

Winnicott'ın Nesne İlişkileri Kuramı ile Somatoform Bozuklukların İncelenmesi: Ağrı Bozukluğu Vakası

Ece Tathan
Orta Doğu Teknik Üniversitesi

Özet

Ağrı bozukluğu DSM-IV'de somatoform bozukluklar kategorisi altında yer alır ve psikolojik faktörler, ağrı semptomlarının başlangıcında, şiddetinde, alevlenmesinde ve sürekliliğinde önemli bir role sahiptir. Klasik psikanalitik bakış açısına göre, bu hastaların psikolojik problemleri bedensel semptomlara dönüşür ve somatik yakınmalar alternatif bir iletişim yöntemi olarak kullanılır. Bilişsel gelişimsel modeller ise düşük seviyedeki duygu farkındalığını, duygusal uyarılmayı ayırtamamayı, duygu düzenlemelerindeki eksiklikleri vurgular. Bilişsel davranışçı terapi, antidepresan tedavisi ve psikodinamik terapi, somatoform bozuklukların tedavilerinde etkin müdahale yöntemleri olarak belirtilmiştir. Bu makalede somatoform bozuklukların temel teorik temelleri ve araştırma bulguları ele alınmakta, Winnicott'ın nesne ilişkileri yaklaşımı incelenmekte, araştırma, teori ve klinik uygulamalar arasındaki ilişkiyi kurabilmek için ağrı bozukluğu yaşayan bir vaka örneklendirilmektedir.

Anahtar kelimeler: Somatoform bozukluk, ağrı bozukluğu, Winnicott'ın nesne ilişkileri kuramı

Winnicott'ın Nesne İlişkileri Kuramı ile Somatoform Bozuklukların İncelenmesi: Ağrı Bozukluğu Vakası

1. Araştırma ve kuram temeli

Somatoform bozukluklar birçok fiziksel semptomla karakterize olan psikolojik bozukluk olarak tanımlanır, ayrıca bu semptomların herhangi bir tıbbi durum, bir maddenin direkt etkisi ya da başka bir psikolojik bozukluk ile açıklanamaması gerekir (American Psychiatric Association, 2000). DSM-IV'de somatoform bozukluklar kategorisi somatizasyon bozukluğu, farklılaşmamış somatoform bozukluk, konversiyon bozukluğu, hipokondriyazis, vücut dismorfik bozukluğu, başka türlü sınıflandırılmamış somatoform bozukluk ve ağrı bozukluğunu içerir.

Somatoform bozukluklar pratisyen hekimlerin karşılaştıkları en yaygın psikiyatrik bozukluk olarak bulunmuştur ve başvuruda bulunan hastaların %16'sı somatoform bozukluklar kategorisinde yer alan bozukluklardan herhangi biri ile ilgili teşhis almıştır (de Wall, Arnold, Eekhof ve van Hemert, 2004). Somatoform bozukluğu olan hastaların semptomlarının sebebi olan herhangi bir tıbbi durum olmadığı için, rahatsızlıkları sebebiyle oldukça sıkıntı yaşadıkları ve hastalıklarının şiddeti ile ilgili abartıya kaçtıkları belirtilmiştir (Oyama, 2007). Tüm tıbbi klinik birimlerinde, tıbbi olarak açıklanamayan semptomların yaygınlığının kadınlarda erkeklere göre anlamlı derecede fazla olduğu bulunmuştur. Açıklanamayan tıbbi semptomları olan hastaların yaşadıkları problemleri yaşam tarzı faktörleri yerine fiziksel sebeplere atfetmelerinin daha muhtemel olduğu belirtilmiştir (Hotopf, Wadsworth ve Wessely, 2001).

DSM-IV'de yer alan ağrı bozukluğu, vücudun bir ya da daha fazla bölgesinde bulunan ağrı ile karakterizedir, ağrı hastanın ağırlıklı olarak odağıdır ve bu ağrı o kadar şiddetlidir ki tıbbi yardım gerektirir. Hastanın ağrısı anlamlı derecede ağır yakınmalara ve sosyal hayat ya da iş hayatıyla ilgili birçok alanda bozulmalara sebep olur. Bu ağrıların başlangıcında, şiddetinde, alevlenmesinde ve sürekliliğinde psikolojik faktörler önemli bir etkiye sahiptir. Ağrı semptomları kasıtlı olarak ortaya çıkmaz, herhangi bir başka ruhsal durum, kaygı, psikotik bozukluk ya da acı veren cinsel ilişki ile açıklanamaz (American Psychiatric Association, 2000).

DSM-IV'de yer alan somatizasyon bozukluğu, farklılaşmamış somatoform bozukluk, ağrı bozukluğu, hipokondriyazis gibi bozukluklar, tanımlar arasındaki örtüşmeleri saf dışı bırakmak için DSM-V'de kaldırılmış, bu tanımların yerini somatik semptom bozukluğu almıştır. Somatik semptom bozukluğu DSM-IV'deki somatoform bozuklukların tanı kriterleri gibi bazı semptom gruplarından belirli sayıda yakınmayı gerektiren katı kriterler içermez. DSM-IV'de somatoform bozukluklar tıbbi olarak açıklanamayan durumları içerirken, DSM-V tıbbi durumları da içerebilen somatik semptomları da kapsar. Böylece somatik semptom bozukluğu sıkıntı veren ya da günlük yaşamda aksamalara sebep olan somatik yakınmalarla belirlenir. Bu psikolojik bozukluk semptomlarıyla ilişkili olarak aşırı ve orantısız düşünceler, duygular ve davranışlarla karakterize olup, somatik semptom bozukluğu olan kişinin en az 6 aydır devamlı olarak semptomatik olması gerekmektedir (American Psychiatric Association, 2013).

Klasik psikanalitik bakış açısına göre somatizasyon, immatür bir savunma mekanizmasıdır. Psikolojik semptomlar yerine somatik semptomlarla reaksiyon verebilmek için psikolojik problemler bedensel yakınmalara dönüştürülür. Diğer bir deyişle, çoklu fiziksel semptomlar; içsel

çatışmalar ya da depresyon ve kaygı gibi psikolojik problemlerin yerine geçer. Ayrıca fiziksel semptomlar psikolojik sorunlara yardımcı olduğu kadar günlük hayatta istenmeyen sorumlulukların gerçekleştirilmemesi konusunda da kişiye yardımcı olur (Güleç ve Köroğlu, 1997). Buna ek olarak, somatizasyonu olan hastalar duygularını tanımlama ve açıklama becerilerinde güçlükler yaşarlar. Bir başka ifadeyle, bu hastalar duyguları tanımlamada güçlük, duyguları ifade etmede güçlük ve dış odaklı düşünme olarak üç öğeden oluşan, “aleksitimi” olarak bilinen bir kişilik özelliği geliştirmeye yatkın olurlar (Bagby, Parker ve Taylor, 1994). Ayrıca iletişim becerilerinde problemler olduğu için somatik yakınmaları alternatif bir iletişim metodu olarak kullanırlar (PDM Task Force, 2006). Somatizasyon ile aleksitimi ilişkisindeki benzerlik gibi, Lane ve Schwartz’ın duygu farkındalığının bilişsel gelişimsel modelinde, somatizasyon bedensel duyumlara odaklanarak düşük seviyede duygu farkındalığı yaşama ve ayrıştırılmayan duygu uyarılması ile kavramsallaştırılan gelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanır. Benzer bir şekilde, Waller ve Scheidt’in güncel literatür taramasında (2006), somatoform bozuklukların, duyguların bilişsel işlemlerinin azalması ve duygu ifadesinin bastırılması gibi duygu düzenleme becerilerindeki eksikliklerle ilişkili olduğu açığa çıkmıştır.

Literatürde, somatoform bozuklukların tedavisinde etkili olduğu belirtilen bazı psikoterapötik müdahale yöntemleri vardır. Öncelikle, bilişsel davranışçı terapi birçok çalışmada somatoform bozuklukların tedavisinde etkin bir yöntem olarak bulunmuştur (Kroenke, 2007). Somatoform bozukluklar için bilişsel davranışçı terapi; gevşeme egzersizleriyle fizyolojik uyarılmayı azaltmayı, aktivite düzenlemesini geliştirmeyi, duygu ifadesini artırmayı, fonksiyonel olmayan inançları değiştirmeyi, iletişim becerilerini geliştirmeyi ve sosyal çevrede hastalık davranışını ödüllendiren durumları azaltmayı amaçlayan manualize edilmiş yaklaşık 10 seanstan oluşur (Allen, Wookfolk, Escobar, Gara ve Hamer, 2006). İkinci olarak, somatoform bozuklukların tedavisinde antidepresanların faydalı olduğunu gösteren ön çalışmalar vardır. Ancak antidepresanların kaygı ve depresyonu biçimleyerek somatik yakınmaları azaltıp azaltmadığı ya da somatik yakınmalara direkt etkisi olup olmadığı gibi konular halen sorgulanmaktadır (Kroenke, 2007). Üçüncü olarak, somatoform bozukluğu olan hastaların duygu farkındalığına ve acılarına odaklanan psikodinamik terapi tavsiye edilmektedir. Somatoform bozukluğu olan hastaların duygu farkındalıkları ve içgörülerini olmadığı için geleneksel iç görü kazandırma odaklı psikoterapi yöntemlerinden daha zor fayda sağladıkları ifade edilmiştir. Bu sebeple, duygu yaşantılarına, duygu ifadesine, duygu farkındalığına, acının öznel deneyimlenmesine, psikolojik semptomlara ve kişilerarası problemlere odaklanan psikodinamik müdahaleler de önerilmektedir (Waller ve Scheidt, 2006).

Somatoform bozukluğu olan kişiler kadar depresif belirtileri ve kaygı bozuklukları olan kişiler de kendilerini zorlayan somatik semptomlar belirtmektedir. Hastaların yaşam kalitelerine azımsanmayacak ölçüde etkisi olan bu semptomlarla, klinik ortamda fazla sıklıkta karşılaşıldığı rapor edilmiştir (Rief, Hessel ve Braehler, 2001). Bu yüzden, kaygı bozukluklarına ve depresif belirtilere de eşlik edebilen somatoform bozukluklara uygulanan psikoterapötik müdahalelerin sürecini anlayabilmek oldukça önemlidir. Bu süreci anlamlandırabilmek, kavramsallaştırabilmek ve tedavi akışımı belirleyebilmek için bazı kuramsal çerçeveler kullanılabilir.

Winnicott’un nesne ilişkileri kuramında, bebeğin gelişiminin bir olgunlaşma süreci olduğu ve bu gelişimin kalitesinin annenin bebeğine olan tutumuyla belirlendiği ifade edilmiştir. Duygusal olarak elverişli olan, destekleyici ve rahatlatan “yeterince iyi anne” figürünün, bebeğin sağlıklı gelişimi için kritik bir rol oynadığı belirtilmiştir. Başlangıçta yeterince iyi anne kendisini bebeğine geçici bir süre verir, narsisistik endişeleri olmaz ve bebeğinde büyümeyi sağlayabilmek için bebeğinin ihtiyaçlarını karşılar. Böylece bebek öznel tümgüçlülüğü yaşayabilir. Örneğin, bebek acıktığında ve annenin memesine ihtiyaç duyduğunda, anne memeyi bebeğine hemen sağlar. Bu

yüzden bebek ne zaman bir ihtiyacı olsa dünyayı kontrol edebildiğine dair bir tümgüçlülük illüzyonu geliştirmiş olur (Mitchell, 2009; Winnicott, 1965).

Ne zaman bebeğin bir ihtiyacı olursa, başlangıçta annenin orada olması önemlidir. Ancak bir süre sonra, bebek anneye ihtiyaç duymadığında, annenin bebeğinden uzaklaşması da aynı derecede önemlidir (Mitchell ve Black, 2012; Winnicott, 1965). Yetersiz koruma ve ilgi, içsel güven ve koruma konusunda problemlere sebep olsa da, fazla korumacılık ve otorite de bebeğin çevreyi keşfetme özgürlüğünü kısıtlar (Chescheir, 1985). Bu bağlamda, yeterince iyi anne, bebeğin anne tarafından fiziksel olarak korunduğu aynı zamanda da anne ve baba dışında tüm çevreyle nesne ilişkileri geliştirmesini sağladığı “kucaklayıcı bir çevre” sunar (Winnicott, 1965).

Öznel tümgüçlülük sırasında, bebek ihtiyaç duyduğu nesneyi yarattığını ve kontrol ettiğini düşünür. Buna karşın nesnel gerçeklikte bebek arzu edilen nesnenin dış dünyadan olduğunu, kendisinin yaratmadığını ve kontrol edemediğini yani kendisinden farklı olduğunu fark eder. Öznel tümgüçlülük ile çevrenin nesnel gerçekliği arasında, bebek kendi kontrolünde olan ve özellikle anneden fiziksel ve psikolojik ayrılmaya karşı geliştirdiği savunma ile ilişkili olan bir “geçiş nesnesine” bağlanma gerçekleştirir. Bu geçiş nesnesi ilk “ben olmayan” nesnedir ve bebeğin bağımlı olduğu bir bebek bezi, kıyafet, battaniye ya da oyuncak ayı olabilir. Bebek geçiş nesnesi üzerinde öznel tümgüçlülükten farklı olan bazı haklar talep eder. Bu nesne tutkuyla kucaklanır, özenle ilgilenilir ayrıca paralanır yani içten gelen sevgi, nefret ve saldırganlığa karşı dayanır. Yetişkinlerin bakış açısına göre geçiş nesnesi dış dünyaya aittir, fakat bebeğin bakış açısına göre bu nesne ne dış dünyaya ne de tamamen iç dünyaya aittir. Geçiş nesnesinin kaderi sürgündür ve anlamını yas tutulmadan kaybeder. Yeterince iyi anne bu nesnenin bebek için rahatlatıcı etkisini bilir ve bu ilişkiye müdahale etmez (Winnicott, 1965; Winnicott, 2010).

Yeterince iyi anne bebeğin öznel tümgüçlülük ihtiyaçlarını sürekli karşılayıp, spontan hareketlerine aralıksız olarak cevap verdiği gibi, aynı zamanda geçiş nesnesine ve bebeğin karşı bağımlılığına saygı duyar. Bebeğin “gerçek kendiliği” annenin sağlıklı ve kendini adanmış pozisyonuyla gelişir (Winnicott, 1965). Anne bebeğin spontan hareketlerine karşılık vermediğinde, hareketlerini onaylamadığında ve bebeğin boyun eğmesi için kendi hareketlerini bebeğin hareketlerinin yerine koymaya çalıştığında, bebekte “sahte kendilik” gelişir. Sahte kendiliğin gelişmesi için, annenin bebeğin ihtiyaçlarını karşılamayan yeterince iyi olmayan bir anne olması gerekir. Spontan olan gerçek kendilik ile boyun eğen sahte kendilik arasındaki fark anne figürünün kronik başarısızlığıdır. Sahte kendilikte, bebek güncel ilişkiye hükmeden anne, baba ya da kardeş figürü gibi büyür, böylece öznel deneyim ve bireysellik bozukluğu geliştirir. Sahte kendilik, bireyin bebekliğinde sahip olamadığı yeterince iyi anne ve kucaklayıcı çevre niteliklerini elde edebilmesi için başkalarına olan ilişkiselliğini artırır (Kahn, 1986; Mitchell ve Black, 2012; McWilliams, 2010; Winnicott, 1965). Gerçek kendilikte, bireyin zihni ile psikosomatik benliği birbirlerine uyumludur ancak sahte kendilikte, bireyin entelektüel aktivitesi ile somatik varlığı arasında bir ayırım vardır (Winnicott, 1965). Aşırı kaygılı, talepkar, ilgisiz veya mevcut olmayan yani yeterince iyi olmayan annelerin çocuklarının somatoform bozukluklarla benzer olarak gastrointestinal problemler, astım ve bastırılmış tepki örüntüleri sergiledikleri belirtilmiştir (Chescheir, 1985).

Winnicott’ın nesne ilişkileri kuramında, anne-bebek ilişkisi, terapist-hasta ilişkisine benzetilir ve terapist anne-bebek ilişkisinin varlığını çoğunlukla hastalarının bağımlı ya da regrese olmuş dönemlerinde gözlemleyebilir. Winnicott anne olmak ile terapist olmak arasında paralel noktalar olduğunu ve hem annelerin hem de terapistlerin mükemmel olmayı arzulamamaları gerektiğini vurgular. Anneler ya da terapistler sadece yeterince iyi, bebeklerinin ya da hastalarının ihtiyaçlarına duyarlı, kucaklayıcı bir çevre sunan, onların gerçek kendiliklerini kabul eden figürler olmalıdırlar. Terapötik ortamda, terapistin yeterince iyi olduğu, daimi varlığı, güvenilir ve kabul eden duruşu ile kucaklayıcı bir çevre sunduğu, daha az eleştirel açıklamalar yaptığı, kendisinin

değil hastasının ihtiyaçlarına odaklandığı bir tutum, hastanın kendi duygularını ve düşüncelerini eleştirilme ve reddedilme korkusu olmadan yaşamasına ve açıklamasına olanak sağlar (Winnicott, 1965).

Psikoterapi sürecinde gerçek kendilik ile sahte kendilik arasındaki ikilik vurgulanır. İlk olarak terapist, hastalarının onlara kucaklayıcı bir çevre sunan, onların bireyselliğine saygı gösteren, dış dünyanın tehlikelerinden onları koruyan yani yeterince iyi bir anne ya da ebeveyn figürü olan birine geçmişte sahip olmadıklarını fark etmelerine, anlamalarına ve kabul etmelerine yardımcı olur. İkinci olarak, hastalar kendi içlerindeki ikiliğin farkında olduklarından, terapötik ortamda onların gerçek kendilikleri ile sahte kendilikleri arasındaki ayrımı belirginleştirmelerine yardımcı olmak yararlıdır. Hastaların sahte kendilik örgütlenmelerinde beş kategori belirtilmiştir. En aşırı uçta, sahte kendilik gerçek kişi gibi görülür ve gerçek kendilik gizlenir. Daha az aşırı seviyede, sahte kendilik kişiye hükmetse de gerçek kendilik gizli bir hayat yaşar. Bir sonraki seviyede sahte kendilik gerçek kendiliğin ortaya çıkması için bazı koşullar sağlar. Daha sağlıklı bir seviyede, sahte kendilik yerine geçecek kendilik deneyimleriyle özdeşime izin verir. En sağlıklı seviyede ise, sahte kendilik sadece kibarlık gibi kültürün beklentileri ile ortaya çıkar. Terapistler hastalarında gerçek kendiliğin gelişebileceği ve terapötik ortamda regresyonlarının kabul edileceği bir ortam sağlarlar. Gerçek kendilik desteklenirken psikoterapi erken dönem anne bebek ilişkilerinin yeniden canlanmasına şans verdiği ve hastalar terapistlerine “geçiş nesnelere” gibi davrandıkları için, bir süre regresyon yaşayabilirler. Winnicott’a göre terapist seansta saate dikkat ederek gerçeklik ilkesini temsil ederken, bir yandan hastanın bireysel beklentilerini karşılayıp öznel nesnesi olarak “geçiş nesnesi” pozisyonuna sahip olur (Chescheir, 1985; Kahn, 1986; Winnicott, 1965).

2. Vaka sunumu ve vakanın kavramsallaştırması

Bayan D., 35 yaşında, boşanmış, Ankara’da yaşayan bir kimya mühendisi olup bir firmada çalışmaktadır. Baş ağrısı, kulak ağrısı, eklem ağrısı gibi şikayetlerle çeşitli uzman doktorlar tarafından psikologa yönlendirilmiştir. Ayrıca menstrüasyon öncesinde öfke, duygusallık, hissettiği öfke ile orantısız tepkiler sergileme ve adaptasyon problemleri olduğunu belirterek başvuruda bulunmuştur. Boşanmasından itibaren geçen 5 yıl süresince belirtilen ağrı problemlerini yaşamaktadır. Yaşadığı semptomlar sebebiyle birçok doktora başvurduğunu, doktorların herhangi bir tedavi bulamadıklarını ve kendisini rahatlatıcı yöntemler bulması konusunda öneride bulduklarını belirtmiştir. Vücudunun farklı yerlerindeki ağrı semptomları sebebiyle, iş yerindeki projelerini yapamadığını ve günlük hayatında kimseyle görüşmek istemediğini anlatmıştır. Ağrı semptomlarının yanı sıra menstrüasyon öncesinde öfkeli ve alıngan olduğunu, sosyal çevresine orantısız bir şekilde tepkisel davrandığını belirtmiştir. Sosyal ortamlarda uyumlu biri gibi görünse de içe kapanık bir insan olduğunu ve yeni bir çevreye uyum sağlamakta zorlandığını ifade etmiştir. Terapist Bayan D.’ye terapiden beklentilerini sorduğunda, yaşamının 35. yılını diğer yıllarına göre daha doyurucu bir şekilde yaşamak istediğini, hayatındaki anlamsızlığın sebebinin anlayıp çözme arzulanmadığını, fiziksel ve psikolojik problemlerinin üstesinden gelmeyi hedeflediğini söylemiştir.

Bayan D. ailesindeki üç çocuktan ikincisidir. Ebeveynleri ve kardeşleri kendisinden farklı bir şehirde yaşamaktadır. Annesini “mükemmeliyetçi”, “ilgisiz”, “desteklemeyen” ve “mesafeli” biri olarak tanımlamaktadır. Kendisini annesinden her zaman ilgi bekleyen bir çocuk olarak hatırlamaktadır. Hayatının ilk yıllarında kendisinin ve ailesinin, akrabalarıyla birlikte büyük bir evde yaşadıklarını ve annesiyle babasının ilgisizlikleri yüzünden evde kimin kendi gerçek annesi ve babası olduğunu bilmediğini ifade etmektedir. Annesinden onay alabilmek için annesi tarafından kabul edilen ve annesinin istediği gibi “mükemmel” bir şekilde davranmaya çalıştığını anlatmıştır. Annesinin kendisine her zaman mükemmel davranmasını ve büyüklerinin söylediği

hiçbir şeye itiraz etmemesini öğütlediğini belirtmiştir. Eğer annesinin kurallarına uymazsa, annesinin kendisine tamamen ilgisiz bir şekilde davranmasından korkmaktadır. Annesinin duygu ifadesini, özellikle ağlama ve öfke patlamalarını “kontrolsüzlük” olarak algıladığını, bu yüzden çocukluğundan beri duygularını ifade etmediğini, içine attığını söylemiştir. 6 yaşındayken annesinin kendisine ilgi göstermesini sağlamak için hasta rolü yaptığını hatırlamaktadır. Bir süre annesinin kendisine oldukça ilgi gösterdiğini fakat hasta rolü yaptığını anladığında kendisini cezalandırdığını anlatmıştır. Bayan D. babasının “otoriter”, “öfkeli” ve “değişken” biri olduğunu ve babasının tutumlarına karşı “direndiğini” belirtmiştir. Çocukluğundan beri babasının otoriter tutumuna karşı kendi istediğini yaparak karşılık verse de, babasının bu direnişe kendisini fiziksel ve sözel olarak cezalandırarak karşılık verdiğini dile getirmiştir. Çocukluğunda babası kendisini fiziksel ve sözel olarak cezalandırırken annesinin kendisini desteklemediğini, ayrıca annesinin babasına itiraz ettiğinde cezalandırılmayı hak ettiğini söylediğini açıklamıştır. Son zamanlarda ise babası kendisine sözel olarak cezalandırıcı bir tutum takındığında cildinde dökülmeler olduğunu ve menstrüasyon öncesindeki şikayetlerini daha ağır yaşadığını ifade etmiştir. Bu yüzden babasına “pasif direniş” sergileyen bir tutum geliştirdiğini ve ailesinden uzaklaşmayı tercih ettiğini söylemiştir.

Eğitimi, kariyeri ve romantik ilişkileri ile ilgili kararlar verirken ailesinin baskısı altında olduğunu, bu baskının ağır semptomlarına ve dermatolojik problemlere sebep olduğunu buna rağmen çoğu zaman “pasif direniş” sergileyen bir tutumu olduğunu belirtmiştir. Örneğin ailesinin kız meslek lisesinde okumasını ve bu alanda bir kariyer hedefi oluşturmasını beklemesine rağmen üniversitede kimya mühendisliği bölümünü tercih ettiğini söylemiştir. Ayrıca ailesi üniversiteyi bitirdikten sonra onlara yakın bir ilde iş bulmasını beklerken, kendisinin dil eğitimi için İngiltere’ye gittiğini ve orada yaşayan biriyle evlendiğini anlatmıştır. Evliliğinde eşinden kendi duygularını anlayıp kabul etmesini ve eşinin ailesinin olumsuz tutumlarından kendisini korumasını beklediğini ifade etmiştir. Farklı bir ülkeye alışamadığı, eşi ve ailesi kendisine karşı ilgisiz olduğu, kayınvalidesi kendi babasına benzer olarak, kendisi, eşi ve evlilikleri üzerinde otoriter bir tutuma sahip olduğu için İngiltere’den Türkiye’ye döndüğünü ve işe başladığını belirtmiştir. İş yerine adapte olamadığında yeni bir departmana geçiş istediğini, iş yaşamında ilgiyi ve onayı alabilmek için işini en mükemmel şekilde yapmaya çalıştığını söylemiştir. İş arkadaşlarına ve amirlerine kendisine fazladan verilen iş yükü ile ilgili olarak hayır demek isterken evet diyen biri olduğunu, ilgiyi ve onayı alamadığında üzgün hissettiğini, ağrı ve menstrüasyon öncesi semptomları ağır bir şekilde yaşadığını, iş yerinde elinde olan projeleri erteleyerek “pasif direniş” sergilediğini ifade etmiştir.

DSM-IV’ün perspektifine göre Bayan D.’nin yakınmaları ağrı bozukluğu kategorisinde kavramsallaştırılabilir. Baş ağrısı, kulak ağrısı, eklem ağrısı gibi semptomları deneyimlemektedir. Vücudunun farklı bölgelerindeki ağrılar kendisinin odak noktasıdır ve ağrılarının yoğunluğu sebebiyle birçok uzman doktora başvurmuştur. Yaşadığı ağrı semptomları iş hayatında ve günlük yaşantısında sıkıntı ve bozulmalara sebep olmaktadır. Ayrıca tıbbi bir durum değil sözel cezalandırma, annesinin ilgisizliği ya da iş arkadaşlarından ve amirlerinden onay almama gibi psikolojik faktörler ağrı semptomlarının başlangıcında ve sürekliliğinde önemli bir rol oynamaktadır.

Winnicott’un kuramına göre, Bayan D.’nin anne figürü mesafeli, duygusal olarak mevcut olmayan, desteklemeyen ve mükemmeliyetçi bir tutum sergilemektedir bu sebeple büyüme sürecinde gelişimsel problemler yaşamış olabilir. Erken çocukluk yıllarında akrabalarıyla birlikte büyük bir evde yaşamıştır ve o evde kimin gerçek annesi ya da babası olduğunu bilemediğini anlatmıştır. Bu olayın da ışığında, annesinin narsisistik endişeleri sebebiyle kendisini geçici olarak kızına verememesinin sonucu olarak Bayan D.’nin öznel tümgüçlülük deneyimi yaşayamadığı dile getirilebilir. Annesinin kendisini bebeğine veremediği, Bayan D.’nin hayatına hakim olduğu,

çevreyi keşfetme özgürlüğünü kısıtladığı ve babasının fiziksel ve sözel cezalandırmalarına karşı korumadığı söylenebilir. Bu bağlamda, annesinin Bayan D.'ye öznel tümgüçlülük ve nesnel gerçekliği deneyimleyebileceği kucaklayıcı bir çevre ortamı sağlayamadığı ifade edilebilir. Bayan D.'nin de yeterince iyi anneye sahip olamadığı için yaşadığı sağlıklı gelişimsel süreç sebebiyle sahte kendilik geliştirdiği belirtilebilir. Sahte kendiliğinin boyun eğen ve itaatkar olduğu, entelektüel ve duygusal yaşantı boyutunu bedensel varoluşundan ayırdığı dile getirilebilir. Sahte kendiliğinin gerçek kendiliği, gerçek kendiliğinin duygusal yaşantıları ve içindeki potansiyeli üzerinde egemenlik kurması olasıdır. Kendi duygusal yaşantılarına annesinin ve babasının tutumları sebebiyle, gerçek kendilik duygularının cezalandırmaya ve reddedilmeye sebep olacağından korktuğu düşünülmüştür. Erken çocukluk yıllarında annesi ve babasından alamadığı onay ve kabulü başkalarından alabilmek için sahte kendiliği çevresindekilere bağımlı olabilir. Sahte kendiliği başkalarıyla olan ilişkilerine egemen olduğu için, yeterince iyi olan anne figürünü başka bir kişide ya da ilişkide aradığı izlenimi edinilmiştir. Örneğin, evliliğinde bu ihtiyacın ortaya çıktığı ve eşinin kendi duygularını ve ihtiyaçlarını kabul edip anlamadığı olasıdır. Ayrıca, eşinin annesinin tutumunun kendi babasını hatırlattığı ve Bayan D.'nin yeniden reddedilmeyi hissettiği belirtilebilir. Winnicott'un sahte kendilik örgütlenmesi aşamalarına göre, Bayan D. sahte kendiliğin yaşantı üzerinde hakimiyet kurduğu ancak gerçek kendiliğin gizli bir hayat sürdüğü daha az aşırı seviyede olan sahte kendiliğe sahip olabilir. Bu gizli yaşantı ailesine sergilediği "pasif direniş" tutumunda, günlük hayatında ve iş yaşamında aslında hayır demek isterken evet dediği durumlarda yaşadığı somatik yakınmalarında gözlemlenebilir.

3. Tedavi akışı ve sürecin değerlendirilmesi

Psikoterapötik müdahale yaklaşık bir yıl süren 29 seanstan oluşmaktadır. Somatik yakınmalarıyla çalışabilmek için terapist duygu farkındalığını, duygu ifadesini ve bunların somatik yakınmalarıyla ilişkisini geliştirebilmeyi hedeflemiştir. Başlangıçta Bayan D.'nin otomatik düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını belirleyebilmek için terapist bilişsel davranışçı terapi yöntemlerini kullanmış ve bu teori temelinde Bayan D.'ye psikoeğitim vermiştir. Bayan D.'ye günlük hayatında önemli duygu değişimlerini yaşadığını fark ettiği zamanlarda hissettiği duygunun ne olduğu, aklından ne gibi düşünceler geçtiği ve ardından ne gibi davranışlarda bulunduğunu kaydetmesi, seanslarda örneklendikten sonra istenmiştir. Ancak Bayan D. yaşadığı duyguları ve sebeplerini anlayabilse hayatında zorluk yaşamayacağını, bu sebeple kayıt tutmak istemediğini ve seanslarda terapist ile görüşerek ilerlemek istediğini ifade etmiştir. Terapist kayıt tutmanın önemini ele alıp, seansta tekrar örnekleyip, Bayan D.'nin de kayıt tutmasını istediğinde Bayan D. bir sonraki seansı iptal etmiştir. Terapist duygu farkındalığı ve içgörüsü yeterince olmadığı için, Bayan D.'nin bilişsel davranışçı terapiden yeterince yararlanamadığı izlenimini edinmiştir. Ardından terapist erken çocukluk yaşantılarında Bayan D.'nin sağlıklı anne-bebek ilişkisini gözlemlemiş ve gerçek kendilik geliştirebilmesi için yeterince iyi anne figürüne ihtiyacı olan Bayan D.'nin şikayetlerinin kavramsallaştırılması ve tedavisinde Winnicott'ın nesne ilişkileri yaklaşımının yardımcı olacağını düşünmüştür. Seansların başlangıcından itibaren, terapist kabul eden ve empatik bir yaklaşımla, güvenilir ve eleştirel olmayan bir ortam sağlamaya çalışmış, Bayan D.'ye yargılayıcı ve reddedici bir tutumla yaklaşmamıştır.

Tedavinin başlangıcında Bayan D.'nin immatur hareketleri, kendisinin yerine başkalarının düşüncelerine ve yargılarına olan odağı, üzüntüyü ve öfkeyi deneyimlemede ve açıklamada olan zorlukları, sahte kendiliğin işaretleri olarak yorumlanmıştır. Sahte kendiliği ile ilgisiz olan annesi ve öfkeli olan babasıyla yaşadığı patolojik ilişki gibi anormal olan çevresel koşullara uyum sağlayabilmiştir. Psikoterapötik müdahalelerin başlangıcından itibaren, terapist Bayan D.'nin çocukluğundan itibaren sahip olamadığı yeterince iyi anne figürü olmaya çalışmıştır. Yeterince iyi

anne figürü olabilmek için terapist, spontan duyguların ifade edilmesini, kabul edilmesini ve güçlenmesini desteklemiştir.

Bayan D. seanslara, uzman doktorlar semptomlarına tıbbi bir açıklama bulamadıkları ve kendisini psikologa yönlendirdikleri için somatik yakınmaları ile başlamak istemiştir. Sahte kendiliği sebebiyle, gerçek kendiliği ve psikosomatik varlığı arasında ayrım olduğu için terapist Bayan D.'nin iki farklı boyutunu entegre etmeyi hedeflemiştir. Somatik yakınmalarının sıklığı, başlangıcı ve sürekliliği seanslarda sorgulanmıştır. Ancak terapist Bayan D.'nin somatik yakınmaları ve duygu farkındalığını ilişkilendiren yorumlar yaptığında, semptomlarının ortaya çıkma sıklığı artmıştır. Ardından terapist yaptığı yorumların Bayan D.'nin annesinin ve babasının tutumlarına benzeyen suçlayıcı bir şekilde algılandığını fark etmiştir. Winnicott'un analitik pozisyonuna göre, seanslarda terapistin yorumları önemli değildir, önemli olan hastanın gerçek kendiliğini deneyimleyebildiği, hasta ile terapist arasındaki terapötik ilişkidir. Winnicott'a göre terapistin yorumları entelektüel süreçler ile psikosomatik varlık arasında ciddi bir ayrıma sebep olabilir. Bu sebeple, Bayan D.'nin duygularını fark edebilmesi, duygularını ayırıştırabilmesi ve duygu ifadesi kullanabilmesi için terapist somatik yakınmalara ve duygulara, bu boyutları bağlamadan odaklanmıştır. Seanslarda terapist öncelikle Bayan D.'nin somatik yakınmalarını, ardından da duygularını ele almıştır. Süreç içerisinde Bayan D. ilgisiz ve mükemmeliyetçi annesinin ve sözel olarak cezalandırıcı babasının tutumları, iş yerindeki arkadaşlarından ve amirlerinden yeterince takdir görmemesi gibi psikolojik faktörlerin ağrı semptomlarının başlangıcında ve sürekliliğinde rol oynadığını fark etmiştir. Terapist, Bayan D.'nin annesinden ve babasından edinemediği kabul edici tutumu sergilediğinde, Bayan D. gerçek kendiliği ile psikosomatik varlığı arasındaki entegrasyonu sağlamayı amaçlayan büyüme sürecine ulaşmaya başlamıştır.

Bayan D. somatik yakınmalarının yanı sıra, menstrüasyon öncesinde öfke, duygusallık ve orantısız tepkisellik yaşamaktadır. Menstrüasyon öncesi dönemle ilgili yakınmaları sırasındaki immatur hareketlerine ve spontan şikayetlerine terapist, odaklanan, anlayışlı ve kabul edici bir tutum sergileyip şikayeti ele aldığında, Bayan D. menstrüasyon öncesi semptomlar yaşadığı zamanlar kendisine iş yerindeki projelerini erteleyebilme hakkı tanıdığını fark etmiştir. Bunun yanı sıra talepkar ve ilgisiz çalışma ortamıyla baş edemediği zamanlar iş yerinde departman değiştirmek talebinde bulunduğunu gözlemlemiştir.

Gerçek kendiliği ile psikosomatik varlığı arasındaki bağlantılar kurulduktan sonra, Bayan D. duygularını özellikle de öfkeyi oldukça kontrolsüz bir şekilde ifade etmeye başlamıştır. Amirlerini, kendisinin çabalarını ve başarılarını takdir etmemeleri sebebiyle suçlamıştır. Bu suçlayıcı tutum amirlerinde öfkeye sebep olmuştur ve Bayan D. bu öfkeyle nasıl baş edebileceğini bilememiştir. Çocukluğundan beri kendisine cezalandırıcı bir tutumu olan babası ile de bu tutumu sebebiyle kavga etmiştir. Bayan D. babasının kendisinin pasif direniş sergileyen tutumu yerine öfkeli bir şekilde duygularını ifade etmesine alışkın olmadığını, ilk defa babasının kendisine hissettirdiklerini onunla paylaştığını, bu tutumunun ardından babasının kendisinden özür dilediğini belirtmiş, babasının kendi babasını ve onun daha da cezalandırıcı olan tutumunu anlattığını söylemiştir. Amirleriyle ve babasıyla olan görüşmelerinin ardından Bayan D. oldukça üzgün ve suçlu hissetmiş, çevresine karşı yeni tutumları sebebiyle terapisti suçlamıştır. Fakat Bayan D. ve terapist sadece duygu farkındalığı ve farklı duyguların ayırıştırılması konularında çalışmışlar ve duygu ifadesi ile ilgili canlandırmalar yapmışlardır. Seanslarda Bayan D.'nin günlük hayatındaki önemli figürlerle yüzleşmesi konusunda herhangi bir karara varmamışlardır. Terapist, Bayan D.'nin seanslarda ele alınmadan kendi kararlarını vererek terapisti manipüle ettiğini ve davranışlarının olumsuz sonuçlarından ötürü terapisti suçladığını düşünmüştür. Terapistin öfkesi, kaygısı ve seansta Bayan D. için bulunmayışı, Bayan D. tarafından fark edilmiş ve Bayan D. "pasif direniş" sergileyerek bir sonraki seansı iptal etmiştir. Seansa yeniden geldiğinde, eskisinden

daha da fazla bir şekilde ağrı semptomlarından yakınmıştır. Bu seansın ardından terapist, kendisini Bayan D.'nin bireysel kararlarına saygı duyan, aynı zamanda onu dış dünyanın tehlikelerinden koruyan, kucaklayıcı ve yeterince iyi olan bir anne figürü olarak sunması gerektiğini fark etmiştir. Winnicott'ın kuramına göre de, terapist anlamlı ve bireysel deneyimler yaşayabilmesi için hastası tarafından kullanılmaya ve manipüle edilmeye direnmemelidir. Ardından, terapist ve Bayan D., Bayan D.'nin gerçek kendiliğinin oldukça öfkeli bir şekilde ortaya çıkmasını ve bu öfkenin babasına ve amirlerine sergilenmesini ele almışlardır. Terapist, Bayan D. ile öfkesini ve diğer gerçek kendilik duygularını uygun şekilde ifade etme yollarını görüşmüştür. Bayan D., duygularını uygun ve yapıcı bir şekilde ifade ettiğinde, babası ve amirleri tarafından kabul görmüş ve bu kabul gerçek kendilik duygularından keyif almasını sağlamıştır.

İlerleyen seanslarda, Bayan D. ağrı bozukluğu semptomlarının hem duygu ifadesizliği hem de ilgi ihtiyacı ile ilişkili olduğunu fark etmiştir. İlgi ihtiyacının temelleri, annesiyle olan ilişkisi ve çevresinden ilgi alamadığında ne gibi baş etme yolları kullandığı ele alınmıştır. İlgi ihtiyacı karşılanmadığında hasta hissettiğini, pasif agresif bir şekilde davrandığını, ortamdaki uzaklaştığını ya da annesinin kendisini onaylayacağı şekilde davrandığını belirtmiştir. Bu baş etme mekanizmalarının evlilik hayatı, amirleriyle ve ailesiyle olan ilişkileri gibi günlük hayatındaki alanlarda da ortaya çıktığı vurgulanmıştır. Günlük hayatındaki ilgi ihtiyacını fark edip üstesinden gelmeye çalıştığında, bu ihtiyaç terapötik ortamda ortaya çıkmıştır. Sahte kendilik örgütlenmesi aşamalarına göre, Bayan D.'nin seanslara başladığında sahte kendiliğinin gerçek kendiliği üzerinde hakimiyet kurduğu ve gerçek kendiliğin ağrı bozukluğu semptomları sergileyerek gizli bir hayat yaşamasına izin verdiği belirtilebilir. Seansların ardından ise, sahte kendiliği gerçek kendiliğine, ilgi ihtiyacını bırakarak ve duygu ifadesinde bulunarak günlük hayatta ortaya çıkması için bazı koşullar sağlamaya başlamıştır. Winnicott'a göre, gerçek kendilik ortaya çıkarken terapist hastalarında regresyona karşı hazırlıklı olmalı, bağımlı ve regrese olan hastaya dikkat etmelidir. Bu süreçte de terapist tatile çıktığında ya da başka bir hastasını klinikten uğurladığında, Bayan D. terapistte olan ihtiyacını vurgulamış, seansı uzatmış, başka bir gündem ele alınırken ağrı bozukluğu semptomları ile ilgili konuşmuştur. Bu davranışlar regresyonun ipuçları olarak algılanınca, terapist Bayan D.'nin gerçek kendiliği ve potansiyeline ulaşabilmesi için, regresyonunu kabul eden bir terapötik ortam yaratmaya çalışmıştır. Gerçek kendiliğin ortaya çıkacağı bir ortam yaratılırken, hasta hem regresyon sürecine hem de terapistini kendi "geçiş nesnesi" yapmaya ihtiyaç duyabilir.

Bir geçiş nesnesi olarak terapist, hastasının kendi anne-bebek ilişkisinin yerine geçecek bir bağ kurmaya çalıştığını kavramalıdır. Böylece erken dönem anne-bebek ilişkisinin geçiş nesnesi olan terapist, hastasının uyumsuz erken dönem ilişkilerini yeni ve sağlıklı bir şekilde deneyimleme imkanı olduğunun farkındadır. Bir geçiş nesnesi olan terapist, Bayan D. tarafından manipüle edildiğini ve suçlu hissettiği zamanlar sözlü suçlamalarıyla karşılaştığını gözlemlemiştir. Terapistin, hastanın geçmişinde annesinin kendisine sağlamadığı şekilde, hastasının sağlıklı yeni ilişkiler deneyimleyebilmesi ve keşfedebilmesi için, yapılan manipülasyonlarla ve suçlamalarla baş edebilmesi ve bunların ardından yaşamına devam edebilmesi oldukça önemlidir.

Seansların ardından, Bayan D.'nin sahte kendiliğinin, gerçek kendiliğinin ortaya çıkması için ortam sağlamaya başladığı belirtilebilir. Bayan D. halen psikoterapi seanslarına devam etmektedir çünkü sahte kendilik örgütlenmesi, daha sağlıklı bir gerçek kendilik aşamasına dönüşebilir. Diğer aşamalarda, sahte kendiliği gerçek kendilik gibi özdeşleşmelerle yer değiştirebilir. Daha da sağlıklı bir aşamada sahte kendiliği sadece kültürel beklentileri karşılamak için ortaya çıkabilir. Daha sağlıklı aşamaları deneyimleyebilmesi için, Bayan D. erken dönem anne bebek ilişkisinin geçiş nesnesi olan, kendisine kucaklayıcı çevre sunarak yeterince iyi bir anne olan terapist figürüne ihtiyaç duymaktadır.

4. Sonuç

Bayan D., çevresindeki insanların kendisini reddedecekleri korkusuyla duygularını ve düşüncelerini ifade edemeyen bir vakadır. Ayrıca ailesinden alamadığı ilgiyi çevresinden alma ihtiyacı vardır. Duygularını ifade etme ya da ilgi ihtiyacını açıklama yerine, somatik yakınmalar sergilemektedir. Bu davranış örüntüsü yeterince iyi anne olmayan bir anneyle olan erken dönem anne-bebek ilişkisine dayanmaktadır ve kendisini cezalandıran babasıyla olan ilişkisiyle pekiştirilmiştir. Başkalarının ihtiyaçlarına odaklanarak adapte oldukları ilişki örüntüleri sergileyen hastaların tedavisinde, Winnicott'ın (1965) yeterince iyi anne olmayı, gerçek kendilik ve sahte kendilik gelişimini vurguladığı kuramının, vakaların kavramsallaştırılmalarında, teşhislerinde ve tedavilerinde yardımcı olan bir kuram olduğu düşünülmektedir. Winnicott'a göre gerçek kendiliğin gelişimi için, duygusal ihtiyaçları karşılayan, destekleyici ve rahatlatıcı bir anne figürüne ihtiyaç duyulmaktadır. Yeterince iyi anne figürünün narsisistik kaygıları yoktur böylece bebeğinin çevresini keşfetmesini ve sağlıklı gelişimini destekler. Bu anne figürü, bebeğini dış dünyanın tehlikelerine karşı korur, bebeğinin duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarına özen gösterir. Yeterince iyi anne ile bebeği arasındaki sağlıklı ilişki kucaklayıcı bir çevre ortamı sağlar. Kucaklayıcı çevre sayesinde bebek gerçek kendiliğini geliştirirken kendi başına yaşayabilir, öznel tümgüçlülüğü nesnel gerçeklikten ayırabilir ve kendisi ile diğerleri arasında sağlıklı bir sınır ortaya çıkarabilir. Eğer anne yeterince iyi değilse ve kucaklayıcı bir çevre sağlayamıyorsa, sahte kendilik gelişerek gerçek kendiliğin duygu ve düşüncelerine hükmeder. Sahte kendilik başkalarının düşüncelerine boyun eğer, başkalarıyla olan ilişkileri sağlıklı bir yönde destekler. Sahte kendiliği olan hastalarda, terapist yeterince iyi bir anne gibi hastasının gerçek kendilik duygularının ve düşüncelerinin anlaşıldığını, kabul edildiğini sergileyebilmek için hastasını eleştirmemeli, yönlendirmemeli ve yargıda bulunmamalıdır. Hastanın duygularına, düşüncelerine, arzu ve isteklerine odaklanıldığında, hasta kucaklayıcı bir ortamda gerçek kendiliği üzerinden çevresi ile iletişime geçebilir.

Kaynaklar

- Allen, L. A., Wookfolk, R. L., Escobar, J. I., Gara, M. A., & Hamer, R. M. (2006). Cognitive behavioral therapy for somatization disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1512—1518.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Somatic symptom disorder*. Retrieved September 23, 2013 from <http://www.dsm5.org/Documents/Somatic%20Symptom%20Disorder%20-Fact%20Sheet.pdf>
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty item Toronto Alexithymia Scale I. Item selection and cross validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23—32.
- Chescheir, M. W. (1985). Some implications of Winnicott's concept for clinical practice. *Clinical Social Work Journal*, 13(3), 218—233.
- de Waal, M. W., Arnold, I. A., Eekhof, J. A., & van Hemert, A.M. (2004). Somatoform disorders in general practice: Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 470—476.
- Hotopf, M., Wadsworth, M., & Wessely, S. (2001). Is "somatisation" a defense against the acknowledgement of psychiatric disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 119—124.
- Kahn, E. M. (1986). The discovery of the true self – a case study. *Clinical Social Work Journal*, 14(4), 310—320.
- Kroenke, K. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: A review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine*, 69, 881—888.
- Lane, R. D. & Schwarz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133—143.
- McWilliams, N. (2013). *Psikanalitik tanı (Klinik süreç içinde kişilik yapısını anlamak)*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Mitchell, S. A. (2009). *Psikanalizde ilişkisel kavramlar: Bir bütünleşme*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Mitchell, S. A. & Black, M. J. (2012). *Freud ve sonrası: Modern psikanalitik düşüncenin tarihi*. İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Oyama, O. (2007). Somatoform disorders. *American Family Physician*, 76, 1333—1338.
- Özmen, E. & Sağduyu, A. (1997). Somatizasyon Bozukluğu. In C. Güleç & E. Köroğlu (Eds.), *Psikiyatri temel kitabı* (pp. 527—533). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Rief, W., Hessel, A., & Braehler, E. (2001). Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosomatic Medicine*, 63, 595—602.
- Waller, E. & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorder as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review of Psychiatry*, 18(1), 13—24.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational process and facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. New York: International Universities Press.
- Winnicott, D. W. (2010). *Oyun ve gerçeklik*. İstanbul: Metis Yayınları.

Summary

A Review of Somatoform Disorders from the Perspective of Object Relations Theory of Winnicott: A Case Study of Pain Disorder Patient

Pain disorder is under the category of somatoform disorders in the DSM-IV, and psychological factors play an important role on the onset, severity, exacerbation, and maintenance of pain symptoms. According to classical psychoanalytic view, psychological problems of somatoform disorder patients are converted into bodily symptoms; furthermore, somatic complaints can be a tool of an alternative communication method. Cognitive developmental models emphasize the lower levels of emotional awareness, undifferentiated emotional arousal, and deficits in emotion regulation. Cognitive behavioral therapy, antidepressants, and psychodynamic therapy are found to be effective intervention methods in the treatment of somatoform disorders. The current article discusses the basic theoretical and research basis of the somatoform disorders, reviews the Winnicott's object relation theory, and presents a case study of pain disorder patient in order to connect the associations between research, theoretical basis and clinical practice.

Keywords: Somatoform disorders, pain disorder, Winnicott's object relation theory