atlas 2020*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
- WHO-India. (2022). *Rural health statistics in India 2021–2022*. <https://www.who.int/india>
- Whyte, S. R. (2009). *Health identities and subjectivities: Ethnographic approaches*. *Medical Anthropology Quarterly*, 23(1), 6-15.
- Williams, S. J., Gabe, J., & Davis, P. (2008). *The sociology of pharmaceuticals: Progress and prospects*. *Sociology of Health & Illness*, 30(6), 813–824.
- Wolholter, J.(2019). Struggling to Be a “Happy Self”? *Psychotherapy and the Medicalization of Unhappiness in Uganda*. *Current Anthropology*,60.2,194- 220.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Mental health and economic stress: Evidence from global burden reports*.
- World Health Organization. (2021). *World health statistics 2021: Monitoring health for the SDGs*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240027053>
- World Health Organization. (2022). *Urban Mental Health Trends Report*. <https://www.who.int/publications/urban-mental-health>
- Wootton, B. (1959) *Social Science and Social P) Social*Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2000). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Seçkin Yayınevi, Ankara

- Yıldırım, A., & Mutlu, E. (2020). *Avrupa Birliği ülkelerinde mutluluk düzeylerini etkileyen faktörler: Panel veri analizi*. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(2), 243–257.
- Yıldırım, T., & Ayhan, A. (2015). *Sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromu: Türkiye örneği*. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 12(2), 1240–1252. <https://doi.org/10.14687/ijhs.v12i2.3401>
- Yıldırım, T., & Yıldırım, H. H. (2012). *Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde sağlık hizmetlerinin finansmanı*. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 67(4), 131–160.
- Yılmaz, A., & Tuncel, G. (2021). *Neoliberalizm, borç ve erkeklik: Finansal baskının duygusal etkileri*. *Toplum ve Kuram*, 15(2), 101–110.
- Yılmaz, M., & Tuncel, G. (2021). *Ekonomik kriz dönemlerinde ruh sağlığı ve intihar ilişkisi: Türkiye örneği*. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 32(2), 95–110. <https://doi.org/10.24115/tsh.976520>
- Young, L. J., & Wang, Z. (2004). *The neurobiology of pair bonding*. *Nature Neuroscience*, 7(10), 1048–1054.
- Zuboff, S. (2019). *Gözetim kapitalizmi çağı* (A. Yaman, Çev.). İstanbul: Vb. Yayın.
- Zola, I. K. (1994). “Sağlık ve Köreltici Tıp”. (Çev. C. Cerit). I. Illich (Ed.), *Profesyoneller iktidarı*. Pınar Yayınları, İstanbul, 43- 68.

İnternet Kaynakları

- Baysak, E., (2021), *Kadın Deliliğinin Tarihsel İnşası*. <https://catlakzemin.com/kadin-deliliginin-tarihsel-insasi/>
- Lupton, D.,”*Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body*” <https://researchprofiles.canberra.edu.au/en/publications/medicine-as-culture-illness-disease-and-the-body> (Erişim Tarihi: 18 Haziran 2024)
- Dünya Mutluluk Raporu (2025) <https://worldhappiness.report/> (Erişim Tarihi: 2 Şubat 2025)
- OECD <https://www.oecd.org/social> (Erişim Tarihi: 9 Mart 2024)
- Japan Times. (2022). *Japan’s suicide rate rises again, especially among women and youth*. <https://www.japantimes.co.jp> (Erişim Tarihi: 23 Ocak 2023)
- Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu (KCDP). (2024). *2023 Yılı Kadın Cinayetleri Raporu*. <https://kadincinayetlerinidurduracagiz.net> (Erişim Tarihi: 10 Mayıs 2024)

- Kaos GL. (2023). *LGBTİ+’ların İnsan Hakları Raporu 2022*. Kaos GL Yayınları. <https://kaosgldernegi.org/yayinlar> (Erişim Tarihi : 5 Haziran 2023)
- MEB. (2021). *Psikososyal Destek Hizmetleri Yıllık Raporu*. T.C. Millî Eğitim Bakanlığı.(Erişim Tarihi: 5 Haziran 2023)
- MEB. (2022). *Ortaöğretim Kurumları Psikolojik Danışmanlık Faaliyetleri Raporu*. <http://orgm.meb.gov.tr> (Erişim Tarihi: 5 Haziran 2023)
- Sağlık Bakanlığı. (2023). *Türkiye Sağlık Sistemi Dijitalleşme Raporu*. <https://www.saglik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 17 Ocak 2024)
- Sayar,K. *Duygulardan kaçış*. <https://kemalsayar.com/haftanin-yazisi/duygulardan-kacis> (Erişim Tarihi: 12 Haziran 2023)
- Sayar,K. . *Kendine acımanın ilacı kendini sevmektir*. <https://kemalsayar.com/haftanin-yazisi/kendine-acimanin-ilaci-kendini-sevmektir> (Erişim Tarihi: 12 Haziran 2023)
- Sayar,K. *Modern insanın sorunu: Hüznünden kaçması...* <https://kemalsayar.com/basinda/modern-insanin-sorunu-huzunden-kacmasi> (Erişim Tarihi: 12 Haziran 2023)
- Sayar,K *Depresyon ve Kültür*. <https://kemalsayar.com/insana-dair/depresyon-ve-kultur> (Erişim Tarihi: 12 Haziran 2023)
- TÜİK. (2024). *Yaşam Memnuniyeti Araştırması, 2023*. Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr> (Erişim Tarihi : 6 Aralık 2023)
- TÜİK (2023). *İntihar İstatistikleri, 2022*. <https://data.tuik.gov.tr> (Erişim Tarihi : 6 Aralık 2023)
- TÜİK. (2023). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Yayınları (Erişim Tarihi : 6 Aralık 2023)
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2023). *Sağlık istatistikleri yıllığı 2022*. Ankara: TÜİK Yayınları. <https://www.tuik.gov.tr/> (Erişim Tarihi : 6 Aralık 2023)
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2023). *Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2023*. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr> (Erişim Tarihi : 6 Aralık 2023)

- TÜİK (2022). *İlaç tüketim istatistikleri. Türkiye İstatistik Kurumu*. <https://www.tuik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 4 Mayıs 2022)
- TÜİK.(2022). *Gençlik Araştırması Sonuçları. Türkiye İstatistik Kurumu*. <https://www.tuik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 4 Mayıs 2022)
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2022). *Yaşam Kalitesi Modülü: Spor, sağlık ve beden algısı verileri*. <https://data.tuik.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 13 Nisan 2024)
- Türkiye Psikiyatri Derneği. (2023). *6 Şubat Depremleri Hatay - Kahramanmaraş - Adıyaman Birinci Ay Alan Değerlendirmesi Raporu*. https://www.ttb.org.tr/udek/userfiles/files/TPD_Rapor.pdf (Erişim Tarihi: 8 Haziran 2024)
- Türk Tabipleri Birliği. (2022). *Türkiye'de kadın sağlığına dair istatistiksel durum raporu*. Ankara: TTB Yayınları. (Erişim Tarihi: 3 Mayıs 2024)
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). *Türkiye İlaç Kullanım Raporu*. <https://www.saglik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 3 Mayıs 2024)
- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK). (2023). *İlaç Tüketim Raporu*. <https://titck.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 27 Mart 2024)

EK 1- MÜLAKAT FORMU

1. Cinsiyet:
2. Yaş:
3. Eğitim Durumu:
4. Çalışma Durumu:
5. Günlük yaşamınızda yoğun hissettiğiniz duygular nelerdir?
6. Çevreniz bu yoğun hissettiğiniz duygusal durumlarınıza nasıl tepki veriyor?
7. Sizce duyguların belli sınırları var mı?
8. Bazı duygularınızın normalin dışında olduğunu düşündüğünüz oldu mu?
9. Duygu durumunuzda bir sorun olduğunu nasıl anlıyorsunuz?
10. Duygu durumunuzda sorun olduğunu düşündüğünüzde nasıl bir yol izlersiniz? Ne yaparsınız?
11. Duygu durumunuzu düzenlemek amacıyla uzman desteği almaya nasıl karar verdiniz?
12. Aldığınız uzman desteğine ilişkin deneyimlerinizi paylaşır mısınız?
13. Destek aldığınız uzman size nasıl bir tedavi önerdi?
14. Uyguladığınız tedavi size nasıl etkiledi?
15. Sizce uzmanla görüşmek size nasıl etkiledi?
16. Sizce uzmanlar sizi anlamakta başarılı oldular mı?
17. Sosyal medyanın duygular ve sağlık hakkında verdiği mesajlar sizi nasıl etkiliyor?
(reklamlar, uzman görüşleri, tavsiyeler vb)
18. Size göre ideal bir ruh hali nasıl olabilir?
19. Duygusal zorluklarla başa çıkmak için uzman dışında başvurduğunuz yollar oldu mu?
(Sanatsal faaliyetler, sosyal destek, inanç sistemleri, doğayla ilişki vb.)
20. Olumsuz olarak tanımlansa da sizin farklı anlamlar yüklediğiniz duygular oldu mu?
(Örneğin bir depresyon halini bir dönüşüm süreci olarak yaşamak gibi)
21. Sizce duygusal sorunlarda hangi aşamada bir uzmana danışmak gerekir?
22. Duygusal sorunlarla başa çıkabilme ve tıbbi tedavi konusunda çevreniz size nasıl etkiledi?
23. Sizce yaşadığınız şehir duygusal durumlarınızı nasıl etkiliyor?
24. Pandemi,deprem,yangın süreci gibi toplumsal krizler duygu durumunuzu nasıl etkiledi?
25. Ekonomik kaygıların (örneğin borçlanma, işsizlik) duygusal sağlığınız üzerindeki etkileri nelerdir?

26. Bazen hissettiğiniz olumsuz duyguların gündelik hayatla ilişkisi olduğunu düşünüyor musunuz?
27. Sizce kadınlar ve erkekler duygularını nasıl dışa vurmaktalar?
28. Toplumun kadınlara ve erkeklere atfettiği duygular nelerdir? Bu durumu nasıl değerlendiriyorsunuz?
29. Duygusal sorunları olanlara bunlarla başa çıkmak için neler önerirsiniz?
30. Eklemek istediğiniz bu konuda bizimle paylaşmak istediğiniz başka bir şey var mı?

TEŞEKKÜRLER



EK-2 UZMAN MÜLAKAT FORMU

Yaş:

Cinsiyet:

Uzmanlık Alanı:

Uzmanlık Yılı:

1. Duyguların psikiyatrik sınıflandırmalar (DSM, ICD vb.) içinde ele alınması hakkındaki görüşlerinizi paylaşır mısınız?
2. Size başvuran danışanlar size gelmeye nasıl karar verdiklerini belirtiyorlar?
3. Size başvuran danışanlar genellikle hangi nedenlerle size başvuruyorlar?
4. Danışanlarınız hangi duygusal deneyimleri “*hastalık*” olarak tanımlıyorlar?
5. Sizce bireylerin duygusal sorunlarıyla ilgili psikolojik yardım alma eğilimlerinde hangi faktörler etkili olmakta? (Toplumsal normlar, medya vb.)
6. Duygusal sorunlar konusunda yardım alma konusunda yıllar itibariyle herhangi bir değişim var mı? Konuya ilişkin gözlemlerinizi nelerdir?
7. Antidepresan ve anksiyolitik ilaçların kullanım oranlarındaki artışı nasıl değerlendiriyorsunuz?
8. Duygusal sorunların çözümünde aşırı ilaç kullanımını nasıl değerlendiriyorsunuz?
9. Duygu deneyimlerimiz ne zaman sorun olarak görülmeye başlar ve uzman tıbbi yardımı zorunlu hale gelir?
10. Bireylerin yaşadığı duygusal sorunların çözümlerinde sizce tıbbî müdahale hangi sınırlar içinde gerekli?
11. Son yıllarda artan “kendine yardım” kitapları, terapötik uygulamalar ve dijital terapi araçları hakkındaki görüşleriniz neler?
12. Danışanlarınızın davranışlarında cinsiyete dayalı bir farklılık ya da benzerlik nelerdir?
13. Klinik çalışmalarınızda danışanın sağlık sigortasına sahip olup olmaması yardım arama davranışını nasıl etkilemektedir?
14. Kamu hastanelerinde uygulanan poliklinik görüşme süreçleri duygusal sorunlara ilişkin yardım arama davranışlarını nasıl etkilemektedir?
15. Bazı duygusal tepkilerin (örneğin yas, öfke, kırgınlık) giderek daha hızlı “tedavi” edilmesi gerektiği yönündeki görüşü nasıl değerlendiriyorsunuz?
16. Eğitim sürecinizde duyguların kültürel ya da sosyolojik boyutlarına dair içerikler ne düzeyde yer alıyordu?

17. Duyguların dijital terapi uygulamaları (online terapi, mobil uygulamalar vb.) yoluyla izlenmesi ve değerlendirilmesi hakkında ne düşünüyorsunuz?
18. Sizce danışanlarınıza verdiğiniz tıbbi yardımın en temel amacı ne olabilir?
19. Sizce psikolojik / psikiyatrik tanılar bireylerin davranışlarını nasıl etkilemektedir?
20. Danışanlarınız arasında duygusal sorunlarıyla başa çıkmak için alternatif yollar (maneviyat, sanat, aktivizm, topluluk temelli yaklaşımlar vb.) kullananlar oluyor mu? Bunlara yaklaşımınız nasıl?
21. Duygusal sorunlarıyla baş etmekte zorlanan bireylere önerileriniz nelerdir?
22. Başka eklemek istediğiniz herhangi bir şey var mı?

TEŞEKKÜRLER



ÖZGEÇMİŞ

Adı ve SOYADI	Edanur SARIKAYA
EĞİTİM DURUMU	
Lisans	Maltepe Üniversitesi, Sosyoloji (2015-2019)
Tez Konusu	Duyguların Tıbbileştirilmesi
Yabancı Dil / Diller	İngilizce
Bilimsel Faaliyetler	Akdeniz Üniversitesi VII. Geleneksel Sosyoloji Bölümü Lisansüstü Seminer Günleri, Katılımcı
İŞ DENEYİMİ	