

Derleme Makale

Modern Tıpta Dualizmin İzleri: İndirgemecilikten Bütüncüllüğe Geçiş

Traces of Dualism in Modern Medicine: From Reductionism to Holism

Buğra Taygun Gülle 

Uzm.Dr., İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, İzmir, Türkiye

Öz

Zihin-beden dualizmi, zihni ve bedeni birbirinden ayrı yapılar olarak ele alan ve bedeni bir makine olarak kavramsallaştıran yaklaşımıyla modern bilim ve tıbbın gelişimini önemli ölçüde etkilemiştir. Bu düşünsel çerçeve, anatomi ve fizyoloji alanlarında devrim niteliğinde ilerlemelere zemin hazırlamış olmakla birlikte; sağlığın öznel, sosyal ve psikolojik yönlerinin dışlanmasına da yol açmıştır. Bu yaklaşımın bir sonucu olarak, pozitivist temellere dayanan biyomedikal model, tıpta baskın paradigma haline gelmiş ve hastalıkları ölçülebilir fiziksel bozukluklara indirgemıştır. Ancak bu indirgemeci bakış açısı, özellikle kronik hastalıklar, ruh sağlığı ve sağlığın sosyal belirleyicileri gibi alanlarda yetersiz kalmış; bu nedenle artan eleştirilerin ardından biyopsikososyal model geliştirilmiştir. Bu model, biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenleri birlikte ele almayı savunarak daha bütüncül bir sağlık anlayışı sunar. Öte yandan, dualist düşünce tarzı psikiyatrik hastalıkların damgalanmasına, etik tartışmaların klinik pratiğin dışına itilmesine ve koruyucu sağlık hizmetleri ile halk sağlığının geri planda kalmasına da katkıda bulunmuştur. Ayrıca, yapılan bazı araştırmalar, bireysel düzeyde dualist bir dünya görüşüne sahip olmanın sağlıklı yaşam davranışlarını olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir. Bu nedenle, sağlık alanındaki kavramsal ve yapısal eksikliklerin aşılabilmesi için, bütüncül, entegre ve dualist olmayan bir tıp anlayışına geçiş büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: zihin-beden dualizmi, biyomedikal model, biyopsikososyal model, indirgemecilik, tıp felsefesi

Abstract

Mind-body dualism, which posits the mind and body as distinct entities and conceptualizes the body as a machine, has significantly influenced the development of modern science and medicine. While this framework enabled revolutionary advances in anatomical and physiological knowledge, it also led to the marginalization of subjective, social, and psychological aspects of health. As a consequence, the biomedical model—rooted in positivism—became the dominant paradigm in medicine, reducing illness to measurable, physical dysfunctions. However, this reductionist approach has been increasingly criticized, particularly for its failure to address chronic diseases, mental health, and the social determinants of health. The biopsychosocial model has emerged as a response to these limitations, emphasizing the need to consider biological, psychological, and social factors in an integrated manner. Moreover, dualistic thinking has contributed to the stigmatization of psychiatric conditions, the exclusion of ethical reflection from clinical practice, and the underprioritization of public health and preventive strategies. Recent studies also suggest that individuals who adopt a dualistic worldview may be less inclined toward healthy behaviors. A shift toward a holistic, integrative, and non-dualistic conception of medicine is therefore essential to overcome the conceptual and practical shortcomings rooted in Cartesian thought.

Keywords: mind-body dualism, biomedical model, biopsychosocial model, reductionism, philosophy of medicine

Geliş Tarihi / Received: 31.07.2025 Kabul Tarihi / Accepted: 09.09.2025 Yayın Tarihi / Published: 18.11.2025

Sorumlu Yazar / Correspondence: Buğra Taygun Gülle Eposta: bugrataygun.gulle@deu.edu.tr

Sorumlu Editör / Handling Editor: Temmuz Göncü Şavran

Atıf için / Suggested Citation: Gülle, B.T. Modern Tıpta Dualizmin İzleri: İndirgemecilikten Bütüncüllüğe Geçiş. *Sosyal Bilimler ve Sağlık Bülteni (SoSa)*, SONBAHAR(16), 4-12

Giriş

Zihin–beden ayrımı Antik ve Ortaçağ mirası üzerinde yükselmiş, erken modern dönemde Descartes’ın iki töz (zihin/düşünme tözü ve uzamlı/maddî töz) anlayışıyla sistematik bir çerçeveye kavuşmuştur (Mohammed, 2012). Bu çerçeve modern tıpta ölçülebilir ve standartlaştırılabilir olanı öne çıkarırken, psikososyal boyutların uzun süre göz ardı edilmesine zemin hazırlamıştır. Ayrıca 19. yüzyıldan itibaren pozitivist bilim anlayışı, klinik kurumların yükselişi ve modern devletin istatistik temelli yönetimi, biyomedikal modelin güçlenmesini hızlandırmıştır. Güncel tartışmalar, bu birikimin yol açtığı indirgemeciliği aşmak üzere, biyopsikososyal yaklaşım ve katmanlı açıklama (çoğulculuk) gibi çerçeveleri öne çıkarmaktadır.

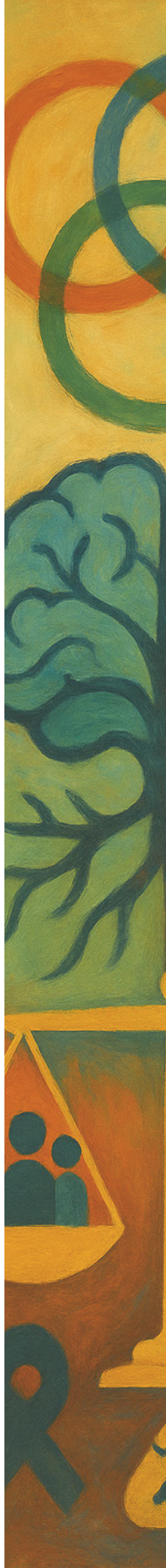
Bu çalışma, zihin–beden ayrımının modern tıptaki kurumsal ve düşünsel izdüşümlerini tartışan bir derlemedir; indirgemeciliğin sınırlarını ve biyopsikososyal yaklaşımın sunduğu olanakları ana hatlarıyla değerlendirmeyi amaçlar.

Tarihsel Arka Plan

Zihin–beden ayrımı Descartes tarafından sistematikleştirilse de tartışmanın kökeni Antik Yunan tıbbına uzanır. Hipokratçı çizgide sağlık, dört hıltın (humor) dengesine bağlanır; hastalık ise bu dengenin bozulmasıdır. Bu çerçeve yalnızca bedensel süreçlere değil, mizaç ve duygulanıma da atıf yaparak erken bir bütüncül anlayış kurar (Bos, 2019). Bu çizgi Galen ile sistematikleşir: pneuma, sinir sistemi ve organ işlevleri üzerinden duyum–hareket–düşünme arasındaki bağ kurulurken, beden ile zihinsel işlevler kuramsal olarak ayrılabilir görülse de işlevsel olarak iç içe ele alınır (Singer, 2016).

Ortaçağ Latin Hristiyanlığı ile Aristotelesçi mirasın kesişiminde insan çoğunlukla ruh–beden bütünlüğü içinde ruhani bir varlık olarak tasavvur edilmiş; kimi yorumlarda hastalık günahla ilişkilendirilmiştir. Bu durum, otopsi/diseksiyon gibi uygulamaları etik dışı sayan yaklaşımları güçlendirerek özellikle anatominin gelişimini uzun süre sınırlamıştır (Mehta, 2011).

Bu arada İslam tıbbında İbn Sînâ, Kânûn’da zihnin işleyişini, bu işleyişin beyinle bağlantısını ve ruhsal etkenlerin bedensel hastalıkların ortaya çıkışındaki payını açıkça tartışır; humoral zemini korurken düşünce ve duyguların nabız, solunum, sindirim gibi bedensel işlevleri etkileyebileceğini somut örneklerle gösterir (Pajević vd., 2021).



Zihin-Beden Dualizminin Modern Bilim ve Tıbbı Etkileri

Tarihsel arka planın ışığında, erken modern dönemde Descartes'ın sistemleştirdiği zihin–beden ayrımı modern bilimin ve tıbbın nesnellik, ölçülebilirlik ve mekanik açıklama vurgularını güçlendirdi. Bu çerçeve, anatomi ve fizyolojideki ilerlemelerin düşünsel altyapısını kurdu; modern tıp son üç yüzyılda olağanüstü bir teknik kapasiteye ulaştı (Mehta, 2011; Tosam, 2014). Ancak bu durum, insanla ilgili belirsizlik ve öznel boyutları dışarıda bırakan bir indirgemeciliği de teşvik etti; tıp zamanla bireyin bütüncül deneyiminden uzaklaşma riskiyle karşılaştı (de Melo-Martín, 2009). Bu, özellikle sosyal bilimlerin insan ilişkilerini anlama çabasında kısıtlayıcı olmuş; tıbbın da zamanla bireyin bütüncül deneyiminden uzaklaşarak mekanik ve biyolojik bir disipline indirgenmesine neden olmuştur.

Bu seyrin yalnızca Kartezyen düşünceyle açıklanamayacağı açıktır. Bir yandan pozitivist epistemoloji klinik aklın standartlaşmasını teşvik etti (Bourdeau, 2023); diğer yandan kliniğin kurumsallaşması ve Foucault'nun “tıbbi bakış” olarak adlandırdığı hastayı anlatısından koparıp bedeni merkeze alan bir görme biçimini yerleştirdi (O'Callaghan, 2022). Aynı yüzyıllarda istatistiksel aklın modern devlet içinde merkezileşmesi sağlığı “nüfusun yönetimi” çerçevesinde ele almayı mümkün kıldı (Eyler, 2002). Buna eşlik eden uzmanlaşma, işbölümü ve hastanelerin giderek daha rasyonel ve standart hâle gelmesi de biyomedikal modelin kurumsal yerleşimini hızlandırdı (Rosen, 2015). Kısacası, Kartezyen ayrım; pozitivist bilgi rejimi, devlet istatistikleri ve kurumsal rasyonelleşme ile birleşerek modern tıbbın biyolojik ağırlıklı paradigmasını kurdu.

Bununla birlikte tıp, yalnızca yasa ve teorilerle açıklanabilecek bir alan değildir. İçgörü, empati, anlatı ve belirsizlik yönetimi tıbbî muhakemenin asli parçalarıdır. Bilimsel veri ve teknoloji tıbbın temel araçları olmakla birlikte, anlamını insana dair pratik bağlamda bulur; bu nedenle çağdaş literatür tıbbı katı bir bilimden çok yorumlayıcı bir pratik olarak kavramsallaştırır (Montgomery, 2009). Bu nedenle tıp, Kartezyen düşüncenin etkisiyle gelişen mekanik bilim anlayışının ötesinde, Kathryn Montgomery'nin ifadesiyle “bir sanat”, Edmund Pellegrino'ya göre ise “bilimlerin en insancılı, insani bilimlerin en bilimseli” olarak tanımlanmalıdır (Giordano, 2009; Montgomery, 2009).

Kartezyen Mirasın Tıp Eğitimine Yansımaları

Bir önceki bölümde tartışılan indirgemeci çizgi, tıp eğitiminde ölçülebilir ve standartlaştırılabilir bilgiye öncelik veren bir öğretimi teşvik etmiş; bu durum klinikte olduğu kadar eğitim ortamında da paternalist tutumları yeniden üretmiştir. Kriel, bir tıp öğrencisinin “yardımsever bir insan” olarak mezun olup olmamasının mevcut eğitim tasarımıyla zayıf ilişkili olduğunu; eğitimin toplumsal kaygılardan kopuklaştığını belirtir (Kriel, 1988).

Toplumsal bağlamdan kopuk, eğitimi teknik bilgiye indirgenen bir müfredat, hekim adaylarının iletişim, etik muhakeme ve belirsizlik yönetimi gibi insani yetkinliklerini geliştirmekte yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle pek çok ülkede tıp eğitimine beşerî bilimlerin sistemli entegrasyonu gündeme gelmiştir (O'Leary, 2021).

Bu kopukluğun azaltılmasına katkı sağlayabilecek uygulanabilir adımlar arasında, eğitim programlarına iki yaklaşımın amaçlı ve düzenli biçimde dâhil edilmesi öne çıkmaktadır: meslekler arası eğitim ve anlatı tıbbı. Meslekler arası eğitim, ekip davranışını ve bazı süreç ve hasta çıktılarının iyileşmesini destekler (acil serviste işbirliği, hasta memnuniyeti, klinik hata oranları gibi) (Reeves vd., 2013). Anlatı tıbbı ise, hekimlerin empati, yansıtıcı düşünme ve belirsizlikle başa çıkma becerilerini güçlendirerek klinik ilişkiyi derinleştirir (Charon, 2001). Bu nedenle, müfredatta biyopsikososyal içerik ile sosyal bilimlerin düzenli entegrasyonu; değerlendirmede ise yalnızca bilgi ya da işlem değil iletişim, işbirliği ve profesyonellik/etik boyutlarının kanıta dayalı biçimde ölçülmesi önerilir (ACGME, 2025; Whalley, 2015). Ayrıca yakın dönem bulgular, sanat ve sosyal bilimlerin tıp eğitimine entegrasyonunun öğrencilerin mesleki kimlik gelişimini ve değer temelli bakımı güçlendirdiğini göstermektedir (Eno vd., 2023; Roberts, 2021). Bu tür düzenlemeler, klinikte biyopsikososyal yaklaşımın yerleşmesine ve indirgemeci örüntülerin zayıflamasına destek sağlayabilir.

Dualizm: Biyomedikal Model ve Biyopsikososyal Model

Modern tıbbın kurumlaşmasında belirleyici olan biyomedikal model, sağlık ve hastalığı öncelikle biyolojik süreçler üzerinden tanımlar; bu çerçeve hücre kuramı, mikrobiyolojik etiyoloji, germ teorisi ve antibiyotikler gibi çok sayıda devrimsel gelişmeyi mümkün kılmıştır (Rocca & Anjum, 2020). Bu modelde hastalık, fiziksel düzeyde tanımlanabilir bir bozukluk olarak ele alınır; örneğin bir enfeksiyon patojen invazyonu ile, bir metabolik hastalık genetik mutasyon ile, bir konuşma bozukluğu ise nöronal hasar ile açıklanır.

Bununla birlikte, model psikososyal boyutu güçlü tabloları anlamakta ve yönetmekte sınırlı kalabilir. Yaşam olaylarının etkileri göz ardı edildiğinde tıbbileştirme eğilimi artar; örneğin istismar öyküsü bulunan iki gence, bağlamsal değerlendirme yapılmaksızın Asperger sendromu ya da Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu tanısı konması bu duruma örnek gösterilmiştir (Kirkengen & Thornquist, 2013).

Modelin bireyi parçalı ele alması, özellikle yaşam tarzıyla doğrudan ilişkili kronik hastalıklarda (obezite, diyabet vb.) ek sınırlılıklar doğurur. Yakınmalar, beden diğer



bölümlerinden ve kişinin psikososyal bağlamından kopuk değerlendirildiğinde, örneğin ağrıyan bir diz ya da malign bir tümör, bireyin yaşam bağlamıyla ilişkilendirilmeden tedavi edilmeye çalışılır (Rocca & Anjum, 2020). Benzer şekilde tıbben açıklanamayan fiziksel yakınmalar zaman zaman görmezden gelinebilmekte; tükenmişlik yaşayan bireyler yalnızca depresyon tanısıyla sınırlı ele alınabilmektedir (Engebretsen, 2018).

Zihin-beden ayrımına dayanan bu yaklaşım, modern tıbbın yaklaşık üç yüzyıllık tarihinin büyük bölümünde sağlık ve hastalıkların psikososyal boyutlarını ihmal etmesine neden olmuştur (Tosam, 2014). Bu ihmale karşı eleştiriler özellikle 1930'lardan itibaren giderek artmış; Dünya Sağlık Örgütü'nün 1948 yılında sağlığı yalnızca hastalığın yokluğu değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlaması bu dönüşümün işaretlerinden biri olmuştur (WHO, 1948). 1960'lar sonrası tartışmalar bu yönelimi daha da güçlendirmiştir (Farre & Rapley, 2017).

George Engel'in 1977 yılında yayınladığı klasik makalesinde, tıbbın krizi olarak tanımladığı durumun, hastalıkların yalnızca fiziksel parametrelerle sınırlı tanımlanmasından kaynaklandığını vurgulamıştır. Engel'e göre, bu tanım hekimlerin psikososyal sorunları kendi mesleki sorumluluklarının dışında görmelerine neden olmaktadır (Engel, 1977). Engel, biyomedikal modelin kazandırdığı başarıları reddetmeden; ancak dualistik ve indirgemeci yaklaşımın sınırlarını aşmak üzere biyopsikososyal modeli önermiştir Engel'in bu önerisinin ardından yapılan araştırmalar, hastalıkların yalnızca biyolojik değil; aynı zamanda psikolojik ve sosyal risk faktörlerinin etkileşimiyle ortaya çıktığını göstermiştir (Bolton & Gillett, 2019). Her ne kadar belirsizlik, uygulama zorlukları ve standartlaştırma gereksinimi nedeniyle eleştiriler sürse de, biyopsikososyal yaklaşım günümüzde giderek daha geniş kabul görmektedir (Rocca & Anjum, 2020).

Dualizm: Etik, Damgalama ve Halk Sağlığı

Zihin-beden ayrımının kurumsal mirası, güncel tıp pratiğinde özellikle etik kararlar, ruhsal hastalığa yönelik tutumlar ve halk sağlığı örgütlenmesi üzerinde iz bırakır. Klinik muhakemenin doğası gereği belirsizlik içerdiği dikkate alındığında, belirsizliğe tolerans, hastanın anlatısını hesaba katma ve saygı ilkesi, insani bakımın çekirdeğini oluşturur (Latoo vd., 2021). Descartes her ne kadar ahlaki bilgiye ulaşmayı da amaçlamış olsa da, kesinlik arayışı ve şüphecilikten uzaklaşması, etik konuların tıbbi düşüncenin merkezinden uzaklaşmasına yol açmıştır (de Melo-Martín, 2009). Bu bağlamda, Kartezyen felsefenin bireyi yalnızca bedenle özdeşleştiren anlayışı, çağdaş tıp etiği ile çelişmektedir. Örneğin Kartezyen bakış açısından ölüm sonrası beden, artık anlamsız bir kabuk olarak görülürken; günümüzün psikososyal yaklaşımı, bu bedenin ölen kişiye dair bir temsil taşıdığını ve bu nedenle saygıyı hak ettiğini savunur. Bu nedenle modern tıpta otopsi gibi işlemler için yasal ve etik onam alınması gerekliliği ortaya çıkmıştır (Lane & Vercler, 2016).

Dualizmin bir diğer önemli sonucu, özellikle ruh sağlığı alanında gözlemlenen damgalama sorunudur. Zihin ile bedenın ayrıştırılması, zihinsel hastalıkları beden hastalıklarından farklı ve daha az “meşru” görmeye zemin hazırlamış; bu da psikiyatrik hastalara yönelik önyargıların kurumsallaşmasına katkı sunmuştur. Birçok ülkede psikiyatri hastanelerinin fiziksel hastanelerden ayrılması, hastane ortamlarının izole ve cezaevi benzeri yapılar taşıması, bütüncül tedavi yaklaşımlarının eksikliği gibi durumlar bu düşünsel ayrımın sağlık sistemine yansıyan örnekleri arasında yer alır (Latoo vd., 2021). Zihin-beden dualizmine inancın damgalamayı artırdığını gösteren araştırmalar da mevcuttur. Örneğin Suudi Arabistan’da yapılan bir çalışmada, dualist düşünceye sahip bireylerin epilepsi hastalarına yönelik daha yüksek düzeyde sosyal damgalama sergilediği gösterilmiştir (Tayeb, 2019). Bu ayrımcılık, zihinsel ve fiziksel bozukluklar arasında bilimsel temeli olmayan bir ayrımın sürdürücüsü olmaktadır (Latoo vd., 2021).

Dualist anlayışın etkileri yalnızca bireysel düzeyde değil, halk sağlığı politikaları açısından da sorunlu sonuçlar doğurmuştur. Bireyin makine gibi görülmesi, hastalığın yalnızca bozulmuş bir parçanın onarımı olarak algılanmasına neden olmuş; bu da toplum temelli koruyucu sağlık hizmetlerinin geri plana itilmesine yol açmıştır (de Melo-Martín, 2009). Sosyal ve ekonomik belirleyiciler üzerinden yapılabilecek etkili, ucuz ve kabul edilebilir müdahaleler, birey odaklı çözümler lehine ihmal edilmiştir. Halk sağlığının başarısı büyük ölçüde sosyal eşitsizliklerin giderilmesine ve ekip temelli çalışmaya dayanmasına rağmen, biyomedikal modelde doktorun bilgi tekeline dayanan karar verici konumu, diğer sağlık profesyonellerini edilgen kılmakta; bu da ekip işbirliğini zayıflatmaktadır (Kriel, 1988).

Zihin-Beden Dualizminin Sağlık Davranışları Üzerindeki Etkisi

Zihin-beden dualizminin bilimsel düşünce ve tıbbi paradigma üzerindeki etkileri uzun süredir tartışma konusu olsa da, bireylerin bu felsefi yaklaşımı benimsemelerinin gündelik sağlık davranışlarına nasıl yansıdığı görece daha az çalışılmış bir alandır. Forstmann ve arkadaşları tarafından yürütölen bazı deneysel araştırmalarda, bireylerin dualistik bakış açısına sahip olmaları ile sağlıklı davranış eğilimleri arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu raporlanmıştır. Aynı çalışmalarda, dualistik inanç düzeyini azaltmaya yönelik müdahalelerin ardından bireylerin sağlıklı yaşam tercihlerine daha fazla yöneldiği gözlemlenmiştir (Forstmann vd., 2012).

Bu bulgular, zihni bedenden ayrı gören bireylerin fiziksel sağlıklarına daha az özen gösterme eğiliminde olabileceğini düşündürmektedir. Aynı zamanda, psikolojik iyi oluşun bedensel temellerini göz ardı etme eğilimi, zararlı sağlık davranışlarına daha açık olmayı da beraberinde getirebilir. Bu durum, sağlık davranışlarının yalnızca biyolojik ve çevresel değil; aynı zamanda



bireyin zihin-beden ilişkisine dair temel inançları tarafından da şekillendirildiğini ortaya koymaktadır (Burgmer & Forstmann, 2018).

Alternatif Yaklaşımlar: Dualizmin Savunuları ve Çoğulcu Çerçeveler

Bu tartışmayı tek bir “Kartezyen indirgemecilik” anlatısına indirgememek için, literatürdeki dengeleyici okumalara da kısaca yer vermek gerekir. Bazı yazarlar, Descartes’a atfedilen katı bir kopuş anlatısının yüzeysel/yanlış okumaya dayandığını; Descartes’ın pratik tıbbı ilişkin tutumunun, kuramsal bakışından daha bütüncül olduğunu savunur (Duncan, 2000; Switankowsky, 2000). Bu görüş, tıp yazınında Descartes yorumlarının çoğu kez felsefi bağlamından koparıldığını ve yöntemsel olarak yetersiz kaldığını da vurgular.

Brown’ın ayrıntılı tarihsel çözümlemesi, zihin ile beden arasında Descartes’ın mutlak bir kopuş ilan etmediğini; algı ve duygulanımın bedensel temellerini görünür kılmaya çalışan etkileşimci bir çerçeve kurduğunu öne sürer. Ona göre tıbbî paradigmadaki asıl kırılma, Descartes’ın çağında değil, 19. yüzyıl sonu–20. yüzyıl başında, anatomik lokalizasyon, hücresel patoloji ve mikrobiyolojik etiolojinin yükselişiyle gerçekleşmiş; bu dönüşüm “organizmik bütünlük” fikrini parçalayan farklı bir indirgemeciliği kurumsallaştırmıştır (Brown, 2004).

Bu dengeleyici okumalar, dualizme yönelik eleştirilerin geçerliliğini ortadan kaldırmaz; ancak sorunun tek kaynağını bir filozofa indirgemek yerine, tarihsel–kurumsal bir çoğulcu çerçeveye düşünmeyi teşvik eder.

Sonuç

Modern tıp, zihin–beden ayrımının sağladığı düşünsel zeminde olağanüstü bilimsel kazanımlar üretmiştir; ancak aynı süreç, insanın psikolojik ve toplumsal boyutlarını uzun süre kenarda bırakan indirgemeci kalıpları da kurumsallaştırmıştır. Bu makalenin bulguları, tıbbın teknik gücünü zedelemekten, karar ve bakım süreçlerinin merkezine biyopsikososyal boyutu yerleştiren çoğulcu ve indirgemeci olmayan bir yönelimin önemli olduğunu göstermektedir.

Bu yönelimi kalıcı kılmak için eğitim, klinik ve hizmet düzeyinde birlikte ilerleyen, uygulanabilir adımlar gerekir. Müfredatta biyopsikososyal içerik ile sosyal bilimlere dikkate alınmalı; klinik yıllarda meslekler arası eğitim ve anlatı tıbbı düzenli biçimde işlenmeli; değerlendirme yalnızca bilgi ve işlem becerilerini değil iletişim, ekip çalışması ve etik/profesyonellik boyutlarını da ölçmelidir. Klinik uygulamada psikososyal değerlendirme ve ortak karar verme standartlaştırılmalı; olgular disiplinler arası ekiplerle yönetilmelidir. Hizmet sunumunda birincil basamakta ruh sağlığı–bedensel sağlık entegrasyonu güçlendirilmeli; damgalamayı azaltan girişimler ve veri sistemlerinde sosyal belirleyicilerin izlenmesi

yaygınlaştırılmalıdır. Kurumlar, bu dönüşümü izlemek için biyopsikososyal bakıma özgü kalite göstergeleri belirlemeli ve sonuçları düzenli olarak değerlendirmelidir.

Bu çerçeve, etik gerilimleri azaltır, damgalamayı zayıflatır ve koruyucu sağlığı öne çıkarır; modern bilimin kazanımlarını da korur. Amacı, hastayı yalnızca biyolojik değil, biyolojik-psikolojik-sosyal bütünlüğü içinde ele alan, ölçülebilir ve sürdürülebilir bir standart oluşturmaktır.

Kaynaklar

- ACGME. (2025). Common program requirements. <https://www.acgme.org/programs-and-institutions/programs/common-program-requirements/>
- Bos, J. (2019). The rise and decline of character: humoral psychology in ancient and early modern medical theory, 22 (3). <https://doi.org/10.1177/0952695109104422>
- Bourdieu, M. (2023). Auguste comte. İçinde the stanford encyclopedia of philosophy (spring 2023 edition) (edward n. Zalta&uri nodelman (eds.)). <https://plato.stanford.edu/archives/spr2023/entries/comte/>
- Brown, T. M. (2004). Descartes, dualism and psychosomatic medicine. Porter, R. Bynum, W.F (ed.), the anatomy of madness, volume 1 (ss. 40-57). Tavistock publications.
- Burgmer, P., &Forstmann, M. (2018).Mind-body dualism and health revisited:how belief in dualism shapes health behavior. Social psychology, 49(4), 219-230. <https://doi.org/10.1027/1864-9335/a000344>
- Charon,R. (2001). Narrative medicinea model for empathy, reflection, profession, and trust. JAMA, 286(15), 1897-1902. <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>
- De Melo-Martín, I. (2009). Vulnerability and ethics: considering our cartesian hangover. Lancet, 373(9671), 1244-1245. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)60715-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)60715-7)
- Duncan, g. (2000). Mind-body dualism and the biopsychosocial model of pain: what did descartes really say? Journal of medicine and philosophy, 25(4), 485-513. [https://doi.org/10.1076/0360-5310\(200008\)25:4;1-a;ft485](https://doi.org/10.1076/0360-5310(200008)25:4;1-a;ft485)
- Engelbrechtsen, K. M. (2018). Suffering without a medical diagnosis. A critical view on the biomedical attitudes towards persons suffering from burnout and the implications for medical care. Journal of evaluation in clinical practice, 24(5), 1150-1157. <https://doi.org/10.1111/jep.12986>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, 196(4286), 129-136.
- Eno, C., Piemonte, N., Michalec, B., Adams, C. A., Budesheim, T., Felix, K., Hack, J., Jensen, G., Leavelle, T., & Smith, J. (2023). Forming physicians: evaluating the opportunities and benefits of structured integration of humanities and ethics into medical education. The journal of medical humanities, 44(4), 503-531. <https://doi.org/10.1007/s10912-023-09812-2>
- Eyler, J. M. (2002). Constructing vital statistics: thomas rowe edmonds and william farr, 1835–1845. Sozial- und präventivmedizin, 47(1), 6-13. <https://doi.org/10.1007/bf01318400>
- Farre, A., & Rapley, t. (2017). The new old (and old new) medical model: four decades navigating the biomedical and psychosocial understandings of health and illness. Healthcare (Switzerland), 5(4), 1-9. <https://doi.org/10.3390/healthcare5040088>
- Forstmann, M., Burgmer, P., & Mussweiler, T (2012). “the mind is willing, but the flesh is weak”: the effects of mind-body dualism on health behavior. Psychological science, 23(10), 1239-1245. <https://doi.org/10.1177/0956797612442392>
- Gendle, M. H. (2016). The problem of dualism in modern western medicine. Mens sana monographs, 14(1), 141-151. <https://doi.org/10.4103/0973-1229.193074>
- Giordano, J. (2009). Quo vadis? Philosophy, ethics, and humanities in medicine preserving the humanistic character of medicine in a biotechnological future. Philosophy, ethics, and humanities in medicine, 4(1), 12. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-4-12>



- Kirkengen, A. L., & Thornquist, E. (2013). When diagnosis makes us blind. *Tidsskrift for den norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 133(14), 1466-1468.
- Kriel, P. J. R. (1988). Removing medicine's cartesian mask: the problem of humanizing medical education. *Journal of bibilical ethics in medicine*, 3(3), 6-11.
- Lane, M., & Vercler, C. J. (2016). Is consent to autopsy necessary? Cartesian dualism in medicine and its limitations. *Ama journal of ethics*, 18(8), 771-778.
- Latoo, J., Mistry, M., Alabdulla, M., Wadoo, O., Jan, F., Munshi, T., Iqbal, Y., & Haddad, P. (2021). Mental health stigma: the role of dualism, uncertainty, causation and treatability. *General psychiatry*, 34(4), e100498. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2021-100498>
- Mehta, N. (2011). Mind-body dualism: a critique from a health perspective. *Mens sana monographs*, 9(1), 202-209. <https://doi.org/10.4103/0973-1229.77436>
- Mohammed, A. A. (2012). A critique of descartes' mind-body dualism. *Kritike: an online journal of philosophy*, 6(1), 95-112. <https://doi.org/10.25138/6.1.a.7>
- Montgomery, K. (2009). How doctors think. *Journal of medicine and the person*, 7(1), 49-50. <https://doi.org/10.1007/s12682-009-0009-y>
- O'callaghan, A. K. (2022). 'the medical gaze': Foucault, anthropology and contemporary psychiatry in Ireland. *Irish journal of medical science (1971 -)*, 191(4), 1795-1797. <https://doi.org/10.1007/s11845-021-02725>
- O'leary, d. (2021). Medicine's metaphysical morass: how confusion about dualism threatens public health. *Synthese*, 199(1-2), 1977-2005. <https://doi.org/10.1007/s11229-020-02869-9>
- Pajević, A., Pajević, I., Jakovljevic, M., Hasanovic, M., Kravic, N., & Zigic, N. (2021). Ibn Sīna (avicenna) as a psychiatrist: a view from today's perspective. *Psychiatria danubina*, 33, 1218-1226.
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes. *The cochrane database of systematic reviews*, 2013(3), cd002213. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd002213.pub3>
- Roberts, L. W. (2021). The importance of integrating the arts and humanities into medical education. *Academic medicine*, 96(8), 1075. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000004170>
- Rocca, E., & Anjum, R. L. (2020). Complexity, reductionism and the biomedical model. *Rethinking causality, complexity and evidence for the unique patient: a causehealth resource for healthcare professionals and the clinical encounter*, 75-94. https://doi.org/10.1007/978-3-030-41239-5_5
- Rosen, G. (2015). *A history of public health (revised expanded edition)*. Johns Hopkins University press.
- Shelton, W. (2013). A new look at medicine and the mind-body problem: can dewey's pragmatism help medicine connect with its mission? *Perspectives in biology and medicine*, 56(3), 422-441. <https://doi.org/10.1353/pbm.2013.0030>
- Singer, P. N. (2016). Galen. *The stanford encyclopedia of philosophy*. Edward n. Zalta & uri nodelman (eds.). <https://plato.stanford.edu/archives/fall2024/entries/galen>
- Switankowsky, I. (2000). Dualism and its importance for medicine. *Theoretical medicine and bioethics*, 21(6), 567-580. <https://doi.org/10.1023/a:1026570907667>
- Tayeb, H. O. (2019). Epilepsy stigma in saudi arabia: the roles of mind-body dualism, supernatural beliefs, and religiosity. *Epilepsy and behavior*, 95, 175-180. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.04.022>
- Tosam, M. J. (2014). The role of philosophy in modern medicine. *Open journal of philosophy*, 04(01), 75-84. <https://doi.org/10.4236/ojpp.2014.41011>
- Whalley, L. (2015). *Canmeds 2015—physician competency framework*. Royal college of physicians and surgeons of Canada
- WHO. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization; 1948.