



ŞİZOFRENİK DİZİLİMLER

Yazan: Caroline Markolin, Ph.D.



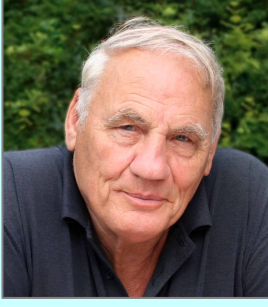
Giriş
Teoriler
Şizofrenik Dizilimler
Beyin Sapı Dizilimi
Böbrek Toplama Kanalları Dizilimi
Beyincik Dizilimi
Serebral Medula Dizilimi
Isırma Dizilimi
Motor Korteks Dizilimi
(Post) Sensoryal Korteks Dizilimi
Koku Dizilimi
Temporal Loblar
Mani ve Depresyon
Manik Depresyon
Davranışlar
Eşcinsellik

Ölüm Sonrası Dizilimi
Kazanova Dizilimi
Nimfomani Dizilimi
Saldırgan Dizilimi
Uçma Dizilimi
İşitme Dizilimi
Mitomani Dizilimi
Otistik Dizilim
İşaretleme Dizilimi
Bulimia Dizilimi
Anoreksiya Dizilimi
Paranoya Dizilimi
Frontal Dizilim
Fronto-Oksipital Dizilim
İlave Kortikal Çatışmalar

Biyolojik Özel Programlar ve Şizofrenik Dizilimler hakkındaki sunumlarımız, Dr. Hamer'ın Almanca yayımlanmış araştırmaları kadar (*Vermächtnis einer Neuen Medizin* [Yeni Tıbbın Mirası], 1987 dahil olmak üzere), *Scientific Chart of Germanic New Medicine* [Germanic New Medicine Bilimsel Çizelgesi] üzerindeki güncelleme ve değişiklikleri de dikkate almaktadır (İngilizce çevirisi Caroline Markolin tarafından 2007'de yapılmıştır). Dr. Hamer'la yakın teması sayesinde, Caroline Markolin, GNM ile bağlantılı soruları düzenli olarak Dr. Hamer'la tartışma ayrıcalığına sahipti. On yıldan fazla sürede ilk elden edindiği paha biçilmez bilgiler, bu sayfalarda bir araya getirilmiştir

Rev. 1.07

GİRİŞ



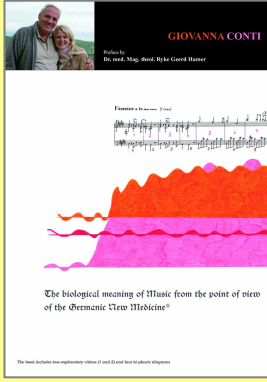
Dr. Hamer, Tübingen Üniversitesi'ndeki tıp eğitimini takiben üniversitenin psikiyatri kliniğinde birkaç yıl asistan olarak çalışmıştır. "Orada gördüğüm şey korkunç ve dehşet vericiydi. Sizin ve benim gibi düşleri ve umutları olan şizofrenik gençler dahil olmak üzere hastalar, kafesteki hayvanlar gibi kapalı alanlarda oturuyorlardı. Bu talihsiz insanların gerçekte ne hastalıkları olduğunu hiç kimse bilmiyordu. Bu çaresiz insanların en çaresizlerine yardım etmek için güçlü bir arzu duydum. Başardığıma inanıyorum" (Ryke Geerd Hamer, *Vermächtnis einer Neuen Medizin*, Cilt. 2, s. 49).

Dr. Hamer'ın Beş Biyolojik Yasa'yı ve fiziksel hastalıkların sebeplerini keşfetmesinden sonra, German New Medicine bağlamında zihinsel hastalıkların da sebeplerini araştırması doğaldı. Hastalarının beyin taramaları üzerinde çalışarak, psikozlar, manik-depresif durumlar ("bipolar bozukluklar") veya obsesif-kompulsif davranışlar gibi psikiyatrik rahatsızlıkların her zaman her iki beyin yarı küresiyle ilişkili iki biyolojik çatışmadan doğduğunu tespit etti. Beynin her iki yarı küresini kapsaması nedeniyle, çok çeşitli çatışmaların kombinasyonunu "şizofrenik dizilimler" olarak adlandırdı.

Dr. Hamer: "Kişiliğimiz, biyolojik çatışmalarımızın toplamıdır."

Dr. Hamer'ın araştırmasının şaşırtıcı sonuçları arasında, bu "dizilimlerin" kişinin karakter ve davranış gelişiminde kayda değer bir etkisinin olduğuna dair bulgular bulunmaktadır. GNM, salt tıbbi tarafın ötesine geçerek örneğin neden birinin mükemmeliyetçi, gösterişçi, durmadan konuşan, ertelemeci, evcimen veya münzevi olduğunu ya da neden bazı insanlar tertipli, yapısalcı, aşırı dakik iken bazılarının dağınık, düzensiz ve devamlı geç kalan olduğunu açıklamaktadır. Ayrıca saldırgan davranışlar, intihar eğilimleri, teslimiyetçilik, duygusal uzaklık veya olgunlaşmamışlık sebepleri açısından da yeni iç görüler elde etmekteyiz. Dahası biyolojik çatışma bakış açısıyla bir erkeği kadın avcısı veya bir kadını nemfoman yapan şeyin ne olduğunu, neden bir erkeğin kadını veya bir kadının erkeksi davrandığını ve eşcinselliğe ne tür çatışmaların yol açtığını da anlamayı öğreniyoruz. Bu, insan davranışının yalnızca çevre, sosyal ve kültürel koşulların ya da genetik olarak şekillendiği bakışına oldukça meydan okuyucudur.

Uçma Dizilimi, Mitomani Dizilimi veya Otistik Dizilim gibi şizofrenik dizilimler, evrimsel olarak oldukça büyük bir önem taşımaktadır. Evrimde ilave bir adım olarak bunlar, insanın öz gelişimi ve bir bütün olarak insanlığın ilerleme potansiyeline katkı sağlar. Bu yüzden büyük keşiflerin, icatların, teknolojik gelişmelerin ve sanat ve edebiyattaki çalışmaların çoğu dizilimli insanlardan gelmektedir.



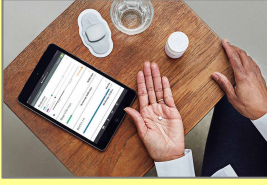
Giovanna Conti, *The Biological Meaning of Music from the Point of View of German New Medicine* [GNM bakış açısından müziğin biyolojik anlamı] (2008) kitabında Beethoven, Mozart, Schubert ve Chopin'in müziğini, GNM bağlamında incelemiştir. Yazar, temponun (hızlı ve yavaş), ritmin (gergin veya rahat), ses tınısının (aydınlık ve karanlık) ve müzik gamı seçiminin (major ve minor), o sırada bestecinin yaşadıklarıyla (bkz. [Beethoven'ın Yedinci Senfonisinden Allegro](#)), bir Biyolojik Özel Programın ([simpatikotoni ve vagotoni](#)) nasıl bağlantılı olduğunu göstermektedir. Buna örneğin Chopin'in *Nocturne* 20b ile Mozart'ın 40. Senfonisi'nde ifade edildiği gibi Şizofrenik Dizilimler de (manik-depresif duygu durumları) dahildir.

“German New Medicine’ın Beş Biyolojik Yasası’nın bir gün müziğin tümüyle yeniden değerlendirilmesine temel oluşturacağını kim beklerdi ki” (Prof. Helmut Calgéer, Alman müzik pedagogu ve orkestra şefi).

ZİHİNSEL HASTALIKLAR VE DUYGU DURUM BOZUKLUKLARININ SEBEPLERİ HAKKINDAKİ TEORİLER

Modern psikiyatri, zihinsel hastalıklar ve duygu durum bozukluklarına geniş ölçüde **anormal beyin kimyasının** sebep olduğu teorisine dayanır. Ancak bu güne kadar bu iddiayı doğrulayacak **hiç bir biyolojik ve kimyasal test** bulunmamaktadır. Buna rağmen iddia edilen “kimyasal dengesizliği” tersine çevirmek için tasarlanmış psikiyatrik ilaçlar (antipsikotikler, antidepresanlar), standart tıbbi tedavi haline gelmiştir. Kanıtlanmamış olan bu kuram, ilaç üretim endüstrisi için dev paylara sahip bir pazar açmıştır (bu videoda izleyin: *The Marketing Of Madness* [Deliliğin Pazarlanması]).

FDA (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi), şizofreni ve bipolar bozukluk için ilk dijital hapi onayladı

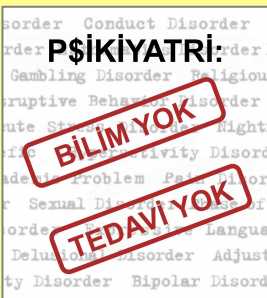


“Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi, ABD.’de hastaların ilaçlarını alıp almadıklarını takip eden ilk dijital hapi onayladı. Abilify MyCite isimli ilaç, hasta tarafından kullanılan bir yapışkan bantla (yama) iletişim kuran yutulabilir küçük bir algılayıcı ile donatılmıştır. Daha sonra bu yapışkan bant, hastanın doktoru ve yetkili kişilerin görebilmesi için gönüllü olarak akıllı telefonuna yüklediği veri bankasına, ilaçla ilgili verileri aktarmaktadır. Abilify; şizofreni ve bipolar bozukluğu tedavi eden ve depresyona ek tedavi için kullanılan bir ilaçtır... Yine de uzmanlar bu hapın kişisel gizlilik açısından ne anlama gelebileceği konusunda endişelerini dile getirdiler. Bazıları, hapların takibinin bu hapi almayarak tedaviye uymayanları cezalandırmaya yönelik bir adım olmasından endişeleniyor” (*U.S. Food and Drug Administration*, 13 Kasım 2017).



Zihinsel hastalıkların tedavisinde elektroşok tedavisi olarak da bilinen elektrokonvülsif tedavi (EKT) günümüzde hala kullanılmaktadır. Bu işlem sırasında, uyarılmış atakların “kimyasal anomaliyi” düzeltereceği düşüncesiyle hastanın beyninden elektrik akımları geçirilir.

Buradaki makaleyi okuyun: [Independent](#), 4 Aralık 2017



“Gerçekte ‘kimyasal dengesizlik’ fikri her zaman bir tür şehir efsanesiydi – bilgili psikiyatristlerin ciddi olarak asla ileri sürmedikleri bir teori” (Ronald W. Pies, M.D., Newyork State Üniversitesi ve Tufts Üniversitesi Tıp Bölümünde Psikiyatri profesörü).

“Bu belirtilerin sebeplerinin ne olduğuna dair *düşüncülerinin* ardında hiç bir akılcı bilim bulunmamaktadır. İnsanlara verilmekte olan bu ilaçlar istisnasız, oldukça zarar verici yollarla beyinleri değiştiren kimyasalları uygulamaya koymaktadır... kanıtlanmış bir dengesizliğin yokluğunda, bu ilaçlar gerçekte toksiktir” (Dr. Grace Jackson, M.D., Psikiyatrist).

Videodaki *The Scam of Psychiatry* belgeselini izleyin

1952'de, **Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM'nin (Zihinsel hastalıkların Tanılması ve İstatiksel El Kitabı-Tanı Ölçütleri)** ilk basımını yayımlamıştır. DSM, Birliğin seçilmiş üyelerinin mutabakatına dayalı olarak zihinsel hastalıkların sınıflandırılmasını temsil etmektedir. İlk basımından bu yana "zihinsel hastalıklar" sınıflandırma sayısı DSM-1'de 106 iken, halen geçerli olan 2013 baskısı **DSM-5**'te bu sayı 297'ye yükselmiştir. DSM-5 örneğin duygu durum değişiklikleri, öfke ve kendine zarar verici davranış, istikrarsız ilişki örüntüleri ve terkedilme korkularıyla karakterize olan sözde "borderline (BKB)-sınır kişilik-bozukluğu" dahil olmak üzere 10 farklı "kişilik bozukluğu" tanımlamaktadır. Son gözden geçirmede kafein geri çekilmesi, uykusuzluk, utangaçlık, cinsel işlevsizlik ve Karşı Gelme Bozukluğu belirtileri de "zihinsel hastalıklar" listesindeki belirtilere eklenmiştir. Önceki baskılarda zaten kibir, narsisizm, ortalamanın üstü yaratıcılık, alaycılık ve anti sosyal davranışlar, psikiyatrik hastalık rütbesine yükseltilmişti. Bunun sonucunda davranışların "anormal" olarak değerlendirilip tıbbileştirilmesi ve patolojikleştirilmesi hızla artmıştır.

"Biz insanlara psikiyatri mesleğinin normal gördüğu şekilde davranmaları gerektiğini anlatıyoruz."

Thomas Szasz, *The Myth of Mental Illness [Akıl Hastalığı Miti]*, 1960

Tasarım olarak DSM öncelikle akılı hastalıklarının sebeplerinden çok, istatistikleri ve belirtileriyle ilgilenmektedir. Bilimsel bakış açısından hiçbir değeri bulunmamaktadır. Bir teşhis aracı olarak, değersizdir.

Nöroplastisite (beynin yapısal veya fiziksel değişiklik geçirebilme yeteneği) üzerine yapılmış araştırmalar, beynin önceden düşünöldüğu gibi durağan bir kitle olmayıp, gerçekte nöral ağların oluşturduğu dinamik bir sistem olduğunu gün ışığına çıkarmıştır. Beynin belirli bir kısmı yeteneğini kaybettiğinde, beklenen görevlerin yerine getirilmesi için komşu beyin hücrelerinin yeni nöral yollar oluşturarak bu işlevi üstlendiği anlaşılmıştır. Beynin kendisini iyileştirme yeteneğinin fark edilmesi, nörobilimde kesinlikle memnuniyetle karşılanan bir paradigma değişikliğidir. Ancak hastalıkların sebepleriyle ilgili olarak nöroplastisite araştırmaları, fiziksel ve zihinsel hastalıkların insan organizmasının işlev yetersizliğinden kaynaklandığı tıbbi inancına kilitlenmiş durumdadır. Bu yüzden Otizm Spektrum Bozuklukları, dikkat eksikliği (DE), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), depresyon veya obsesif-kompulsif davranışların **anormal beyin plastisitesi** ya da "kaldırılmayacak kadar fazla plastik bağlantı oluşturmuş aşırı bağlantılı beyin" kaynaklı olduğu düşünölmektedir. Bu "hatalı devreyi" onarmak için tavsiye edilen tedavi, bu plastisite eğilimini baskılamak için TMS (Transkraniyal Manyetik Stimölasyon) uygulamasıdır ve bu bir ilaçla da birleşiktir, "**tipik olarak bir antidepressan veya Prozac tipi bir ilaç**"!

NOT: *The Brain That Changes Itself [Kendini Değiştiren Beyin]* (2007) adlı kitabında Norman Doidge, A.B.D.' den psikiyatrist Jeffrey M. Schwartz'ın OKB gibi durumları anlayabilmek için beyin taramalarını ilk kez kullanan kişi olduğunu ileri sürmektedir. Dr. Schwartz **konu hakkındaki çalışmasını** 1997'de yayımlamıştır. Bu, Dr. Hamer'ın zihinsel hastalıkların sebeplerine dair bulgularının beyin taramaları üzerindeki yoğun çalışmalarının doğrulanmasından on yıl **sonradır**.

Genetik bilimciler psikiyatrik bozuklukların **kişinin DNA'sındaki anormalliklerle** bağlantılı olduğunu ileri sürerken, **epigenetikçiler** sebep olarak **bozuk gen ifadesini** öne sürmektedirler. Biyologlar ise zihinsel hastalıkların hatalı tiroit işlevleri, anormal kortizol düzeyleri, düzensiz kan şekeri düzeyleri veya viral enfeksiyonlar ya da hasta mide-bağırsak gibi **organizmanın düzensizliğinden** ortaya çıktığını ön görmektedirler.

Nöroimmünoloji, immünopsikiyatri ve psikonöroimünoloji'de zihinsel hastalıklar **bağışıklık sistemi işlevsizliklerine** atfedilir ("hilekar bir bağışıklık sistemi tarafından üretilen antikorlar beyne saldırarak psikozlara sebep olabilir", *The Lancet*, 1 Kasım 2016). *Institute for the Study of Peak States*'de ses işitmeleri, "kişinin bağışıklık sisteminin, seslere dolaylı olarak sebep olan bir mantarsal patojenin varlığını farketmesini sağlama" yoluyla tedavi edilmektedir. Bu mantarın "konakladığı kişinin davranışlarını ve zihinsel durumunu yönlendirme becerisine sahip bir hücre altı mantarsal patojen" olduğuna inanılmaktadır. Önerilen çözüm "insanları buna karşı bağışık hale getirmek için bir ilaç ya da aşı bularak, bu organizmayı ortadan kaldırmaktır" (Grant McFetridge, *Silence the Voices. Discovering the Biology of Mind Chatter* [Sesleri sessizleştirmek: Zihin gevezeliğinin biyolojisinin keşfi]).

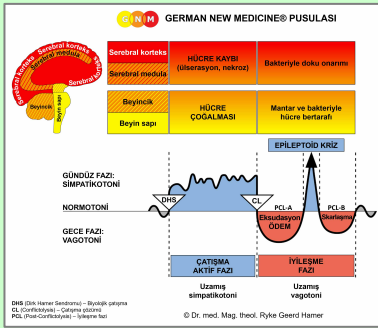
Psikologlar zihinsel hastalıklara erken çocukluk travmaları, şiddete maruz kalma, yaşam tarzı krizleri, aile ve ilişki sorunları gibi sosyal ve duygusal unsurların veya düşük sosyo-ekonomik seviyenin sebep olduğu görüşünü devam ettirmektedirler. Yaygın tedavi şekli psikiyatrik ilaçlarla birleştirilmiş psikoterapidir.

Bu teorilerin hiçbiri neden kişinin belli bir "zihinsel hastalığı" olduğunu, neden bu durumun kişinin hayatının belirli bir döneminde ortaya çıktığını, neden belirtilerin farklı derecelerde meydana geldiğini veya neden bunların devamlı veya tekrarlayıcı olduklarını açıklayamamaktadır. Geçerli bilimsel ölçütlere dayanarak Dr. Hamer'ın "şizofrenik dizilimler" hakkındaki keşifleri, bize ilk kez bu soruların cevapları vermektedir. Ayrıca bunlar tümüyle yeni bir tedavi yaklaşımı için de bir temel olarak iş görmektedir.

ŞİZOFRENİK DİZİLİMLER

Dr. Hamer zihinsel hastalıkların (psikozlar), duygu durum bozukluklarının (manik depresyon) ve düşmanca tutumlar, sosyal içe kapanma, mükemmeliyetçilik, aşırı cinsellik veya aşırı konuşkanlık gibi davranışlara, “**şizofrenik dizilim**” adını verdiği durumların sebep olduğunu keşfetmişti. Psikiyatride “şizofreni” kelimesi, zihinsel rahatsızlıkların çok geniş bir yelpazesinin tanılanmasında kullanılmaktadır. GNM’de bir “şizofrenik dizilim”, bir kişinin **her iki beyin yarı küresiyle ilgili olarak iki biyolojik çatışmada çatışma-aktif durumda olduğu** anlamına gelir. Çatışmaların birleşimi bu dizilimin kendisini **sanrılar** (paranoid sanrılar, büyüklük sanrıları), **halüsinasyonlar** (görsel, işitsel ve koku alma), **bilişsel bozukluk** (DE, kısa süreli hafıza kaybı), **anormal hareketler** (motor tikler), **takıntılı düşünceler** (ölüm, seks, birine zarar verme, intihar düşüncesi hakkında), **zorlantılı davranışlar** (hiperaktivite, zorlantılı ritüelistik davranış, kendine zarar verme, zorlantılı yalancılık, istifleme) veya bir **manik-depresif durum** (“bipolar bozukluk”) olarak ifade edip etmeyeceğini belirler. Zihinsel durum ve dizilimli davranışın derecesi, çatışmaların şiddetiyle orantılıdır.

Beş Biyolojik Yasa’ya göre zihinsel hastalıklar ve duygu durum bozuklukları, tıpkı fiziksel hastalıklar gibi gelişir. Burada şunlara işaret etmektedir:



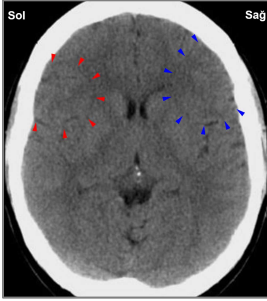
- Bir **DHS**’ten doğar (beklenmedik, duygusal olarak stres yaratıcı olay), bir çatışma-aktif fazı bunu takip eder ve çatışma(lar)ın çözülebilmesi durumunda, bunu iyileşme fazı takip eder.
- **Beyinle karşılıklı bağlantısı** vardır (beyin taraması, ilişkili beyin rölelerinde bağlantılı olan çatışma etkisini göstermektedir).
- **Bir organla karşılıklı bağlantısı** vardır (zihinsel belirtileri ortaya çıkaran Biyolojik Özel Programlar, aynı zamanda organ düzeyinde de çalıştır).

Dr. Hamer: “Tıpkı psişe ile bağlantısı olmaksızın bir organ hastalığı olmadığı gibi, bir organ bağlantısı olmaksızın da hiç bir psikoz yoktur. Bir beyin taramasında her ikisini de, hem psikozu hem de fiziksel hastalığı görebiliriz. Eğer bir düzeyi biliyorsak, diğer ikisini de biliriz. İş bir teşhis koymaya gelince bu önemlidir.”

NOT: Psikiyatri ve psikolojide psişe, bedenden tamamen ayrı olarak görülür. GNM’de ise **psişe** insan biyolojisinin ayrılmaz bir parçası ve doğuştan beyinle bağlantılıdır. German New Medicine’da psikolojik çatışmalar yerine *biyolojik* çatışmaları konuşmamızın sebebi budur.

Beşinci Biyolojik Yasa ile tutarlı şekilde (“Hastalık denilen her durum, Doğanın Anlamlı Biyolojik Özel Programının bir parçasıdır”), “zihinsel hastalıklar” iddia edildiği gibi “anormallikler” (bkz. **Teoriler**) değil, fakat çatışma bağlantılı beyin röleleri tarafından bir dizilimin olduğu anda harekete geçirilen doğuştan gelen sağ kalma stratejileridir. Yalnızca tek bir çatışmayla uğraşan kişi zaten değişik bir zihin durumundadır (sürekli olarak çatışma konusu üzerinde durmaktadır) fakat hala zihnini rotasında tutabilmektedir. Bununla birlikte daha fazla çatışmayla zihinsel yük, görünürde bozulmuş (“çılgın”) düşünce ve davranışlar yaratır ve bu da gerçekte kişinin üst üste binmiş iki (veya çok sayıda) çatışmayla daha iyi baş etmesini sağlar. Bağlantılı organlardaki değişimler (**hücre çoğalması veya hücre kaybı**), fiziksel düzeyde ilave destek sağlar.

Beynin rolü: Normal koşullar altında beynin iki yarı küresi dengeli bir ritimle titreşir. Biyolojik bir çatışma bağlantılı beyin rölesinde kaydedildiği zaman, bu şoku (DHS) alan beyin tarafı, farklı bir ritimle titreşir. Diğer beyin yarı küresini de etkileyen ikinci bir çatışma anında, beynin her iki tarafının beyin ritmi uyumlu olmaktan çıkar. Her iki beyin yarı küresindeki bu beyin ritmi değişimi, zihin durumundaki değişiklik ile dizilim bağlantılı belirtileri ve davranışları yaratır.



Bu beyin taraması, larengeal mukozanın (sol temporal lob) ve bronşiyal mukozanın (sağ temporal lob) kontrol merkezlerindeki keskin halka şekilleriyle (Hamer Odağı) bir Uçma Dizilimini göstermektedir.

Bir dizilimi tamamlayan güçlü bir DHS, bir anda akut bir psikotik durum yaratır (bkz. [psikotik ataklar](#)). "Titreşen" beynin sakinleşmesi yaklaşık 2-3 ayı bulur. Bu dönemden sonra dizilim, yavaş yavaş dengelenir.

NOT: Alkol ve uyuşturucular, beynin tamamının ritmini değiştirir. Dolayısıyla eğer kişi bir DHS yaşıyorsa, örneğin alanda bir öfke çatışması gibi, sarhoşken veya madde kullanmışken zaten tek bir çatışmayla da dizilimli olarak hareket eder (manik, depresif, saldırgan, içe kapanık). Aynı şekilde alkol ve uyuşturucular dizilimli bir davranışı da pekiştirir! **Beyin hasarı veya beyin ameliyatı** da beyin ritmini değiştirir. Bu durum, beyin ameliyatı geçirmiş veya beyni hasara uğramış kişilerde bunu takiben gözlenen kişilik değişimlerini açıklamaktadır.

İki çatışma aynı anda veya art arda meydana gelebilir. İlk çatışma zaten erken bir yaşta örneğin büyük anne/babanın kaybıyla bir terkedilme çatışması, okulda yaşanan bir öz-değersizlik çatışması veya cinsel taciz nedeniyle yaşanan bir cinsellik çatışması ile meydana gelmiştir. İkinci çatışma yıllar ve hatta on yıllar sonra meydana gelebilir. İşte bu ikinci çatışma, örneğin hazmedilemez lokma çatışması, alan kaybı çatışması veya sevilen birinin beklenmedik kaybı çatışması bir dizilimi ve bununla bağlantılı zihinsel ve davranışsal değişiklikleri harekete geçirir.

Bir kişi bir anda aynı doğaya sahip iki çatışmayı birlikte yaşayabilir. Örneğin iki yuvada endişe çatışması (hem çocuğu için hem eşi için endişe), iki ayrılık çatışması (her iki ebeveynen), iki öz-değersizlik çatışması (ebeveynle ve öğretmenle ilişkili), anında bir dizilimi harekete geçirebilir.

NOT: Eğer birisi annesini ya da çocuğunu aynı zamanda eş olarak algılıyorsa ya da tersine bir eş, aynı zamanda birinin çocuğu veya annesi olarak algılanıyorsa ve çatışma göğüsler gibi ikili bir organa karşılık geliyorsa, o zaman DHS (yuvada endişe çatışması, ayrılık çatışması) eş zamanlı olarak her iki beyin yarı küresini etkiler ve bu durumda bir Beyincik Dizilimi veya bir (Post) Sensoryal Korteks Dizilimi yaratır.

Bir dizilim, tek bir DHS'in iki farklı tarafı olduğunda da ortaya çıkabilir. Örneğin bir kanser teşhisi anında bir varoluş çatışmasını (kişinin kendi hayatı için korku) ve ölüm korkusu çatışmasını tetikleyerek, bir Beyin Sapı Dizilimi ile sonuçlanabilir.

Bir dizilim devamlılık gösterebilir veya çatışma yollarına ya da çatışma nükslerine bağlı olarak tekrarlayıcı olabilir. Çatışmayla ilişkili yollar (belli bir kişi, yer, konu), mevcut zihinsel durumu pekiştirebilir veya iki çatışmadan birisi (veya her ikisi) geçici olarak çözümlendikten sonra (bkz. [psikotik ataklar](#)), bir dizilimi yeniden etkinleştirebilir. Ani depresif duygu durumu, öfke krizleri, anlık sosyal içe kapanma, dürtüsel intiharlar veya düşünmeden işlenen suçlar, tipik olarak ya çatışma yolunun tetiklenmesiyle ya da aynı çatışma(lar) meydana geldiğinde gerçekleşir. Israrlı çatışma etkinliği uzun süren bir dizilim yaratır ve bağlantılı çatışmaların derecesine bağlı olarak ortadan şiddetliye kadar değişir.

Manik ve depresif duygu durumu veya manik-depresyon yalnızca Temporal Lob Dizilimleriyle gelişir.

Dizilimdeki kişi, ifte simpatikotonidedir (sınırlı, huzursuz). Stres, ilave çatışmalar, kahve veya enerji içecekleri gibi uyaranlar yanı sıra simpatikotonik içerikli madde veya ilaçlar da (kortizon, sitostatik maddeler, morfin), mevcut zihinsel durumu alevlendirir.

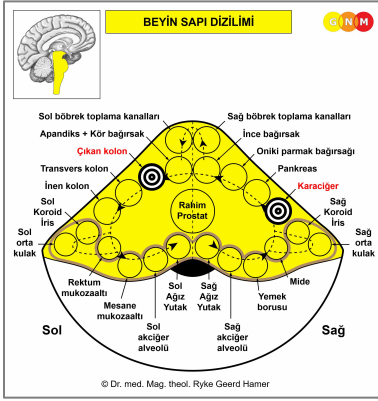
Çatışma özümü: Bir kez iki çatışmadan biri çözüldüğünde, bu kişi artık dizilimde değildir ve bunu takiben de zihinsel durum ve davranış normale geri döner. Bu noktada ilgili organ da iyileşmeye döner ve örneğin bronşit, larenjit, hepatit, idrar yolu enfeksiyonu veya hemoroit gibi altta yatan çatışmanın doğasına bağlı durumlara sebep olur. **Dikkat:** şiddetli bir çatışma etkinliğinde, iyileşme aynı zamanda beyin düzeyinde de gerçekleştiği için örneğin bir alanda öfke çatışmasının çözülmesi sonrası, safra kanallarında bir tıkanıklık veya genişçe bir beyin ödemi gelişimi gibi ciddi komplikasyonlara da yol açabilir. Ayrıca **iyileşme fazının** en üst noktasında başlayan **Epileptoid Krizleri** de dikkate almak zorundayız. Bu Epi-Kriz, atışma(lar)nın yeniden etkinleştiği kısa, yoğun bir andır. Dolayısıyla tekrarlamalar sırasında zihinsel belirtiler çok daha güçlüdür (bkz. **psikotik ataklar**). Eğer bir dizilim iki kalp rölesinden birini kapsıyorsa, bu kalp atardamarları bağıntılı bir kalp krizi veya akciğer embolisini tetikleyebilir. Bu yüzden belli yöntemlerle çatışmaların “temizlenmesi”, tahrip edici sonuçlara yol açabilir!

GNM yaklaşımı: Çok şiddetli dizilimler için Dr. Hamer bu çatışmaların çözülmesinden çok derecesinin düşürülmesi gerektiğini şiddetle tavsiye etmektedir. Amaç **hiper-dizilimin, hipo-dizilime dönüştürülmesidir**. Bu yaklaşımın temel sebebi **iyileşme fazı** ve özellikle de Epileptoid Kriz sırasında potansiyel olarak ortaya çıkabilecek komplikasyonları önlemektir.

Dr. Hamer: “German New Medicine’nin İlk Biyolojik Yasası’nı keşfettiğimde, o coşkuyla kişinin bütün çatışmalarını olabildiğince çabuk çözmesi gerektiğini düşünmüştüm. Bugün bunun bir hata olduğunu anlıyorum. Bazı çatışmalar var ki, onları mezarımıza kadar götürmek zorundayız. Böylece daha uzun yaşayabiliriz” (*Vermächtnis einer Neuen Medizin*, Cilt. 2, s. 55).

BEYİN SAPI DİZİLİMİ

Biyolojik çatışmalar: lokma çatışmaları, aç kalma çatışması, ölüm korkusu çatışması, terkedilme çatışması, varoluş çatışması, mülteci çatışması, üreme veya cinsiyet çatışması. Herhangi bir çatışma kombinasyonu mümkündür.



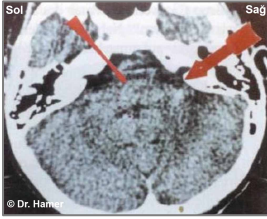
Beyin ve Organ Düzeyi:

Beyin sapının sağ tarafı yemek borusu, mide, karaciğer parenkimi, pankreas bezi, oniki parmak bağırsağı, ince bağırsak, sağ böbrek toplama kanalları, sağ akciğerin alveölü, sağ orta kulak ve Östaki borusu, gözyaşı bezleri, koroid, iris ve sağ gözün siliyer cismi, hipofiz bezinin sağ yarısı, epifiz bezinin sağ yarısı, prostat bezinin sağ yarısı, rahimin sağ yarısı ve sağ fallop tüpünün yanı sıra ağız ve yutağın sağ yarısını (tiroid ve paratiroid bezleri dahil) kontrol eder.

Beyin sapının sol tarafı apandiks, kör bağırsak, kolon, rektum ve mesane, Bartholin bezleri, smegma üretim bezleri, sol böbrek toplama kanalları, sol akciğer alveölü, sol orta kulak ve Östaki borusu, gözyaşı bezleri, koroid, iris, sol göz siliyer cismi, hipofiz bezinin sol yarısı, epifiz bezinin sol yarısı, prostatın sol yarısı, rahimin sol yarısı, rahimin sol yarısı ve sol fallop tüpü yanı sıra ağız ve yutağın sol yarısını (tiroid ve paratiroid bezleri dahil) kontrol eder.

Bu GNM diyagramı, aç kalma çatışması ile (karaciğer parenkimiyle bağıntılı) hazmedilemez lokma çatışmasının (inen kolonla bağıntılı) birleşiminden oluşan bir Beyin Sapı Dizilimini göstermektedir.

Bu dizilim, ikinci çatışma karşıt beyin yarı küresinde kaydedildiği anda oluşmuştur. Çatışmalar eş zamanlı olarak da meydana gelebilir. Bu dizilim devamlı veya çatışma yollarına ya da çatışma nökslerine bağlı olarak tekrarlayıcı olabilir.



7 yaşındaki kız çocuğunun bu beyin taraması, henüz çözülmüş olan bir Beyin Sapı Dizilimini göstermektedir.

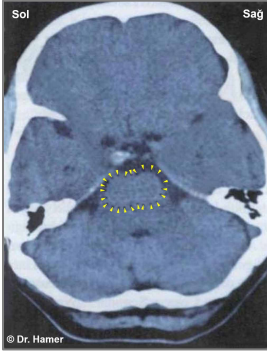
Öyküsü: Bu genç kızın babasının Almanya'nın bir köyünde küçük bir bakkal dükkanı vardı. Bir gün, hemen dükkanının yanında bir süpermarket açılacağını öğrendi ve çok endişelendi. Kız, babasının annesine "Aç kalacağız!" dediğini duyduğunda, bunu kelimenin gerçek anlamında algıladı ve aç kalma çatışması yaşadı (beyin sapının sağ tarafındaki **karaciğer parenkimi rölesine** kaydedilen). Rahim çatışması (sol beyin sapı yarı küresi), "bir erkekle çirkin bir çatışma" ile ilişkilidir ve bu durumda "kastedilen", ailenin "sağ kalmasını" tehdit eden süpermarket sahibi olan erkektir.

Beyin tomografisi çekildiğinde artık genç kız dizilimde değildi. Karaciğer rölesindeki (koyu renkli görünen) beyin ödemi (**PCL-A**), aç kalma çatışmasının tamamen çözümlenmiş olduğunu göstermektedir. Ancak rahim çatışması hala kısmen etkin durumdadır. Şansına karaciğerde ve rahimde hücre çoğalması ("kanser"), hiç bir zaman tespit edilmedi (Kaynak: Ryke Geerd Hamer, *Vermächtnis einer Neuen Medizin*, Cilt. 2, s. 110).

Beyin Sapı Dizilimi kendisini **zihin karışıklığı** (ayrıca bkz. [Böbrek Toplama Kanalları Dizilimi](#)), **net bir şekilde düşünememe**, **herhangi bir refleks gösterememe**, **tepkisiz olma** ve **akıl durması** şeklinde kendini gösterir. Tipik olarak kişi **boş bakışlara** sahiptir ve **boşluğa bakar**. **Bu dizilimin amacı**, stresle daha iyi başa çıkabilmek için çatışmaları erişilmez hale getirmektir. **NOT:** Zihin dalgınlığı (absans), depresyonla karıştırılmamalıdır.

Kafa karışıklığı ve zihinsel olarak uzaklaşmanın derecesi, çatışmaların yoğunluğuyla orantılıdır. Kısa ve ılımlı bir dizilim, düşünce zincirini kaybetmek veya birinin söyleyeceğini unutması ("boşluk" hissetmesi) olarak fark edilir. Ancak güçlü bir dizilim şiddetli bir kafa karışıklığına (bkz. [Alzheimer hastalığı](#)) veya **sanrılı duruma** sebep olabilir. Burada ayrıca geniş çapta azalmış tepkisizlik, katılık (kadı beden duruşu), konuşma yeteneğinde kayıp ve kişinin çevresinin farkında olmaması haliyle kendini gösteren **katatonik stupor** ile de karşılaşıyoruz (otistik stupor ile karşılaştırın).

Beyin Sapı Dizilimi, laboratuvar bulgularıyla da tanılanabilir. Örneğin yüksek kreatinin ve PSA düzeyi, bir terkedilme veya varoluş çatışması ile (böbrek toplama kanalları ile bağıntılı), üreme veya cinsiyet çatışmasının (prostatla bağıntılı) eş zamanlı olarak yürüdüğünü açığa çıkarır. Organizmayı ve psişeyi tamamen birbirinden ayrı gören geleneksel tıp veya psikiyatri, bu karşılıklı ilişkiyi fark etmemektedir.



Bu beyin taraması, iki mülteci çatışmasının sebep olduğu BTK Dizilimini göstermektedir (bkz. [GNM diyagramı](#)).

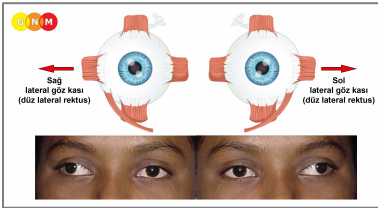
Öyküsü: “Bu vakadaki kadın 5 yaşındayken, ona ‘eğer iyi bir çocuk olmazsan, Clara teyzeye gidersin’ denmişti. Gerçekten de o zamanlar çocukların ailelerinde sıklıkla rastlandığı gibi teyze, bu çocuğu sevinçle evlat edinmek istemişti. Clara teyze bir canavar değildi, iyi birisiydi... fakat ebeveynlerinden, kardeşlerinden, oyun arkadaşlarından, aile evinden ve komşularından ayrılma fikri çok korkutucuydu. Çocuk, uzaklağa gitmek zorunda kalma korkusunun sebep olduğu mülteci çatışması yaşadı. İkinci çatışmanın kesin olarak ne zaman ve hangi durumda meydana geldiğini bilmiyoruz ancak büyük ihtimalle Clara teyzeye yapılan bir ziyaret sırasında. Çocuk eve dönmek için sabırsızlanıyor ve teyzesiyle birlikte geride bırakılmaktan korkuyordu. Çünkü ‘eğer iyi çocuk olmazsan, Clara teyzeye gidersin’ sözlerini tekrar tekrar duymuş ve teyzesine gönderileceğine dair sürekli korku yaşamıştı. O andan itibaren iki tane çatışması vardı; biri iyi bir çocuk olmamak, diğeri ise seyahat etmek. Bu durum, mevcut kayıtların alındığı (1994) zamana kadar onunla kalmıştı. Şimdi 50 yaşında, yetişkin bir kız annesi ve bir doktorun karısı olmasına rağmen bu hasta, hala iyi biri olmaya çalışıyor ve eğer mümkünse hiç seyahat etmiyordu. Bir diğer çatışma yolu da, ağır sonuçlara yol açmış olan bu belirli cümleyi sürekli olarak söyleyen annesiydi. Hastanın mülteci çatışmasının bir anda tekrarlaması için yalnızca annesinden bir mektup alması veya onunla telefonda konuşması bile yeterliydi! Şimdi seyahat etmek zorunda kalsa, her iki böbrek toplama kanallarını da etkileyecek olan iki mülteci çatışması olacaktı.

Gerçekten de bir keresinde aynı anda her iki çatışma yolu etkinleştirdiğinde böyle bir şey oldu. Annesiyle çatışma yaşadıktan sonra ve kocası onu Bavyera’ya (Almanya) kısa bir yolculuk için ikna ettiğinde. Birkaç yüz kilometre gitmişlerdi ki, kocası karısının tamamen yönelim bozukluğu yaşadığını fark etti. Belki gideceğimiz yere varınca daha iyi olur diye düşündü fakat durum daha da kötüleşmişti. Karısı tekrar tekrar nerede olduklarını soruyor, otel odasını bulamıyor ve otelde tamamen yön duygusunu kaybetmiş şekilde dolanıyordu. Kocasını German New Medicine’i bildiği için, o anda karısının bir BTK Diziliminde olduğunu anladı. Daha sonra bize bir seminerde anlattığı gibi, kendisine sormuştu: ‘Şimdi Dr. Hamer olsa ne yapar veya ne tavsiye ederdi?’ Cevap: Şöyle derdi: ‘Karınla birlikte hemen evine git!’ Ve öyle de yaptılar. Doktor, yön duygusunu kaybetmiş olan karısının elinden tuttu, arabada arkaya oturttu, eşyalarını toplayıp bagaja yerleştirdi ve mümkün olduğunca hızlı şekilde eve döndüler. Akşam üzeri saatlerde eve vardılar. Ancak karısı evi tanıyamadı ve kocasına nerede olduklarını sordu. Yine kocası kendine sordu: ‘Dr. Hamer olsaydı şimdi ne yapar veya ne tavsiye ederdi?’ Cevap: Şöyle söyledi: ‘Onunla birlikte onun en sevdiği yere git!’ Evet, bunu yapmak kolaydı. Tavukların ve kazların kümesi evden 50 metre uzaklıktaydı ve karısı orda bulunmayı severdi. Tekrar karısının elini tuttu ve onu tavuk kümesine götürdü. Orada bir süre kaldılar ve tavukları izlediler. Nihayet karısı döndü ve şöyle dedi: ‘Horst, evimizdeyiz!’” (Kaynak: Ryke Geerd Hamer, *Vermächtnis einer Neuen Medizin*, Cilt. 2, s. 105).

Bu yüzden BTK Dizilimi, **eve yakın olma zorlantısı** yaratır. Bu ihtiyacın **amacı**, su ortamından dışarı atılarak kıyıya vurmuş olmanın biyolojik çatışmasından kaynaklanır. Yerinden kımıldamama (mecazi anlamda “kıyıya yakın”) içgüdüsel tepkisi, adeta bir sonraki dalga tarafından toplanarak yeniden eve dönüş şansı sağlar. Bu doğuştan gelen davranış, iki böbreğin toplama kanalları röleleri tarafından kontrol edilir ve bu dizilimle etkin hale gelir.

Bu yüzden BTK Diziliminde olan insanlar, evlerinde yalnızca belli bir yarı çap içerisinde hareket eder. Dizilimin yoğunluğu arttıkça, yarı çap küçülür. Güçlü bir dizilim evinden ayrılma, kısa mesafelerde bile olsa seyahat etme (“ne zaman arabaya binip bir yere gitmeyi düşünsem, panik hissediyorum ve gidilemeyecek kadar uzak olduğunu düşünüyorum”) veya kamu ulaşımını kullanma (ev merkezinden uzaklaşma) korkusu yaratabilir. Burada ayrıca **agorafobi** denilen açık alanlarda ve kalabalıklarda olma korkusuna da (Motor Korteks Dizilimi ile klostrofobi ve Otistik Dizilimle sosyal geri çekilme ile karşılaştırın) rastlarız. Bu korku aslında “çölün ortasına atılmış” gibi yaşanan önceki bir terkedilme, varoluş veya mülteci çatışmasından kaynaklanan eve geri dönememe kaygısıdır (ayrıca bkz. **kaygı atakları ve panik ataklar**).

Biyolojik Özel Programlar, aynı anda organ düzeyinde de çalışır. “Sudan çıkmış balık gibi hissetme” çatışmasıyla, böbrek toplama kanalları hücre çoğalması yoluyla kapanır ve organizmaya yeterli miktarda su sağlamak üzere su tutulmasına sebep olur. Dolayısıyla hem fiziksel hem de zihinsel belirtiler, biyolojik bir amaca hizmet eder. Az miktarda idrara çıkan kişilerin de yön duygusunu kaybettiği çok uzun zaman önce fark edilmiştir. Adlandırıldığı üzere “üremik yönelim bozukluğunun”, minimal düzeydeki idrar çıkışının sonucu olduğu düşünülmektedir. Ancak gerçek sebep, BTK Dizilimidir. Dr. Hamer: “Oliguri (günlük 150-400 ml. arasında idrar çıkışı) ve anüri (günlük 50 ml. den az), yalnızca fiziksel değil fakat psikiyatrik tanıya da işaret eder”. Aynı şey, iki böbreğinin yetmezliği nedeniyle diyalize girenlerde de geçerlidir. Diyaliz hastalarında görülen yönelim bozukluğu varsayıldığı gibi sıvı kaybı, B12 vitamin eksikliği veya düşük kan şekerinden değil, her iki böbrek toplama kanallarının rollerini içeren şizofrenik bir dizilimden kaynaklanır. Diyaliz hastalarının genellikle ilave varoluş çatışmaları yaşadığını ve bunun da zihinsel belirtileri artırdığını söylemeye bile gerek yok. **NOT:** Bir ya da her iki böbreğin alınması (bilateral nefrektomi), yönelim bozukluğunu ortadan kaldırmaz çünkü yönelim bozukluğu beyin tarafından kontrol edilmektedir!



Lateral göz kası (düz lateral rektus), **böbrek toplama kanallarının kontrol merkezlerinden** doğan abduşens sinir (altıncı kraniyal sinir) tarafından beslenir. Bir terkedilme, varoluş veya mülteci çatışması durumunda lateral göz kası, gözleri dışarıya doğru çeker. Bu çatışma sağ böbrek kanalları rölesini etkilerse, sağ göz sağa doğru kayar. Sol böbrek toplama kanallarının rölesi söz konusuysa, sol göz sola doğru kayar (ekstraoküler göz kaslarıyla bağıntılı şaşılık ile karşılaştırın). Bir BTK Dizilimi varsa her iki göz de her iki yana kayar ve biyolojik olarak anlatmak gerekirse, bu durum kişinin okyanusu yani yuvayı, görüş alanında tutmasını sağlar.

Uzay-mekan yönelim bozukluğuna ilave olarak BTK Dizilimi **zaman algısında kayıp**, hatta daha da belirgin olarak şimdiki zaman algısında kayıp yaratır ((Post) Sensoryal Korteks Dizilim ile bağıntılı kısa dönemli hafıza kaybı ile karşılaştırın). Yoğun bir dizilim, kişinin hayatındaki daha erken bir dönemi yaşıyor olduğu sanılarına sebep olur. Zaten bu da tam olarak **bu dizilimin amacıdır**. Terkedilme, varoluş veya mülteci çatışmaları duygusal olarak katlanılamayacak kadar zorlaştığında, bu dizilim kişinin kendini yalnız hissetmediği, duygusal bir sığınağa geri çekilmesini sağlar.

Kafa karışıklığı, mecazi anlamda kaybolmuş olmak, bir BTK Diziliminin bir diğer göstergesidir (ayrıca bkz. **Beyin Sapı Dizilimi**). Yaşla bağlantılı olmaksızın insanların hastaneye yatışlarında kafa karışıklığı yaşadıkları gözlenmektedir. Hatta bazıları ziyarete gelen aile üyelerini bile tanımamaktadır. Bu durum yaşlılarda ortaya çıktığında, doktorlar çabucak bunu bir demans işareti olarak yorumlamaktadırlar. 2017 Şubat'ta *PravdaTV.com*'da Almanca “Zu Hause gesund, im Krankenhaus plötzlich demant” [Evde sağlıklı, hastanede bunak] isimli bir makale yer aldı. Yazar, şöyle yazıyordu: “Bu hastalar yaşları nedeniyle gelişen demanstan veya kafa karışıklığından mustarip değillerdi. Daha çok, bu kafa karışıklığı hastanede yatıyor olmanın sonucudur. Çünkü eve döndükleri anda kafa karışıklığı ortadan kalkıyor”. Şimdi German New Medicine ile, bu görünür uyumsuzluğu açıklayan bilime sahibiz.

“**Koma vijil**” (uyanık koma) (agrypnia coma) olarak adlandırılan duruma, ani bir BTK Dizilimi sebep olur. Koma vijil, hastanın gözlerinin açık ve bakıyor gibi uyanık görüldüğü, yarı-bilinçli ve inatçı vejetatif bir durumdur. Kişi tamamen tepkisizdir ve çevresini tanıyamaz.

Yönelim bozukluğu, zaman algısının kaybı ve kafa karışıklığı, sözde **Alzheimer hastalığının** belirtileridir (ayrıca bkz. (Post) Sensoryal Korteks Dizilimi ile bağıntılı Alzheimer’ın kısa süreli hafıza kaybı ve demans). Geleneksel tıpta Alzheimer; ya B12 eksikliğinin, hipotiroidizmin, sistemik enfeksiyonların sebep olduğu genetik, ya da bir inmenin sonucu olduğu var sayılmaktadır. Dr. Hamer’ın araştırmaları Alzheimer ile görülen zihinsel durumun süregelen terkedilme, varoluş veya mülteci çatışmalarının sonucu olduğunu göstermektedir. Günümüzün yaşlanan nüfusunda artan sayıdaki Alzheimer’lı kişilerin hatalı genlerle, vitamin eksikliği ve benzerleriyle hiçbir ilgisi yoktur. Ancak bu durumun doğrudan doğruya giderek daha fazla insanın yoksullukla yaşadığı (varoluş çatışmaları), pek çok yaşlı insanın kendi başına veya bakımevlerinde yaşadığı (terkedilme çatışmaları, mülteci çatışmaları) toplumla bağlantısı vardır. Yaşlılara saygı gösterilen ve buldukları topluluğa entegre edilmiş olan toplumlarda, “Alzheimer hastalığı” bilinmemektedir.

“Yaşlandığında tek başına olmak, Alzheimer riskini ikiye katlamaktadır”

(Archives of General Psychiatry, 2007)



İstifleme, belirli malzemeleri toplayıp biriktirme zorlantısı da yine BTK Dizilimiyle bağlantılıdır (Uçma Dizilimi ile bağıntılı “messie sendromu” ile karşılaştırın). İstifçi, sürekli olarak varoluş çatışmalarının dürtüsüyle ev gereçleri veya yiyecek gibi belli malzemeleri, gelecekte bir şekilde ihtiyaç olabileceğine inanarak saklar. Altta yatan terkedilme çatışmaları ile, saklanan malzemelerin (kitaplar, dergiler, gazeteler vb.) duygusal bir anlamı vardır. Biriktirdiği şeylerle çevrili haldeyken, kişi kendini güvende hisseder ve yalnızlık çekmez. Kişinin istiflediği şey, tam olarak orijinal çatışmaya işaret eder.

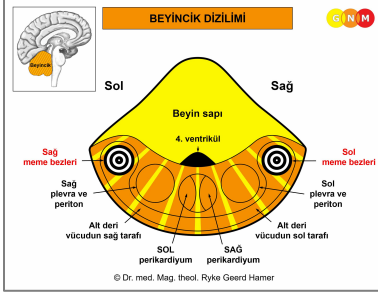


Bu videosu, pelüş hayvanları istifleyen bir kadını göstermektedir. 0:54-1:36. dakikasında, kadının olgunluk duraklamasını ortaya koyan davranışına dikkat edin.

Toplama tutkusu ve zorlantılı alışveriş, aynı amaca hizmet eder. Belli malzemeleri toplamanın dayanılmaz dürtüsü ve aşırı alışveriş, genellikle ısrarlı terkedilme veya varoluş çatışmalarının sebep olduğu duygusal ihtiyaçtan gelir (bağımlılık yaratan davranışlarla karşılaştırın).

BEYİNCİK DİZİLİMİ

Biyolojik çatışmalar: Saldırı çatışmaları, yuvada endişe/münakaşa çatışmaları. Herhangi bir çatışma kombinasyonu mümkündür.



Beyin ve Organ Düzeyi: Saldırı çatışmaları alt deri, plevra, periton ve perikardiyum; yuvada endişe/münakaşa çatışmaları meme bezleriyle ilişkilidir. Vücudun sol tarafının organları ve dokuları **beyinciğin sağ tarafından**, vücudun sağ tarafındaki organlar ve dokular ise **beyinciğin sol tarafından** kontrol edilir.

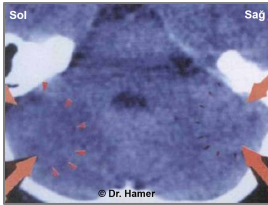
NOT: Kişinin biyolojik el kullanımı ve çatışmaların anne/çocuk veya eş ile bağlantılı olması, çatışmaların beyinciğin hangi tarafına kaydedileceğini belirler.

Bu dizilim, ikinci çatışma karşıt beyin yarı küresini etkilediği anda oluşur. Çatışmalar eş zamanlı da meydana gelebilir. Bu dizilim devamlı veya çatışma nüksleri ya da çatışma yollarına bağlı olarak tekrarlayıcı olabilir.

Bu GNM diyagramı, her iki memeyi de kapsayan iki tane yuvada endişe/münakaşa çatışmasının Beyincik Dizilimini göstermektedir (bkz. aşağıdaki beyin taraması).

Beyincik Dizilimi kendisini **duygusal hissizlik** olarak gösterir. Bu dizilimdeki insanlar içlerinde bir boşluk ve diğer insanlarla duygusal olarak bağlantısız hisseder. Merhamet ve empati gibi duyguları gösteremezler. Sempatı ve ilgi eksikliği vardır. Bu yüzden duyarsız, kalpsiz ve umursamaz izlenimi bırakırlar. **Bu dizilimin amacı**, ilerideki "saldırılarına" karşı kişiye koruyucu bir kalkan olmak ve tam bir tükenişi önlemek için kişinin "hissizleşme" durumuna geri çekilmesini sağlamaktır. Bu, beyincik tarafından kontrol edilen doğuştan gelen bir öz-korumadır ve bu dizilimle etkin hale gelir. **NOT:** Duygusal geri çekilme, depresyondakiyle karıştırılmamalıdır.

Her iki çatışmadan birisi (ya da her ikisi birden) çözümlendikten sonra bir çatışma yolu oluşması veya çatışma nüksünün yaşanması anlık duygu durum değişikliğine sebep olur ve kişi bir andan diğerine **soğuk ve uzak** olabilir. Bu tetikleyici belirli bir durum, belirli bir kişi (aile üyesi, eş, çalışma arkadaşı, patron) veya belirli bir konu (aynı eski münakaşa) olabilir. Birlikte yürüyen bir Saldırgan Dizilimi, ansızın hiçbir suçluluk veya pişmanlık hissi duymaksızın yapılan şiddet davranışlarını harekete geçirebilir (bkz. [spontan suç](#)).



Bu beyin taraması kronik şekilde tekrarlayan Beyincik Dizilimini göstermektedir (bkz. [GNM diyagramı](#)).

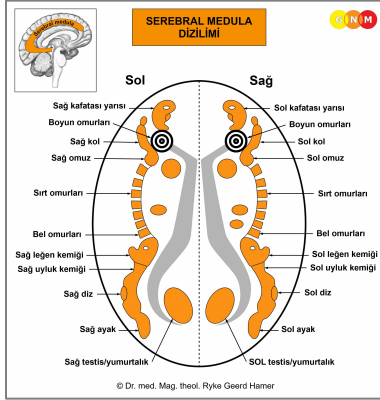
Öyküsü: Anne ve babasıyla birlikte yaşayan genç kadın, ebeveynlerinin her kavgasında tekrarlayan yuvada endişe/münakaşa çatışması yaşamıştı. Beyin tomografisi, ebeveynlerin bu tartışmalarını her iki meme bezi rölesini (bkz. kırmızı oklar) içeren ikili bir çatışma olarak algıladığını göstermektedir: Çatışmanın birisi annesiyle, diğeri de babasıyla (biyolojik olarak kişinin babası bir "eş" olarak değerlendirilir) ilişkilidir. Anne ve babasının her tartışmasında 3-4 gün boyunca kendisini "içeride ölü gibi" hissettiğini bildirmiştir (Kaynak: Ryke Geerd Hamer, *Vermächtnis einer Neuen Medizin*, Cilt. 2, s. 134).

Bu beyin tomografisi, kadın iyileşme fazına girdiğinde çekilmiştir. **PCL fazı** boyunca, meme bezi tüberkülozu nedeniyle gece terlemeleri olmuştur. Dizilimden çıktıktan sonra, duygusal olarak "uyanmıştı". Tüm bu sonuçlara, bir beyin taramasıyla varılabilir!

NOT: Bir memenin veya her ikisinin birden (ikili mastektomi) alınması, dizilimi iptal etmez! Buna karşılık önleyici mastektomi de, beyin hala bu zihinsel/duygusal belirtilere yol açan çatışma şoklarını algıladığı için, dizilimi önleyemez. Aslında ikili mastektomi, her iki göğsü etkileyen iki saldırı olarak algılandığında, bir kadını ansızın Beyincik Dizilimine sokabilir.

SEREBRAL MEDULA DİZİLİMİ

Biyolojik çatışmalar: Öz-değersizlik çatışması, kayıp çatışması. Herhangi bir çatışma kombinasyonu mümkündür.



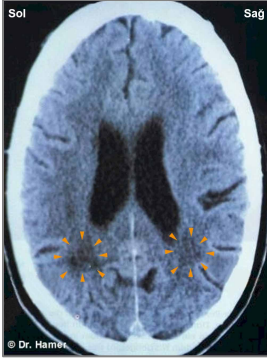
Beyin ve Organ Düzeyi: Öz değersizlik çatışmaları; kemik ve eklemler, iskelet kasları, tendonlar, ligamentler, lenf sistemi ve kan damarlarıyla (kalp damarları hariç) bağlantılıdır. Kayıp çatışmaları yumurtalık ve testislerle bağlantılıdır. Vücudun sol tarafındaki organ ve dokular **serebral medulanın sağ tarafından**, vücudun sağ tarafındaki organ ve dokular ise **serebral medulanın sol tarafından** kontrol edilir.

NOT: Kişinin el kullanımı ve çatışmaların anne/çocuk veya eş bağlantılı olma durumu, çatışmaların serebral medulanın hangi tarafında kaydedileceğini belirler.

İkinci çatışmanın beynin karşıt yarı küresini etkilediği anda dizilim meydana gelir. Çatışmalar eş zamanlı olarak da gerçekleşebilir. Vücudun her iki tarafını da etkileyen bölgesel öz-değersizlik çatışmasıyla kişi bir anda dizilime girer. Bu dizilim devamlı veya çatışma nöksleri ya da çatışma yollarına bağlı olarak tekrarlayıcı olabilir.

Bu GNM diyagramı, iki tane entellektüel öz değersizlik çatışmasıyla bağlantılı olarak boyun omurlarını içeren bir Serebral Medula Dizilimini göstermektedir.

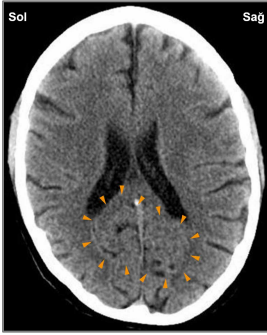
Serebral Medula Dizilimi, **kişinin dikkatleri kendi üzerine çekme zorlantısı** olarak kendini gösterir. Bu dizilimdeki kişiler ısrarlı şekilde öz-gönderimsel tutumda ve aşırı şişkin bir kendini beğenme duygusuna sahiptir. Aşırı kendine güvenen, küstah, şatafatlı ve aşırı gösterişçi – “sadece kendileri varmış” gibi görünürler. Burada dikkati çekmek, onaylanmak, övülmek ve hayranlık duyulmak için yanıp tutuşan gösterişçi, hava atan, palavracı, her şeyi bilen ve **narsisisti** görürüz (DSM-5’te “narsisistik kişilik bozukluğu” olarak sınıflandırılmıştır). Bu kendine önem vermenin anlamı, kişinin üstün ve genellikle gerçek dışı görüntüsünü (imajını) yaratarak, benlik saygısının çifte veya çoklu ihlaline karşı koymaktır. Başka bir deyişle aşağılık duygusu üstünlüğe, abartılı şekilde diğerlerinden daha iyi olma duygusuna dönüşür (psikolojide buna üstünlük kompleksi denir). Bu davranışı, tüyleri kabartmanın daha güçlü veya daha büyük görünerek rakibini etkilemek için bir araç olarak kullanıldığı doğada da görürüz. Bu doğal bir hayatta kalma taktiğidir. İnsanların dünyasında şişirilmiş ego, kişiyi daha fazla öz-değersizlik çatışmasından koruma **amacına** hizmet eder. Aynı zamanda bu “kabarık” öz-saygı, aşağılanmış kişiye kendini toplama gücünü vererek, cesaretini ve öz-güvenini yeniden kazanmasını sağlar. Akademik olarak, entellektüel olarak, sporda, sanatta veya profesyonel bir kariyerde olağanüstü başarılar elde etmek için gerekli olan gücü üreten, bu “**megalomani dizilimidir**”. Bu dizilim ayrıca halk arasında “Kısa Adam Sendromu” diye bilinen durumu da açıklayabilir.



Bu beyin taraması iki tane fiziksel performans çatışmasının sebep olduğu bir Serebral Medula Dizilimin göstermektedir (bkz. [GNM diyagramı](#)). Beyin ödemleri (koyu renkli görünen), kişinin her iki dizinde ağrılarla iyileşme fazına (PCL-A) henüz girmiş olduğuna işaret etmektedir.

Tekrarlayan fiziksel performans çatışmaları nedeniyle ortaya çıkan bir “spor megalomanisi” (yarışmaları kaybetmek, beklendiği gibi performans göstermemek, bir koç ve/veya ebeveyn tarafından beklentileri karşılanmadığı için aşağılanmak), bir sporcuyla kendi zirvesine çıkmaya zorlayabilir. Bir dizilim olmadan, bu gerçekleşmezdi.

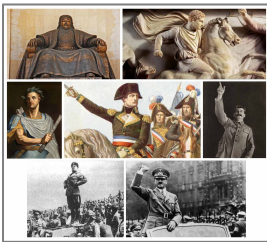
NOT: Yeni mezodermden (“ihtiyaç fazlası grup”) doğan organlar, biyolojik amacı iyileşme fazının bitiminde gösterirler. İyileşme sürecinin tamamlanmasından sonra, aynı türdeki bir çatışmaya daha iyi hazır olabilmeyi sağlamak üzere bu organ ve doku, öncekinden daha güçlü hale gelir. Ben-merkezci davranış bu yüzden çatışma çözümünden sonra da kalır (diğer tüm dizilimler bağlantılı olan zihinsel belirtileri ve davranışları, yalnızca çatışma aktif fazında ve Epileptoid Kriz sırasında gösterirler). Askıda kalmış bir iyileşme ile, yani iyileşme fazı sürekli olarak çatışma yolları veya çatışma nöksleri tarafından kesintiye uğradığında, bu öz-güvenli tutum, hayat boyunca devam eder.



Bu beyin tomografisi 36 yaşındaki bir erkeğin karısı (eşi) ve çocuğu ile bağıntılı iki tane kayıp çatışmasının sebep olduğu bir Serebral Medula Dizilimini göstermektedir (bkz. [GNM diyagramı](#)). Organ düzeyinde bu dizilim, her iki testisi içermektedir.

“Çiftleşme megalomanisi”, üremeyi sağlama almak için çiftleşecek yeni bir eşi cezbetmesi için, erkeği cinsel performansı ile ilgili böbürlenmeye zorlar. Aynı şey kadınlar için de geçerlidir.

Serebral medula Dizilimi ayrıca kişinin başkaları üzerinde kontrol ve güç uygulama zorlantısının bulunduğu **kontrol hastası** (control-freak) da yaratır (bkz. [suç eğilimi](#)). Burada “gaslighter kişiliği” görürüz. Psikolojide **gaslighting**; üstün bir konumda olma ihtiyacını karşılamayı sürdürmek için, başka bir kişide düşük benlik saygısına yol açmayı amaçlayan bir yönlendirme (manipülasyon) taktiği anlamına gelir. Gaslighting yapan biri kurban(lar)ında; kendilerine bakışları, hayata dair yorumları, gerçeği algılayışları, hafızaları veya entelektüel ya da sosyal becerileri ile ilgili olarak kafa karışıklığı yaratmaya çalışır. Saldırgan Dizilimi ile birleştiğinde gaslighter, manipülatif akıl oyunları ile diğer kişiye zarar vermeyi hedefler. Bu duygusal ve psikolojik tacizin bir şeklidir.



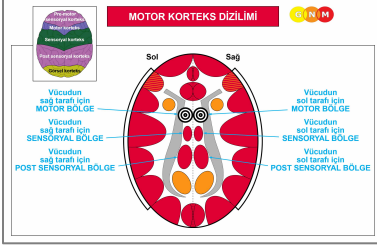
Takıntılı şekilde geniş imparatorluk hayalleri bulunan tarihteki hükümdarlar (Cengiz Han, Büyük İskender, Sezar, Napolyon, Stalin, [Mussolini](#), Hitler), megalomani dizilimi yaşamış olmalıdır. Bu dizilim ayrıca, dini veya politik liderlerin kendilerinden kahraman imgesi yaratabildikleri kişi kültürünün de kaynağını açıklamaktadır.

Munchausen sendromu olarak bilinen, insanların dikkat (tıbbi) çekmek veya kendilerine ilgi gösterilmesi için kasten yarattıkları, abarttıkları veya sahte fiziksel ya da zihinsel bir hastalık belirtisi gösterdikleri bir rahatsızlıktır (hipokondriya ile karşılaştırın). GNM bakış açısından bu davranış, önceki bir hastalıkla (doktorlar veya hemşirelerin aşağılayan yorum veya tutumları) ya da ilgilenildiğini hissetmemiş olmakla ilişkilendirilerek yaşanmış öz-değersizlik çatışmalarının bir sonucudur.

Yoğun bir megalomani dizilimi yücelik, dahillik, servet, şöhret, görkem veya her şeye kadirlik içerikli **büyüklik sanrılarına** yol açabilir. Örneğin Napolyon benzeri ünlü bir general olduğuna (hayali veya tutum olarak) inanan bir kişi, bir savaşta asker olarak ya da askeriyede zorlu, aşağılayıcı bir eğitim yoluyla travmatik bir öz-değersizlik çatışması yaşamış olabilir. A.B.D.'deki Vietnam gazilerinin çoğu, aşağılanma ve utanç kaynağı olarak karşılandıkları ülkelerine geri döndükten sonra, bu tür zihinsel hastalıklar geliştirmiştir. Eğer büyüklik sanrılarının dinsel bir çeriği varsa, örneğin kişinin Tanrıdan özel bir mesaj aldığına inanması, bu öz-değersizlik çatışmalarına ebeveynlerin bu "günahkar" işleri sözlü kınamaları veya bedensel cezalandırmaları gibi disiplin uygulamaları sebep olmuş olabilir (mesihlik sanrıları için ayrıca bkz. Uçma Dizilimi).

MOTOR KORTEKS DİZİLİMİ

Biyolojik çatışma: Motor çatışma (“saplanıp kalmış hissetme”). Bu çatışma bütün bedenle veya tek bir kas ya da kas grubuyla ilişkili olabilir.



Beyin ve Organ Düzeyi: Motor çatışmalar iskelet kas yapısının çizgili kaslarıyla ve hareket etme yeteneği ile ilişkilidir. Vücudun sol tarafının motor işlevi **motor korteksin sağ tarafından**, vücudun sağ tarafının motor işlevi ise **motor korteksin sol tarafından** kontrol edilir (bkz. motor **homönikülü**sü gösteren **GNM diyagramı**).

NOT: Kişinin biyolojik el kullanımı ve çatışmanın anne/çocuk veya eş ile bağlantılı olması, çatışmaların motor korteksin hangi tarafında kaydedileceğini belirler.

İkinci çatışmanın beyin karşıt yarı küresini etkilediği anda dizilim meydana gelir. Çatışmalar eş zamanlı da gerçekleşebilir. Vücudun her iki tarafını etkileyen bölgesel motor çatışmalarla, kişi ansızın dizilime girer. Bu dizilim devamlılık gösterebilir ya da çatışma nökslerine veya yollarına bağlı olarak tekrarlayıcı olabilir.

Motor Korteks Dizilimi **motor hiperaktivitesine** ve **hareket etme zorlantısına** sebep olur. Hareket etme zorlantısı sakin oturamamak, sandalyede kıpırdanma, aşırı kımıldanma, el ve ayak vuruşları, parmakla ritim tutma, bacak sallama, adımlama, volta atma veya sallanma şeklinde kendini gösterir.

Hiperaktivitenin derecesi, çatışmaların yoğunluğuyla orantılıdır. **Bu dizilimin amacı** en yüksek hareketlilikle saplanıp kalmışlık hissinin stresine karşı koymaktır. Hareket etmek kişiyi sakinleştirir ve kaygıyı azaltır.

Psikiyatride (DSM-5) inatçı hareket etme dürtüsü **Hiperaktivite Bozukluğu (HB)** olarak sınıflandırılmaktadır. GNM ile birlikte, günümüz toplumlarında neden giderek daha fazla çocuğun bu davranışı gösterdiğini öğreniyoruz. Bunun ileri sürüldüğü gibi yüksek şekerli beslenmeyle hiç bir ilgisi yoktur ancak **saplanıp kalmış hissetmekle** ilgilidir – kreşte, anaokulunda, okulda veya aile içindeki zor bir durumda. Günün çoğunda evde tıkalı kalmak (TV seyrederek, bilgisayar oyunları oynayarak, cep telefonunu aşırı kullanarak), tam olarak biyolojik temele dayanan motor çatışmalarına sebep olabilir çünkü insanlar, özellikle de çocukların hareket etmesi beklenir! **NOT:** Geleneksel tıpta; tıpkı DEB (dikkat eksikliği bozukluğu) teşhisinin çocuk depresif olduğunda (bkz. **primer depresyon**, ayrıca bkz. **DEHB**) konulabildiği gibi, “Hiperaktivite Bozukluğu” teşhisi de çocuk manik (bkz. **primer mani**) veya manik duygudurumunun baskın olduğu manik-depresif olduğunda konulabilir.

Motor çatışmalar henüz **anne karnındayken** yaşanabilir. Örneğin fetüs çok yakından gelen dayanılmaz gürültüler nedeniyle de (elektrikli testere, kaya matkapları, trafik gürültüsü, bağırışlar, çığlıklar) rahimde saplanıp kalmış hissedebilir. Bunun sonucunda çocuk hiperaktivite ile doğar. Gerginlik yaratan bir aşılama deneyimi (kaçmamak, sıkı sıkı bağlandığını hissetmek), erken bebeklik döneminde motor hiperaktivitesine yol açabilir.

Bacakları hareket ettirmek için dayanılmaz bir dürtü olarak tanımlanan **huzursuz bacak sendromu**; bacak bağıntılı (bölgesel çatışma) saplanıp kalmış hissetmenin motor çatışmalarından (okul sırasında, masa arkasında, tezgah arkasında) veya bir yerden ya da rahatsız edici bir durumdan kaçmamaktan kaynaklanır. Gündelik etkinlikler sırasında bu belirti hiç fark edilmezken, dinlenme dönemlerinde çokça hissedilir. Yoğun bir dizilimle kişi, çatışma-aktif, simpatikotonik durumun sebep olduğu zihinsel ve fiziksel huzursuzluk nedeniyle uyuma güçlüğü de çeker. **NOT:** Uzun süren bir dizilimle (askıda kalmış çatışma) meydana gelen bacak kaslarındaki güçsüzlük, bacaklarda çabuk yorulma veya anormal yürüyüş şekliyle kendini gösterebilir.



Kaçışı olmama ve köşeye sıkışma ya da kapatılma korkusu olan **klostrofobi** (penceresiz bir odada, kilitli bir odada, asansörde, kapasitenin üstünde kalabalık olan bir yerde), Motor Korteks Dizilimi ile bağlantılıdır (Böbrek Toplama Kanalları Dizilimi ile bağıntılı, açık alanlarda ve kalabalıkta olma korkusu olan agorafobi ile karşılaştırın). Bu “saplanıp kalmış hissetme” çatışması çok genç bir yaşta, örneğin cezalandırmayla veya oyun oynarken bile meydana gelmiş olabilir.

Klostrofobik olan insanların genellikle hiperaktif veya hiperaktiflerin klostrofobik oldukları gözlenmektedir. GNM bakış açısından bu çok anlamlıdır. Hiperaktif bireyler harekete ihtiyaç duyar ve bu yüzden köşeye sıkıştıklarını hissettiklerinde paniklerler (ayrıca bkz. [kaygı ve panik ataklar](#)).

Ani, hızlı, tekrarlayan, zorlantılı hareketler olan **motor tikler** de bir Motor Korteks Dizilimini açığa vurur. Baş ve boyun çekiştirmeleri, omuz silkmeler, el ve kol çırpımlar, el/kol/baş hareketleri yapmak, zorlantılı dokunma, bacak hareketleri (atlama, zıplama, hoplama), orijinal çatışma durumunu açığa çıkarır (bir kavga, tecavüz, bir rakibi uzağa itmek istemek, birini geride tutamama veya tehlikeli bir durumdan kaçamama stresi). Çocuklarda motor çatışmalar okulda (şataşmalar, zorbalık görmek, okula gitmek istememek) “saplanıp kalmış hissetme” veya stres yaratan bir aile içi durumda saplanıp kalmaktan (aile içi şiddet, taciz) kaynaklanıyor olabilir. Bu, çocukların çoğunluğunun neden yetişkinliğe eriştiklerinde tiklerinden kurtulduklarını açıklamaktadır.

GNM, motor tiklerin neden kişinin hayatının belirli bir döneminde geliştiğine, neden bunun kişiden kişiye değiştiğine ve neden şiddeti açısından farklılık gösterdiğine dair açıklama sunmaktadır.

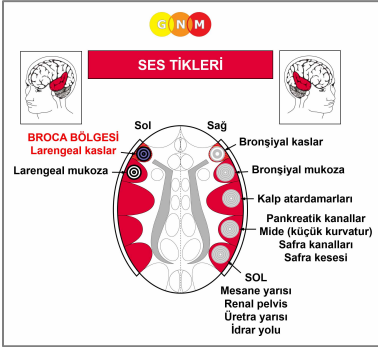
“Amacım, zihinsel hastalık belirtilerinin de insanca bir anlam taşıdığını göstermektir” (C.G. Jung)

Yaklaşık 50 yıldır “gizemli hareketler” yapan, yetmişbeş yaşındaki hastanın vakası

“Bu vaka, kadınlar koğuşundaki yaşlı bir hasta hakkındaydı. Yaklaşık yetmişbeş yaşındaydı ve kırk yıldır yatalaktı. Bu kuruma elli yıl kadar önce gelmişti fakat geldiği zamanı hatırlayanlardan kimse kalmamıştı. O zamanlar orada olanların hepsi ölmüştü. Yalnızca kırkbeş yıldır bu kurumda çalışan bir baş hemşire, bu hastanın hikayesinden bir şeyleri hala hatırlıyordu. Yaşlı kadın konuşamıyordu ve yalnızca sıvıyla ya da yarı sıvı besleniyordu. Yemediği zamanlarda elleri ve kollarıyla ritmik, tuhaf hareketler yapıyordu. Bunun ne anlama geldiğini anlamamıştım. Zihinsel bir hastalığın tahrip derecesinin ne kadar yüksek olabileceğinden derin bir şekilde etkilenmişim ancak olası bir açıklama bulamıyordum. Klinik derslerde onu dementia praecox (prematür demans) durumunun katotonik hali olarak sunarlardı fakat bu benim için hiçbir şey ifade etmiyordu. Çünkü bu kelimeler, yaptığı bu tuhaf hareketlerin kaynağının anlamını çözmeye en ufak bir katkı sağlamıyordu... Bir akşam geç vakitte koğuşta yürüyorduk. Yaşlı kadını hala gizemli hareketler yaparken gördüm ve kendime sordum, ‘Bu neden olmuş olmalı?’. Bunun üzerine yaşlı baş hemşireye gittim ve bu hastanın her zaman böyle olup olmadığını sordum. ‘Evet’ diye cevapladı. ‘Fakat benden öncekiler, onun bir zamanlar ayakkabı yaptığını söylediler.’ Sonrasında onun sarı vaka dosyasını baştan sona bir kez daha inceledim ve tabii ki ayakkabı tamircisi hareketleri yapma alışkanlığında oluşunun etkisine dair bir not vardı. Geçmişte ayakkabıcılar ayakkabıları dizlerinin arasında tutarlar ve ipliği deriden tam olarak bu hareketlerle geçirirlerdi. Kısa bir süre sonra bu hasta öldü. Büyük erkek kardeşi cenazeye geldi. Ona ‘neden kız kardeşiniz akıl sağlığını yitirdi?’ diye sordum. O da bana kız kardeşinin bir ayakkabıcıya aşık olduğunu, bir sebeple ayakkabıcının kız kardeşiyle evlenmek istemediğini ve sonunda onu tamamen reddettiğinde ‘şalteri kapattığını’ anlattı. Ayakkabıcı hareketleri, kadının ölümüne kadar sürecek şekilde hayatının aşkıyla özdeşleşmesinin bir işaretiydi” (C.G. Jung, *Memories, Dreams, Reflections [Anılar, Düşler, Düşünceler]*).

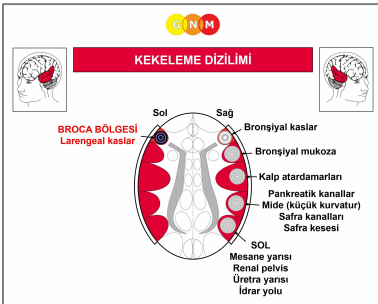
Suratını buruşturmak, aşırı göz kırpmaya, burun buruşturma veya ağız hareketleri gibi **yüz tikleri**, haysiyet kaybı, aşağılanma, utanma veya sataşılma ya da dalga geçilmeye bağlı "itibarını-saygınlığını yitirme" stresinden kaynaklanmaktadır. Dil kaslarını kapsayan **dil tikleri** (dil itimi, dil çevirme), "dilini hareket ettirememesi" (mecazi anlamı; bir şey söyleyememek veya söylemesine izin verilmemesi) çatışmasına işaret eder. Çene kaslarıyla bağıntılı **çene tikleri** (çene gıcırdatmak), "bir rakibi ısırma" (bir aile üyesi, akraba, öğretmen, sınıf arkadaşı, zorbalık yapan biri) veya kişinin arzuladığı bir şeyi "kapmasına" izin verilmemesi veya bunu yapamayacak olmanın çatışmasına işaret eder.

NOT: Hayvanlar da motor tik geliştirir. Örneğin bir Motor Korteks Dizilimi yaşayan atlar, zikzak çizerek ve duraksayarak yürür. Örneğin birisi bir top attığında veya masadan bir lokma verileceğini beklediklerinde köpekler, çenelerini veya dişlerini tıkratırlar. Kediler tipik olarak, bir kuşu öterken duyduklarında çene seğirmesi gösterirler (Bu videosunda *Droppy's jaw twitching* [Droppy'nin çene seğirmesini] izleyin). Tikler bir yol ile tetiklenir (top yolu, yiyecek yolu, kuş yolu).



Fonik tikler olarak da bilinen **ses tikleri**, Broca bölgesi (konuşma merkezi) dahil larengeal kasların kontrol merkezine (sol kortikal yarı küre) gömülü olan her iki larenks rölesini kapsar. Kişinin cinsiyetine, el kullanım durumuna ve hormon seviyesine bağlı olarak larenksle bağlantılı çatışma ürkme-korkma çatışması veya alanda korku çatışmasıdır. Broca bölgesiyle bağıntılı olan belirli çatışma ise, ani bir korku ve "korkudan dilini yutmak" şeklinde yaşanan bir **dil tutulması çatışmasıdır**.

Ses tikleri, sağ temporal lobtaki bir beyin rölesindeki eş zamanlı çatışma etkinliğiyle meydana gelir (bkz. **Otistik Dizilim** ve **ses tikleri**). Tekrarlayıcı belirli seslendirmeler (boğaz temizleme, homurdanma, tiz sesler çıkarma, havlama veya kelimeler, deyimler ya da tam cümleler gibi kompleks sesler), altta yatan çatışmayı açığa vurur.

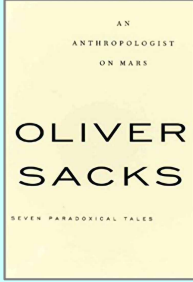


Kekeleme Dizilimi ile Karşılaştırın: Kekeleme, Broca bölgesiyle bağıntılı dil tutulması çatışmasının, sağ temporal lobla bağlantılı bir çatışmayla (cinsiyet, el kullanım durumu ve hormon seviyesine bağlı olarak alanda korku çatışması, alan kaybı çatışması, alanda öfke çatışması, alan işaretleme çatışması, ürkme-korkma çatışması, cinsellik çatışması, kimlik çatışması) eşleşmesinin bir sonucudur.

Epileptoid Kriz sırasında larengeal kas spazmları kekelemeye sebep olur. Kısa süreli bir Epi-Kriz ile birlikte orta şiddette yaşanmış dil tutulması çatışması, *klonik* kas kasılmalarına sebep olur. Bu durumda konuşma akışı hızlı tekrarlamalar veya seslerin, hecelerin veya kelimelerin uzatılması ile kesintiye uğrar. Tipik olarak kişi hızlı ve anlaşılmaz şekilde konuşur. Yoğun bir Epi-Krizle birlikte şiddetli bir dil tutulması çatışması, *tonik* kas kasılmalarına sebep olur ve bunun sonucunda konuşmanın sessiz aralarla kesintisi veya bloke olması söz konusudur. Bu durumda kişi ses çıkaramaz.

Bir çatışma yoluyla karşılaşmak, motor veya ses tiklerini pekiştirir. Artan simpatikotonik durum bu dizilimi büyüttüğü için stres sırasında tikler kötüleşme eğilimi gösterirler. Aynı şekilde kişi sakin (vagotonik) veya belirli bir etkinliğe odaklanmış durumdaysa, tikler genellikle azalır. Tekrarlayan tik nöbetleri arasında belirti göstermeyen dönemler olması, iki çatışmadan birinin (ya da her ikisi birden) geçici olarak çözümlenmiş olduğunu gösterir.

Tourette sendromu, çoklu motor ve ses tiklerinin varlığının klinik tanısıdır (Orta çağda Tourette bir “cinnet” olarak değerlendirilirdi. Günümüzde bunun genetik bir hastalık olduğu veya dopamin sinir ileticisinin kimyasal dengesizliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir).



N.Y. Üniversitesi Tıp Fakültesi eski nöroloji profesörlerinden Oliver Sacks, *An Anthropologist on Mars [Marst'ta bir Antropolog]* (1995) adlı kitabında, Tourette sendromlu bir cerrah olan **Dr. Carl Bennet'in öyküsünü** anlatmaktadır (“Tourette rahatsızlığı henüz yedi yaşlarındayken başlamıştı!”). Şaşırtıcı şekilde Dr. Bennet'in aralıksız tikleri, ameliyatın ritmik rutiniyle uğraşırken ortadan kaybolmaktaydı. Ses tikleri arasında “Merhaba Patty!” gibi seslendirmeler de var (“sonradan öğrendim ki Patty eski kız arkadaşının ismiymiş ve şimdi onun adı bir tikle yüceltilmekte”). Dr. Bennet (“ben bir münzeviyim”) ayrıca otistik davranış özellikleri de ortaya koymaktaydı (“Parmaklarının ani tekrarlayan tikli dokunuşlarıyla bıyıkları sürekli olarak düzenlenip, simetri açısından kontrol edilmeliydi, gözlükleri – aşağı ve yukarı, yan yana, çaprazlama, içe ve dışa – tam olarak ‘hızalanana’ kadar ‘dengelenmeliydi’. ‘Dokunuş, simetrik olmak zorunda’ derdi”).

Oliver Sacks: “Tourette’li beden, neredeyse insanın yaşam deneyiminin – karmakarışık da olsa – anlamlı bir arşivi haline geliyor.”

“Tourette’e yakalanan kent”



Ekim 2011’de, New York’un dışında Le Roy kentinde Le Roy Ortaokul/Lisesinde okuyan 12 kız, Tourette’i andıran belirtilerle ani motor ve ses tikleri geliştirdi. Aralık 2011 itibariyle 18 kız (7. Sınıfla 12. Sınıf arasında) ve tek bir erkek çocuk etkilenmişti. Haziran 2012’de bunların çoğu iyileşmiş ve o ayda mezun olmuşlardı.

[Bu videodaki](#) belgeleseli izleyin

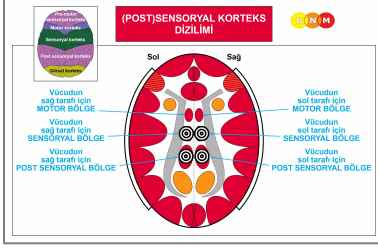
Kızlardaki bu duruma sanayi zehirlerine maruz kalmalarının (1970’lerdeki bir tren kazasında dökülen şeylerden), HPV aşısının veya “viral(!) bir boğaz enfeksiyonunun” sebep olduğu ileri sürülmekteydi. Anlamlı görünen yayılım sebebiyle *Buffalo ve Rochester’daki DENT Nöroloji Enstitüsünden* nörologlar bu hastalığa “konversiyon bozukluğu” ve “kitle psikojenik hastalık” (öncelikli olarak kadınları etkileyen “kitle histerisi”nin modern adı) olarak tanı koydular.

GNM bakış açısından sorular:

- Neden bu “salgın” bu kentte ve bu okulda ortaya çıktı?
- Neden Ekim 2011’de?
- Neden bu durum bu belirli öğrencileri etkiledi?
- Belirtilerin ortaya çıkmasından kısa bir süre önce öğrenciler hangi motor çatışmaları (kaçmamak, kendini savunmamak, “saplanıp kalmış hissetmek”) yaşadılar?
- Bazı kızlar, aynı anda yaşanan ürkme-korkma çatışması veya dil tutulması çatışmasına işaret eden ses tikleri geliştirmişlerdi. Ne olmuştu?

(POST) SENSORYAL KORTEKS DİZİLİMİ

Biyolojik çatışma: Temas kaybı (fiziksel) olarak veya birinden ayrılmak isteme olarak yaşanan **ayrılık çatışması**.



Beyin ve Organ Düzeyi: Ayrılık çatışmaları epidermis (üst deri), süt kanallarının astarı ve periyostum ile ilişkilidir.

Vücudun sol tarafının epidermisi ve sol memedeki süt kanalları **sensoryal korteksin sağ tarafından**, vücudun sağ tarafının epidermisi ile sağ memenin süt kanalları ise **sensoryal korteksin sol tarafından kontrol edilir** (bkz. sensoryal [homunkülüsü](#) gösteren [GNM diyagramı](#)).

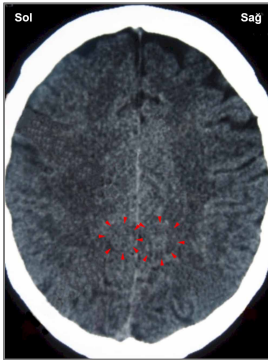
Yine vücudun sol tarafındaki periyostum **(Post) sensoryal korteksin sağ tarafından**, sağ tarafı ise **(Post) sensoryal korteksin sol tarafından kontrol edilir**.

NOT: Kişinin biyolojik el kullanımı ve çatışmanın anne/çocuk veya eş ile bağlantılı olması, çatışmaların (post) sensoryal korteksin hangi tarafında kaydedileceğini belirler.

İkinci çatışmanın beyin karşıt yarı küresini etkilediği anda dizilim meydana gelir. Çatışmalar eş zamanlı da gerçekleşebilir. Vücudun her iki tarafını etkileyen bölgesel ayrılık çatışmalarıyla, kişi ansızın dizilime girer. Bu dizilim devamlılık gösterebilir ya da çatışma nökslerine veya yollarına bağlı olarak tekrarlayıcı olabilir.

(Post) Sensoryal Korteks Dizilimi kendisini **kısa-dönem hafızanın kaybı** olarak ifade eder. Kısa-dönem hafızanın kaybının **amacı**, hafızanın bloke edilmesi yoluyla kişinin ayrılıkla daha iyi baş edebilmesini sağlamaktır. Biyolojik bakış açısından, sürüden ayrılmak en travmatik biyolojik çatışmalardan biridir. Doğada gruptan ayrı kalmak genellikle ölüm anlamına gelir. Biz insanlar da diğer tüm türlerle birlikte bu gerginliği paylaşmaktayız. **NOT:** Kısa-dönem hafızanın kaybı tek bir Biyolojik Özel Programla bile meydana gelir. Bir dizilimle, bu belirti daha da belirgindir.

Kısa-dönem hafızanın kayıp derecesi, çatışmaların yoğunluğuyla orantılıdır.



Bu beyin taraması, her iki beyin yarı küresindeki periyostum rölesinde Hamer Odağı ile, bir (Post) Sensoryal Korteks Dizilimini göstermektedir ([bkz. GNM diyagramı](#)). Çatışmaların etkisi, elektrik sinyallerini (bilgi) bir nörondan diğerine aktaran snapleri bozmakta, bu da hafızada bozulmaya sebep olmaktadır.

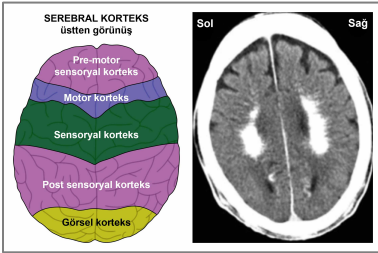
NOT: Kısa-dönem hafızanın kaybı ([PCL-A](#))'da görülür çünkü çatışma bağıntılı beyin rölelerindeki şişkinlik (ödem), sinir uyarılarını beyin hücreleri arasında aktarmakta gecikmeye devam eder. [Epileptoid Kriz](#) sonrasında, bu durum normale geri döner.

Çocukların kısa dönem hafızaları zayıfsa, bu son zamanlarda **DEB (Dikkat Eksikliği Bozukluğu)** belirtilerinden biri veya çocuk aynı zamanda hiperaktifse de **DEHAB (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu)** olarak değerlendirilmektedir. GNM bakış açısından hafıza sorunu ve hiperaktivitenin birlikte varoluşu, iki dizilimin kesiştiğini gösterir: Biri ayrılık çatışması bağıntılıdır. Diğeri ise “saplanıp kalmış hissetme” çatışmasıdır (bkz. [Motor korteks Dizilimi](#)). Öğrenme güçlükleri genellikle bir ya da her iki ebeveynden ayrıldıktan sonra, bir taşınmadan veya okul ve sınıf arkadaşlarından ayrılmayı içeren okul değişikliklerinden sonra, daha fazla ilgiye ihtiyacı olan bir kardeş doğduktan sonra, anne işe başladıktan sonra veya ebeveynler sürekli tartışıyor ya da çocuklarıyla zaman geçiremeyecek kadar meşgul olduklarında başlar. **NOT:** Geleneksel tıpta bir DEB teşhisi, çocuk zayıf konsantrasyonla birlikte depresifse (bkz. [primer depresyon](#)) veya depresif duygu durumunun baskın olduğu manik-depresif durumdaysa da konabilir. Tıpkı “HB” (Hiperaktivite Bozukluğu) teşhisinin çocuğun manik (bkz. [primer mani](#)), yani dikkatsiz ve dikkatinin kolaylıkla dağıldığı durumda konulduğu gibi.

Bebeklik ve erken dönem çocuklukta yaşanan ayrılık çatışmaları, **disleksinin** altında yatan sebebidir.

Yaşlılar unutkan olduklarında, bu genellikle **Alzheimer**’ın veya **demansın** ilk işareti olarak yorumlanır. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DÖS) 2019’da yayınladığı yönergelerine göre; “düzenli egzersizler, sigara kullanmamak, alkolün zararlı kullanımından kaçınmak, kişinin kilosunun kontrolü, sağlıklı beslenmek ve sağlıklı kan basıncını, kolesterolü ve kan şekerini korumak”, görünüşe göre demans geliştirme riskini azaltmaya yardımcı olmaktadır. Bu iddia tamamen varsayımsaldır!

Nörologlar Alzheimer’ın yaşa bağlı ve beyin hücrelerinin işlevlerini etkileyen bir “nörodejeneratif hastalık” olduğu hakkında tartışırken, beyin araştırmacıları hafızadaki bozulmaların beyin atrofisinden ve genişleyen ventriküllerden kaynaklandığını öne sürmektedirler. Dr. Hamer’ın bulgularına göre beyin atrofisi; *herhangi* bir biyolojik çatışmanın sürekli çatışma nöksleri nedeniyle beyinde yarattığı tekrarlayıcı skarlaşma (yara izi bırakma-nedbeleşme) sürecinin bir sonucudur. Genişlemiş ventriküller koroid pleksus ile ve hatırlama güçlüklerinin stresi ile bağıntılıdır (“düşünceler kolayca akmaz”). Dolayısıyla ileri sürüldüğü gibi ventriküllerin genişlemesi demansa sebep olmaz. Ancak tam tersine yani kısa-dönem hafızanın kaybı bir Biyolojik Özel Programı etkinleştirir ve serebral spinal sıvı üretimini artırarak, sonunda ventriküllerin genişlemesine yol açar (bkz. internal hidrosefali).



Geleneksel tıpta demansın bir şekilde beyindeki “plaklarla” bağıntılı olduğu varsayılmaktadır (“Bilim insanları, plakların Alzheimer hastalığında ne rol oynadığını kesin olarak bilmiyorlar”, *Alzheimer’s Association, www.alz.org*). Gerçekte bu “plaklar”, iyileşme sürecini kesintiye uğratan sürekli çatışma nökslerine bağlı olarak zamanla oluşan kalsiyum birikintileridir. Burada her iki (post) sensoryal korteksin yarı küreleri, beynin biyolojik olarak ayrılık çatışmalarıyla ilişkilendirdiği bölgesi gösterilmektedir. Tipik ayrılık çatışmaları bir ömür birlikte yaşanan eşin ölümü, bir arkadaşın veya eşin kaybı, yakın aile üyeleriyle çok az ya da hiç temas olmaması (çocuklar, torunlar) veya yaşlılar ya da bakım evlerine taşınmaktır.

Terkedilme/varoluş/mülteci çatışmaları ve ayrılık çatışmalarının eş zamanlı gerçekleşmesiyle oluşan bir Böbrek Toplama Kanalları Dizilimi, hafıza kaybına kafa karışıklığı ve yönelim bozukluğu da ekler. Sonuç, Alzheimer hastalığının tipik klinik görüntüsüdür. Kavgacı olma, sosyal içe kapanma veya depresif duygu durumu, ilave çatışmaları ve dizilimleri ifade eder.

1986'da, Kentucky Üniversitesinden epidemiyolog David Snowdon, **Rahibe Çalışması** (2001'de yayımlanmıştır) diye bilinen bir araştırma projesi başlattı. Araştırmasının amacı; Mankato, Minnesota'daki Notre Dame Okul rahibeleri topluluğunda yer alan 678 katolik rahibe grubuna odaklanarak, Alzheimer'ın sebeplerini belirlemektir. Katılımcıların yaşları 75 ve 107 arasındaydı. Rahibelerin benzer yaşam tarzı ve çevreleri, bu çalışma için onları ideal kılıyordu. Tıbbi kayıtlarının, fiziksel ve bilişsel performanslarının düzenli testlerinin değerlendirilmelerine ilave olarak, rahibeler araştırma amacıyla ölümlerinden sonra beyinlerini de bağışlamayı kabul ettiler. Sonuç çok dikkat çekiciydi! Ölümlerinden sonra beyinlerinin incelenmesiyle, önemli sayıda rahibenin beyinlerinde Alzheimer patolojisi gösterdiği, buna rağmen bu rahibelerin yaşarken hiçbir hafıza kaybı belirtisi göstermediği ortaya çıktı. Beyin plastisitesi araştırmacıları, rahibelerin zihinsel etkinliklerinin yeni nöral yollar gelişmesine destek olduğu ve böylece bozulmuş beyin hücrelerinin işini üstlendiklerini öne sürdüler. GNM bilgisi, farklı bir yaklaşım göstermektedir. Her hastalığa biyolojik bir çatışmanın sebep olduğu bulgularına dayanarak (Birinci Biyolojik Yasa), Alzheimer hastalarında görülmekte olan hafıza gerilemesi beyinde başlamamakta fakat zihinde (psişe) başlamaktadır ve kesin bir biçimde, uzun süren ayrılık çatışmaları zamanla demansa yol açmaktadır. Dolayısıyla bu "plaklar" hafıza kaybının sebebi değil fakat çatışma bağıntılı beyin rölelerindeki sürekli tamir sürecinin bir sonucudur. Eğer kişi ayrılık çatışmasını çözmeyi başarır, hafıza işlevleri normale geri döner ancak plaklar yerinde kalır. Bu bize Notre Dame rahibeleri gibi bazı insanların neden beyinlerinde Alzheimer'ın "patolojisi" olduğu halde, hafızalarının bozulmamış olduğunu açıklamaktadır. Rahibeler Çalışması ayrıca hafıza sorunlarının yaşanmayla tamamen ilgisiz olduğu GNM anlayışını da teyit etmektedir.

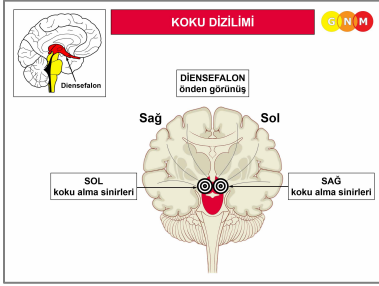


Notre Dame Okulu rahibeleri ayrıcalıklı koşullarda yaşamaktadır. Hayatlarını destekleyici, etkinliklerini paylaşabildikleri ve konuşmayla zaman geçirdikleri bir ortamda yaşıyorlar. Manastır cemaati, bir aile üyesinin veya bir rahibenin kaybı gibi ayrılık çatışmalarıyla baş etmeleri için ideal bir ortam sunuyor. Yaşlandıklarında yaşlılar evine gönderilmiyorlar. Bu, yaşlıların aileleriyle birlikte yaşadığı ve ölünceye kadar ilgilenildikleri nesilleri hatırlatıyor.

[Bu videodaki](#) belgeseli izleyin:

KOKU DİZİLİMİ

Biyolojik çatışma: “Bir şeyi veya birisini koklayamamak” veya tersine “bir şeyi veya birisini koklamak istememek” ile ilgili **koku çatışması**.



Beyin ve Organ Düzeyi: Koku çatışmaları, beyin sapının hemen üstündeki beynin merkezi kısmında yer alan **diansefalondan** (ara beyin) kontrol edilen koku alma sinirleriyle ilişkilidir. Sol burun boşluğunun koku alma sinirleri **diansefalonun sağ tarafından**, sağ burun boşluğunun koku alma sinirleri ise **diansefalonun sol tarafından** kontrol edilir.

NOT: Kişinin biyolojik el kullanımı ve çatışmanın anne/çocuk veya eş ile bağlantılı olması, çatışmaların diansefalonun hangi tarafında kaydedileceğini belirler.

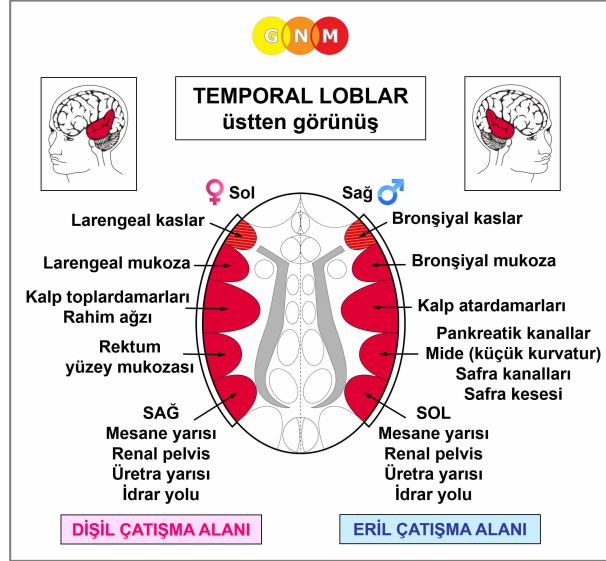
Her iki koku alma sinirlerinin röleleri etkilendiği anda dizilim meydana gelir. Bu dizilim devamlılık gösterebilir ya da çatışma yollarına veya nökslerine bağlı olarak tekrarlayıcı olabilir.

Koku Dizilimi **koku alma halüsinasyonları** veya **fantosmi** olarak kendini gösterir (artan koku duyarlılığı olan hiperosmi ile karşılaştırın).

Bu dizilimde olan kişi o sırada etrafta bulunmayan ve genellikle hoş olmayan kokular alır. **Bu halüsinasyonun amacı**, koku çatışmaları ilk meydana geldiği zaman orada olan bir koku veya kötü bir koku ile ilişkili uyarıcı olmaktır (işitsel ve görsel halüsinasyonlarla karşılaştırın). Koku alma halüsinasyonu orjinal çatışma durumuna bağlı olarak belli bir kimyasalın kokusu veya yanık, duman, kokuşmuş, fazlasıyla tatlı, pis, acımuş, dışkı gibi, çürümüş veya bozuk (**kakosmi**) kokular olabilir. Bu nedenle fantom kokular kişiden kişiye değişir.

NOT: Koku alma sinirleriyle bağlantılı tek bir çatışma etkinliği hiposmiye veya anosmiye (koku almanın azalması veya tamamen kaybı) sebep olur. Koku alma halüsinasyonlarının genellikle koku kaybı yaşayanlarda görüldüğü gözlenmiştir. GNM açısından, hiposmiden fantosmiye değişimin nedeni, bu dizilimdir (beynin diğer yarı küresiyle ilişkili ilave bir koku çatışması).

TEMPORAL LOBLAR



SOL temporal lobdan kontrol edilen organlar:

- larengeal kaslar
- larengeal mukoza
- rahim ağzı/kalp toplardamarları
- rektum yüzey mukozası
- mesanenin ve üretranın sağ yarısı, sağ idrar yolu, sağ renal pelvis

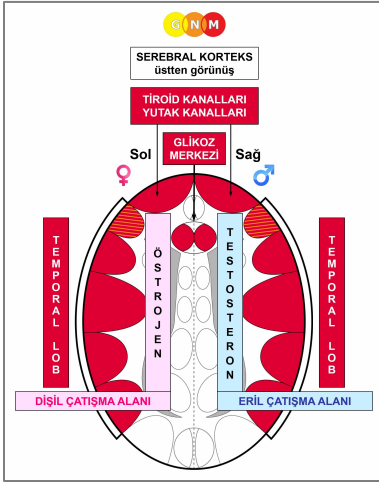
SAĞ temporal lobdan kontrol edilen organlar:

- bronşiyal kaslar
- bronşiyal mukoza
- kalp atardamarları
- mide (küçük kurvatur), safra kanalları, pankreatik kanallar
- mesanenin ve üretranın sol yarısı, sol idrar yolu, sol renal pelvis

Temporal loblar, serebral korteksin her iki tarafında yanal olarak yer alırlar. Sol temporal lob, iki larenks rölesinden mesanenin sağ yarısının kontrol merkezine kadar ulaşır. Sağ temporal lob, iki bronş rölesinden mesanenin sol yarısının kontrol merkezine kadar ulaşır.

Temporal loblarla ilişkili **biyolojik çatışmalar**, ilk ve en başta gelen alan çatışmalarıdır. **Sağ temporal lob; eril alan çatışmalarıyla** (alanda korku çatışması, alan kaybı çatışması, alanda öfke çatışması, alan işaretleme çatışması) bağlantılıdır. **Sol temporal lob; üreme dahil olmak üzere bir kadının "içsel alanı" ile ilişkilenen dişil alan çatışmalarıyla** (ürkme-korkma çatışması, cinsellik çatışması, kimlik çatışması, işaretleme çatışması) bağlantılıdır. Bu yüzden GNM'de sağ temporal loba **eril alan çatışma bölgesi**, sol temporal loba **dişil alan çatışma bölgesi** olarak atıfta bulunuruz.

Kadın ve erkeklerin çatışma deneyimi, geniş ölçüde **HORMON SEVİYESİ**, özellikle de östrojen ve testosteron seviyeleri tarafından etkilenir (hem erkekler hem de kadınlar bu hormonları üretirler).



Dr. Hamer, aslen yumurtalıklar ve testislerde meydana gelen östrojen ve testosteron üretiminin, temporal loblardan kontrol edildiğini belirlemiştir. Östrojen seviyesi **sol temporal lob** ya da dişil çatışma bölgesinden, testosteron seviyesi **sağ temporal lob** veya eril çatışma bölgesinden kontrol edilmektedir.

Hormon seviyesindeki değişiklik kişinin biyolojik kimliğini değiştirir ve bunun sonucunda çatışmayı algılayışı da değişir. Dolayısıyla düşük östrojen seviyeli bir kadın, çatışmaları bir erkek gibi algılar. Tersine düşük testosteron seviyeli bir erkek, çatışmaları bir kadın gibi algılar.

Kadınlarda hamilelik ve emzirme sırasında, menopoz sonrasında, her iki yumurtalıkta nekrozla, her iki yumurtalığın alınmasıyla, östrojen düşürücü ilaçlar veya doğum kontrol haplarıyla (doğum kontrol haplarındaki progesteron, östrojen üretimini baskılar) ve radyoterapi-kemoterapi sonrasında **östrojen seviyesi azalır**. Bir yumurtalık kisti veya östrojen yükseltici ilaçlar (östrojen replasman tedavisi) yoluyla da **östrojen seviyesi yükselir**.

Erkeklerde, yaşlı erkeklerde, her iki testisteki nekrozla, her iki testisin alınmasıyla, testosteron düşürücü ilaçlara bağlı olarak veya radyoterapi/kemoterapi sonrasında **testosteron seviyesi azalır**. Bir testis kisti veya testosteron artırıcı ilaçlarla **testosteron seviyesi yükselir**.

Hormon seviyesi, temporal lobları kapsayan çatışma etkinliğiyle de değişir. Sol temporal lobdaki bir çatışmanın etkisiyle östrojen seviyesi düşer. Benzer şekilde sağ temporal lobun bir çatışmadan etkilenmesiyle de testosteron seviyesi düşer. GNM'de buna **çatışma bağımlı hormonal dengesizlik** diyoruz.

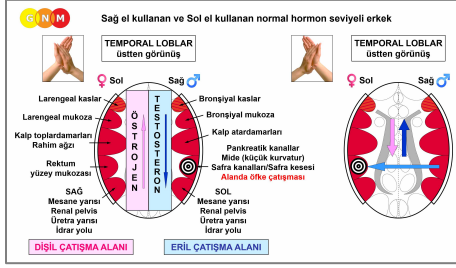
Cinsiyet, El kullanım durumu ve Hormonal durum İlkesi

- **Bir kişinin cinsiyeti, el kullanım durumu ve hormon seviyesi, çatışmanın sağ veya sol temporal loba kaydedileceğini belirler.**
- **Hormon seviyesi, bir çatışmanın eril veya dişil tarzda yaşanacağını belirler.**

NOT: Cinsiyet, el kullanım durumu ve hormonal durum ilkesi, aynı zamanda tiroit kanalları ve yutak kanalları rolleri ile (**pre-motor sensoryal korteksin** ön tarafında bulunur) **glikoz merkezi** (pankreasın alfa ve beta adacık hücreleri) için de geçerlidir.

Örnek: Eril alanda öfke çatışması ve dişil kimlik çatışması

Sağ el ve sol el kullanan normal hormon seviyesindeki (NHS) erkek

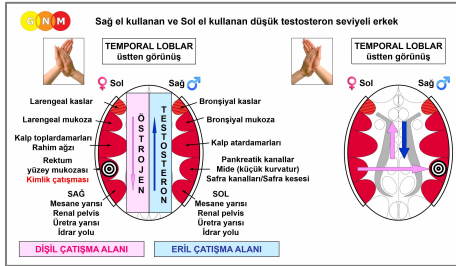


Sağ el kullanan normal hormon seviyesindeki bir erkek için alanda öfke çatışması mide/pankreatik kanallar/safra kanalları rölisinde kaydedilir. Çatışmanın sağ temporal lobu etkilemesiyle testosteron seviyesi düşer ve sonuçta östrojen seviyesi göreceli olarak daha yüksektir.

Sol elini kullanan erkek için bu çatışma karşıt beyin yarı küresine geçer ve rektum rölisinde kaydedilir. Bunun sonucunda östrojen seviyesi düşer ve testosteron seviyesi önemli ölçüde yükselir.

NOT: Sol elini kullananlarda çatışma karşıt beyin yarı küresindeki beyin rölisine aktarılır.

Sağ el ve sol el kullanan düşük testosteron seviyeli (DTS) erkek

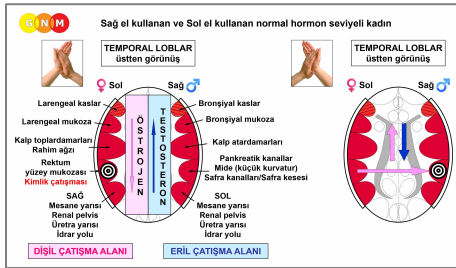


Sağ el kullanan düşük testosteron seviyeli bir erkek dişil bir kimlik çatışması yaşadığında, bu çatışma rektum rölisine kaydedilir. Sol temporal lobu etkileyen çatışmayla östrojen seviyesi düşer ve sonuç olarak testosteron seviyesi yükselir.

Sol el kullanan bir erkek için bu çatışma karşıt beyin yarı küresine aktarılır ve mide/pankreatik kanallar/safra kanalları rölisine kaydedilir. Bunun sonucunda testosteron seviyesi daha da düşer ve östrojen seviyesinin önemli ölçüde yükselmesine sebep olur.

NOT: Temporal loblarla bağıntılı biyolojik bir çatışmayı takiben, sağ el ve sol el kullanan erkekler farklı hormonal profillere sahiptir.

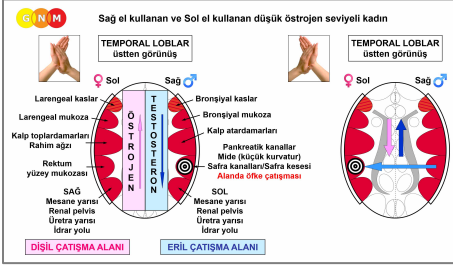
Sağ el ve sol el kullanan normal hormon seviyesindeki (NHS) kadın



Sağ el kullanan normal hormon seviyeli bir kadın için, kimlik çatışması rektum rölisine kaydedilir. Sol temporal lobdaki çatışma etkisiyle östrojen seviyesi düşer ve sonuç olarak testosteron seviyesi göreceli olarak daha yüksektir.

Sol el kullanan kadın için bu çatışma karşıt beyin yarı küresine aktarılır ve mide/pankreatik kanallar/safra kanalları rölisine kaydedilir. Bunun sonucunda testosteron seviyesi azalır ve östrojen seviyesi önemli ölçüde yüksektir.

Sağ el ve sol el kullanan düşük östrojen seviyeli (DÖS) kadın



Sağ el kullanan düşük östrojen seviyeli bir kadın eril bir alanda öfke çatışması yaşadığında, bu çatışma mide/pankreatik kanallar/safra kanalları rölesine kaydedilir. Çatışmanın sağ temporal lobu etkilemesiyle testosteron seviyesi düşer ve sonuç olarak östrojen seviyesi artar.

Sol el kullanan kadın için bu çatışma karşıt beyin yarı küresine aktarılır ve rektum rölesinde kaydedilir. Sonuç olarak östrojen seviyesi daha da düşer ve testosteron seviyesinin önemli ölçüde yükselmesine sebep olur.

NOT: Temporal loblarla bağıntılı biyolojik bir çatışmayı takiben, sağ el ve sol el kullanan kadınlar farklı hormonal profillere sahiptir.

TL Constellations, Temporal Loblara bağıntılı olarak Cinsiyet, El Kullanımı ve Hormon Seviyesi ilkelerinin uygulanması açısından tasarlanan bir LearningGNM programıdır.



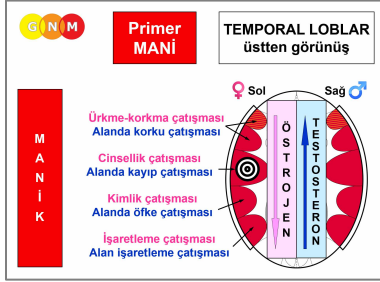
TL Constellations PDF.rar dosyasını indirmek için görsele tıklayın. RAR dosyasının içeriklerini bir dosyaya çıkartın ve ReadMe.txt dosyasındaki talimatları izleyin.

Hormon seviyesinin değişikliği ile, çatışmanın hala konuyla bağlantılı olması durumunda **bu çatışma diğer beyin yarı küresine geçebilir**. Örneğin menopoz sonrasında dişil bir cinsellik çatışması (cinsel reddedilme), eril alanda öfke çatışması olarak algılanabilecektir. Yeni beyin rölesindeki bu etki, tipik olarak bir çatışma yolu aracılığı ile gerçekleşir; bu yola çıkılması, temelde yeni bir DHS gibidir. **NOT:** Bir çatışmanın bir başka beyin rölesine aktarılması, organ düzeyinde olduğu kadar, duygusal ve zihinsel düzeyde de bütün semptomatolojiyi değiştirir!

MANİ VE DEPRESYON

Temporal loblarla ilişkili biyolojik çatışmalar **duygu durum değişikliğine**, daha açık bir ifadeyle manik veya depresif duygu durumuna sebep olur. Mani ve depresyonu, manik-depresyondan ayırt etmek için GNM'de “**primer mani**” ve “**primer depresyon**” terimlerini kullanıyoruz (psikiyatride “bipolar bozukluk” ile ayırt edilmesi için mani ve depresyon “unipolar mani” ve “unipolar depresyon” olarak tanımlanır).

PRİMER MANİ



Mani, sol temporal lobdan doğar.

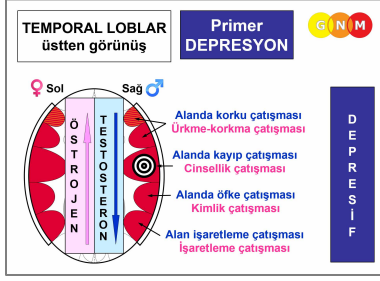
- **normal hormon seviyesindeki sağ el kullanan kadın ve düşük testosteron seviyesindeki sağ el kullanan erkek**, bir ürke-korkma çatışması, cinsellik çatışması, kimlik çatışması veya işaretleme çatışmasıyla manik olur.
- **normal hormon seviyesindeki sol el kullanan erkek ve düşük östrojen seviyeli sol el kullanan kadın**; alanda korku çatışması, alan kaybı çatışması, alanda öfke çatışması veya alan işaretleme çatışması yaşadığında manik olur.

Maninin derecesi, çatışmanın yoğunluğu tarafından belirlenir.

NOT: Temporal Loblar Dizilimi durumunda (manik depresyon), hem sağ el kullananlar hem de sol el kullananlar, sol yarı küredeki çatışma baskın olduğunda, maniktirler.

Mani, kendini **yükselmiş bir duygu durumuyla** gösterir. Manik kişi aktif, dışa dönük, dinamik, enerjik, hırslı, aşırı heyecanlı, öforik ve coşku doludur (ayrıca bkz. [manik depresyon](#)). Eğer altta yatan çatışma ılımlı düzeydeyse (“hipomani”), bu manik durum enerjiyi artıracak, duygu durumunu yükselteceği ve kişinin etkinlik ve verimliliğini artıracak için oldukça faydalı olabilir. Orta ve ılımlı düzeyde manik olan insanlar genellikle mutlu ve neşeli duygu durumundadırlar. Buna karşılık şiddetli mani, uzun süreli yoğun stres (simpatikotoni) ve uyku yoksunluğu nedeniyle kişiyi tüketebilir. Çocuklar ve gençlerdeki manik davranışa (aşırı aktif, dürtüsel), günümüz psikiyatrisinde “Hiperaktivite Bozukluğu” (bkz. [Motor Korteks Dizilimi](#) bağıntılı [HB](#)) teşhisi konulmaktadır.

PRİMER DEPRESYON



Depresyon, sağ temporal lobdan doğar. Dolayısıyla,

- **normal hormon seviyesindeki sağ el kullanan bir erkek ve düşük östrojen seviyeli sağ el kullanan bir kadın;** alanda korku çatışması, alan kaybı çatışması, alanda öfke çatışması veya alan işaretleme çatışması ile depresif olur (ayrıca bkz. [doğum sonrası depresyonu](#)).
- **normal hormon seviyesindeki sol el kullanan kadın ve düşük testosteron seviyesindeki sol el kullanan erkek;** ürkme-korkma çatışması, cinsellik çatışması, kimlik çatışması veya işaretleme çatışması ile depresif olur.

Depresyonun derecesi, çatışmanın yoğunluğu tarafından belirlenir.

NOT: Temporal Loblar Dizilimi durumunda (manik depresyon), hem sağ el kullananlar hem de sol el kullananlar, sağ yarı küredeki çatışma baskın olduğunda, depresiftirler.

Depresyon, düşük duygu durumu ile kendini gösterir. Depresif kişi pasif, içe dönük, halsiz, kederli, neşe ve keyfi yaşayamayan (“anhedoni”) biridir. Çatışmanın yoğunluğuna bağlı olarak bu durum inatçı bir hüzünden, kişinin iyi olma halini zayıflatan etkisiyle şiddetli “klinik” durum arasında değişir (ayrıca bkz. [manik depresyon](#)). Bununla birlikte hafif depresif bir duygu durumunun, derin bir iç gözlem ve manik durumun canlı üreticiliğinden ayrılan bir yaratıcılığa alan açmasının kesinlikle olumlu tarafları bulunmaktadır (bkz. [Otistik Dizilim](#)). Sanatçılar, en büyük çalışmalarını yaratmak üzere tüm zamanlarda bu “üretken melankoliye” çekilmişlerdir.

Çocuklarda ve gençlerdeki depresif duygu durumu, günümüz psikiyatrisinde DEB – Dikkat Eksikliği Bozukluğu (bkz. [\(Post\) Sensoryal Korteks Dizilimi](#) bağıntılı [DEB](#)) belirtisi olarak değerlendirilmektedir.

Normal hormon seviyesindeki sol el kullanan kadınlar ile düşük östrojen seviyeli sağ el kullanan kadınlar dikkate alındığında (menopoz sonrası kadınlar, doğum kontrol hapı kullananlar, hamile ve emzirenler, östrojen baskılayan ilaç kullanan kadınlar, yumurtalıkları alınmış olanlar), bunların depresyona daha yatkın olmaları hakkında GNM, neden erkeklerden daha fazla kadının depresyon yaşadığını ve depresyonun doğum kontrol ilaçlarının yaygın yan etkisi oluşunun sebebinin açıklayıcı öneri sunmaktadır (“Depresyon, kadınların doğum kontrol haplarını kullanmayı bırakmalarının en sık rastlanan sebebidir. Buna rağmen araştırmalar bunun bağlantısını açıklayamamaktadır”, *Healthline*, 11 Şubat 2016). Ayrıca bir kadın bu hapları almaya başladığında veya menopoza girdiğinde, kimlik çatışması veya cinsellik çatışması gibi dişil bir çatışma, bir alanda öfke veya alan kaybı çatışmasına dönüşebilecektir. Böylece bir kadını manik yapan aynı çatışma durumu, doğum kontrol ilaçları veya menopoz sonrası depresif duruma sokar.

Bir **çatışma yoluyla** karşılaşma (belli bir kişiyle buluşma, belli bir yerde bulunma, belli bir konu hakkında konuşma) manik veya depresif duygu durumunu pekiştirir veya tekrarlayan manik ya da depresif epizodları tetikler (manik depresyonla bağıntılı duygu durum değişimleriyle karşılaştırın). Biyolojik el kullanım durumunu dikkate alarak, tekrarlayan bir alanda öfke çatışmasında-evde, işte, okulda-sağ el kullanan bir erkek depresyona girer; aynı çatışma sol el kullanan bir erkeği manik hale getirir. Hava durumu veya mevsim de bir çatışma yolu olabilir. Bazı insanların yağmur yağarken veya günlerin daha karanlık olduğu sonbaharın son günlerinde depresif olmasının sebebi budur. Psikiyatride buna **“Mevsimsel Duygu Durum Bozukluğu”** denir. Mevsimsel depresyonun iddia edildiği gibi D vitamini eksikliği ile hiç bir ilgisi bulunmamaktadır.

İyileşme Fazı : Mani açısından, çatışmanın çözümlenmesi sonrasında kişi artık manik değildir fakat oldukça yorgun hisseder ve tembeldir. Depresyona gelince iyileşme fazı sırasında tedirgin depresyon (simpatikotoni), rahatlamış bir depresyona (vagotoni) dönüşür. Ancak depresyonun bu iki tipi, nitelik olarak birbirinden oldukça farklıdır. Tedirgin depresyon (**çatışma-aktif fazı**) huzursuzluk, sinirlilik, huysuzluk, koşturan düşünceler ve uyuma güçlükleri ile kendini gösterirken, rahatlamış depresyon sırasında (**iyileşme fazı**) kişi fazlasıyla yorgundur ve aşırı uyur (**hipersomnia**). Uzamış bir çatışma etkinliği kadar (askıda kalmış çatışma) uzamış iyileşme fazı da (askıda kalmış iyileşme), **distimi** denilen kronik, uzun süreli depresyona yol açar. Geleneksel tıpta inatçı yorgunluğa ayrıca “kronik yorgunluk sendromu” teşhisi de konabilir.

ORGAN DÜZEYİ

Biyolojik Özel Program, manik veya depresif duygu durumu ile birlikte ayrıca ilişkili organda da çalışır (Birinci Biyolojik Yasa).

Örnek 1: Eğer normal hormon seviyeli sağ el kullanan bir erkeğin (NHS) alanda korku çatışması varsa, bu çatışma **bronş rölesini** etkiler (sağ temporal lob) ve erkek çatışma etkinliğinde olduğu sürece depresif haldedir. Sol el kullanan bir erkek (NHS) alanda korku çatışması yaşadığında, bu çatışma **larenks rölesinde** kaydedilir (sol temporal lob) ve çatışma etkinliği boyunca maniktir. **İyileşme fazı** sırasında sağ el kullanan erkek bronşit, sol el kullanan erkek larenjit geliştirir.

Örnek 2: Normal hormon seviyesindeki sağ el kullanan bir kadın (NHS) cinsellik çatışması yaşadığında, bu çatışma **rahim ağzı/kalp toplardamarları** rölesine kaydedilir (sol temporal lob). **Çatışma aktif fazı** boyunca hafif kalp ağrıları (anjina pectoris), duygu durum değişiklikleri yaşar ve maniktir. Sol el kullanan normal hormon seviyesindeki bir kadın için cinsellik çatışması **kalp atardamarları rölesini** etkiler (sağ temporal lob). **Çatışma aktif fazı** sırasında onun da kalp ağrıları vardır fakat manik yerine depresiftir. Çatışma çözümü sonrasında sağ el kullanan kadın rahim ağzının iyileşme belirtilerini (vajinal akıntı) gösterir. Epileptoid Kriz de oldukça farklıdır. Sağ el kullanan kadın hızlı kalp atışları epizodları (taşikardi) ve nefes alma güçlükleri yaşarken, sol el kullanan kadın yavaş kalp atışları (bradikardi) yaşar. Eğer cinsellik çatışması yoğunduysa sol el kullanan kadın kalp atardamarlarıyla bağıntılı kalp krizi geçirirken, sağ el kullanan kadın akciğer embolisi yaşar (aynı şey, düşük östrojen seviyeli sol el kullanan kadın, alan kaybı çatışmasını çözdüğünde de geçerlidir).

NOT: Hormon replasman tedavisi (HRT) bir çatışmanın algılanışını değiştirir ve böylece psişeyi çatışma çözümüne zorlar. Bu yüzden diyelim ki alan kaybı çatışmasının Epileptoid Krizi sırasında, sağ el kullanan menopoz sonrasındaki kadın kalp krizi geçirme riski taşır, sol el kullanan kadın da akciğer embolisi yaşama riski taşır. Aynı şey erkeklerde testosteron tedavisi için de söylenebilir. Örneğin cinsellik çatışması etkin olan yaşlıca bir adam testosteron yükseltici ilaç alıyorsa; sağ el kullanan erkek için akciğer embolisi, sol el kullanan erkek için kalp krizi geçirme riski bulunmaktadır. Östrojen **baskılayan** ilaçların benzer bir etkisi vardır. Örneğin cinsellik çatışması etkin olan sağ el kullanan bir kadın doğum kontrol hapi almaya başlarsa, artık bu çatışmayı dişil bakış açısıyla yaşayamayacaktır. Sonuçta bu çatışma Epileptoid Kriz sırasında akciğer embolisine sebep olacak şekilde çözüme gidecektir. Doğum kontrol ilaçlarının sıklıkla görülen yan etkisinin akciğer embolisi olmasının nedeni budur (*Pulmonary embolism (PE) with oral contraceptives – risk greater than thought?* [Ağız yoluyla alınan doğum kontrol ilaçları ile akciğer embolisi – risk düşünüldenden de büyük mü?]. Bu, 17 Haziran 2000 *The Lancet* sayısında yer alan Yeni Zelanda çalışması; “ağız yoluyla doğum kontrol ilacı alan kadınların, kullanmayanlara oranla 10 kat daha fazla akciğer embolisi geliştirmeye yatkın olduklarını” belirtmektedir. Kaynak: [Medscape](#)).

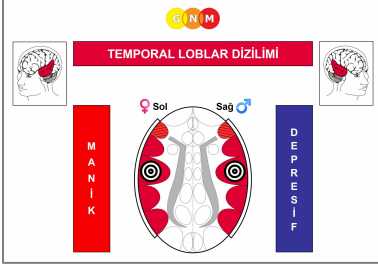
Örnek 3: Sağ el kullanan bir erkek (NHS) mide ağrısı çekiyorsa, **mide rölesini** kapsayan (sağ temporal lob) alanda öfke çatışması yaşadığı sonucuna varabiliriz. Uzayan çatışma etkinliğiyle, mide astarında süregelen ülserasyon sebebiyle mide ülseri geliştirir. Çatışma-aktif fazındayken depresiftir. İyileşme başladığında mide ülseri yangı ve ağrıyla iyileşir. Tersine, sol el kullanan bir erkek (NHS), aynı çatışmayla manik olur. İyileşmeye geçtiğinde de hemoroid geliştirir çünkü sol el kullanan için alanda öfke çatışması, **rektum rölesini** etkiler (sol temporal lob).

Psişe-beyin-organ ilişkisini ve her Biyolojik Özel Programın iki fazlı örüntüsünü fark etmeyen geleneksel tıp, fiziksel belirtilerin ve örneğin depresyonun ortaya çıkışı gibi duygu durum değişimlerini tamamen birbiriyle bağlantısız olarak değerlendirmektedir. Fiziksel belirtiler hekim tarafından, depresyon ise psikolog veya psikiyatrist tarafından tedavi edilir. Yaygın olarak “psikosomatik bozukluk” diye adlandırılan, yalnızca bir hastalığın var sayılan sebebi olarak genel strese atıfta bulunduğu için, belirsiz bir teşhis terimidir. Depresif duygu durumunun dengesiz kan şekeri, tiroid işlevinin bozukluğu, bağırsak hastalıkları vb.ne yol açan vücut sistemlerini rahatsız edici yaşam tarzı krizlerinin bir sonucu olduğunu ileri süren teoriler de, asıl noktayı kaçırmaktadırlar. GNM bilgisine dayanarak, depresyona bağlı fiziksel belirtiler, **sağ temporal lobdaki belirli beyin röleleriyle** ilişkili çok belirgin biyolojik çatışmalardan kaynaklanmaktadır. Cinsiyet, el kullanım durumu ve hormonal durum ilkesini uygulayarak, çatışmanın fiziksel ve zihinsel belirtilerinden, depresyona sebep olan çatışma tipini bulabilmekteyiz. Ayrıca bu bilgi, tedavi edici yaklaşımın da başlangıç noktasıdır.

Biyolojik el kullanımının önemi, bu çatışmaların GNM tanımlarıyla öncelikle *biyolojik* bir doğası olduğunu göstermesidir. Sağ el kullanan bir kadının cinsel bir çatışmaya rahim ağzında bir ülserasyon, östrojen üretiminde azalma ve manik bir duygu durumuyla tepki vermesi söz konusuysen sol el kullanan kadının anjina pektoris ve depresyonla tepki vermesi, sadece psikolojik düzeyle anlamlandırılmaz.

Sağ el kullananlarla sol el kullananların aynı çatışmaya farklı organ ifadesiyle tepki verdiği gerçeği, **mani ve depresyonun biyolojik amacını** ortaya koymaktadır. Sağ temporal lobda **bronşlar, kalp atardamarları, safra kanalları ve pankreatik kanallar** gibi bir çok hayati ve **iyileşme fazı** sırasında çok ciddi komplikasyonlara yol açabilecek organların kontrol merkezleri bulunmaktadır. Ancak **depresif duygu durumu sağ el kullanan erkeği ve sol el kullanan kadını, çatışmayı çözmekten alıkoyar**. Bir alan kaybı çatışması durumunda, bu durum, Epileptoid Kriz sırasında oluşabilecek bir kalp krizini önler. Dahası düşük testosteron seviyeli sağ el kullanan bir erkek (sağ temporal lobda etki yapan alan çatışması sebebiyle) bir “dişi” olarak, alan çatışmasını çözmeye yeltenmeyecektir. Diğer yandan sol temporal lobda **larenks, rahim ağzı/kalp toplardamarları, rektum ve mesane** gibi, kalp toplardamarlarının Biyolojik Özel Programı haricinde çok daha az komplikasyon riski bulunan organlar yer almaktadır. Burada **manik durum, sol el kullanan erkeğe ve sağ el kullanan kadına çatışmayı mümkün olduğunca kısa sürede çözebilmeleri için gerekli enerjiyi verir** ve grubunu ya da kabilesini tehdit eden beklenmedik alan çatışmaları halinde, üremeyi sağlama almaları açısından onları ideal duruma sokar. Bu, biyolojik bir bakış açısıyla insanların öncelikle neden sağ el veya sol el kullandıklarını da açıklamaktadır (hayvanlar da sağ-sol patili veya sağ-sol toynaklıdır).

MANİK DEPRESYON

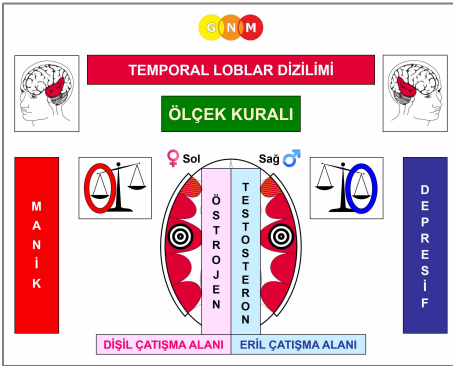


MANİK DEPRESYON, her iki temporal lobu kapsayan çatışma etkinliğiyle gelişir.

Karşıt beyin yarı küresindeki **ikinci çatışmanın** etkisiyle kişi **TEMPORAL LOBLAR DİZİLİMİNDEDİR** ve **manik-depresiftir** (psikiyatride buna “bipolar” denir).

NOT: Manik-depresyon, yalnızca her iki çatışma da temporal loblarla ilgiliyse ve herhangi bir çatışma kombinasyonu ortaya çıkar (bkz. [Ölüm Sonrası Dizilimi](#), [Kazanova Dizilimi](#), [Nemfomani Dizilimi](#), [Saldırgan Dizilimi](#), [Uçma Dizilimi](#), [Mitomani Dizilimi](#), [Otistik Dizilim](#), [İşaretleme Dizilimi](#)).

Manik-depresif; manik epizodlar ve depresif epizodlar arasında **maniyle depresyon arasında duygu durum değişim döngüleri** anlamına gelir. Çatışmaların yoğunluğuna bağlı olarak hafif duygu durumu değişiminden şiddetli psikoza geçebilir (psikiyatride depresyon ve hipomani arasında çok hafif değişen dönemler, “siklotimik bozukluk” veya siklotimi olarak değerlendirilir). İki çatışmadan birinin uzun süren hakimiyeti, inatçı mani veya depresif duygu durumuna sebep olur. Ancak bu, manik depresyondan farklılaşan primer mani veya primer depresyonla karıştırılmamalıdır. Şöyle ki; manik-depresif duruma her zaman çatışmaların tam kombinasyonu, yani belli bir dizilim tarafından saptanan çok belirgin zihinsel belirtiler ve davranışlar eşlik eder.



ÖLÇEK KURALI: Çatışma etkinliğinin ağırlıklı olanı **sol temporal lobdaysa** kişi **manik**, ağırlıklı olan **sağ temporal lobdaysa** kişi **depresiftir**.

NOT: **Stres** (genel stres) ve kahve ya da enerji içecekleri gibi **uyarıcıların** yanı sıra simpatikotonik unsurlar barındıran ilaç ve maddeler, manik veya depresif duygu durumunu pekiştirir. Temporal loblarla ilişkili **ilave çatışmalar**, mani veya depresyonu önemli ölçüde artırır.

CC Constellations, GNM'in terapötik yaklaşımının temeli olarak, belirli serebral korteks dizilimleriyle ilişkili olan biyolojik çatışmaların sırasını belirleyebilmek üzere tasarlanmış bir LearningGNM programıdır.



CC Constellations PDF.rar dosyasını indirmek için görsele tıklayın. RAR dosyasının içeriklerini bir dosyaya çıkartın ve ReadMe.txt dosyasındaki talimatları izleyin.

Çatışmaların ilk ortaya çıkışında oluşan **yollar**, **mevcut manik veya depresif duygu durumunu kuvvetlendirir**. Depresyon bağıntılı bir yola çıkılması depresyonu derinleştirir, mani bağıntılı bir yola çıkılması ise depresyonu hafifletir ve maniye yükseltir. Bu nedenle manik bir yol, depresif duygu durumundan çıkmak için kasten kullanılabilir. **Çatışma yolları ve çatışma nöksleri de**, iki çatışmadan biri (ya da her ikisi birden) geçici olarak çözümlendikten sonra **bir dizilimi yeniden etkin hale getirir**. Aslında yol (belli bir yer, kişi, durum, ses, koku), manik veya depresif duygu durumunun ya da davranışların tekrarlanmasına yol açan bir “alerji” gibidir.

Ani duygusal, zihinsel ve davranış değişiklikleri ile beliren **psikotik ataklar**, şunlarla gelişir:

- Güçlü bir DHS, bir dizilimi tamamladığında
- Çatışma nüksleri nedeniyle. Son derece duygu yüklü bir çatışma yoluyla karşılaşmak, kişiyi o anda ciddi bir manik veya depresif duruma sokabilir (tekrarlayıcı psikotik ataklar). Burada “travma sonrası stres bozukluğu” (TSSB) denilen, kişinin travmayı olayın rahatsız edici anılarıyla, mide bulantısı, aşırı terleme ve hızlı kalp atışları gibi tipik fiziksel simpatikotonik belirtilerin de eşlik ettiği bir halde, yeniden deneyimlediği durumu görürüz.
- İlave bir çatışma sağ veya sol temporal lobu etkilediğinde. İlave çatışmalarla, ılımlı bir manik veya depresif durum, üst düzeyde akut hale gelebilir.
- İki çatışmadan biri (ya da her ikisi birden) çözüldükten sonraki **Epileptoid Kriz** sırasında.

İyileşme fazının en üst noktasında başlatılan **Epileptoid Kriz**, çatışmanın kısa ve yoğun bir yeniden etkinleşmesi halidir. Dolayısıyla bu süreç boyunca zihinsel belirtiler, çatışma-aktif fazı sırasında olduğundan çok daha güçlü şekilde kendini gösterir.

Ağır bir dizilimle Epileptoid Kriz, akut bir psikotik epizodu tetikleyebilir. Her iki çatışmanın da yaklaşık aynı zamanda çözüldüğünde ortaya çıkan **çift Epi-Kriz** durumunda, psikotik atak özellikle şiddetlidir ve 3 ila 5 gün sürebilir. Bu özellikle kortikal dizilimler için geçerlidir. Böbrek Toplama Kanalları Diziliminin dahil olduğu bir Beyin Sapı Diziliminin akut çift Epi-Krizi, aşırı kaygı ve korkuyla tam bir zihinsel kapanmayı harekete geçirebilir. Tekrarlayan çift Epi-Krizler, çatışma yollarıyla tetiklenir. **NOT:** Dr. Hamer’a göre çift Epi-Kriz, çatışma çözümünden bir hafta sonra bile gelişebilir.

GNM Yaklaşımı: Bir dizilim akut olduğunda, Dr. Hamer şiddetle **çatışmaların tam olarak çözümlenmesi yerine çatışmaların seviyesinin düşürülmesini** önermektedir. **Çünkü dizilim kişiyi korumaktadır** (bkz. [organ düzeyi](#)). Örneğin kısmi bir çözüm bulma yoluyla **çatışmaların seviyesinin düşürülmesi, çatışmanın şiddetini ve stresin derecesini azaltır**. Amaç **bir hiper-dizilimi, hipodizilime dönüştürmektir**. Bu yaklaşımın temel sebebi; hem çatışma bağıntılı organlar hem de beyin düzeyindeki iyileşme fazı boyunca olası görülen komplikasyonları önlemektir (iyileşme belirtilerinin ve Epileptoid Krizin kapsamı, çatışma etkinliğinin yoğunluğu tarafından belirlenir). Dr. Hamer’a göre bu yöntemle akut bir psikoz, ilaç kullanmaksızın 3-4 ay içerisinde sakinleşir. GNM’de ilaç kullanımı yalnızca kişinin emniyetini sağlamak için geçici bir tedbirdir (*Journal of Mental Health*, 2017’de yayınlanan [bu araştırma](#) uzun bir dönem boyunca alınan antipsikotik ilaçların “bireyin toparlanma çabasının katkısını zayıflattığını” ve “işlevsel toparlanma ihtimalini azalttığını” göstermektedir).

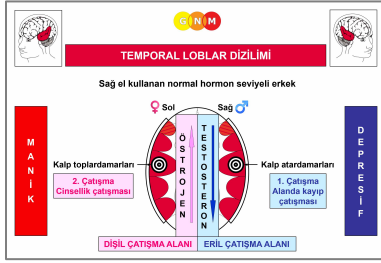
Bir dizilimin seviyesinin düşürülmesi için atılacak ilk adım, bu dizilimi ve bağıntılı zihinsel belirtilerini etkinleştiren *ikinci* çatışmanın (bkz. [çatışma sıralaması](#)) zamanını ve yaşanan durumu belirlemektir. Dizilimin türü (Ölüm Sonrası Dizilimi, Otistik Dizilim, Saldırgan Dizilimi, Uçma Dizilimi, İşitme Dizilimi vb.), kişinin duygu, düşünce ve davranışlarından anlaşılabilir. Eğer varsa bir beyin taraması, ilişkili beyin rölisinde Hamer Odağını gösterir. Ogunluk duraklaması, ikinci çatışmanın yaşandığı yaşı oldukça doğru olarak tahmin etmeye izin verdiği için, bir diğer önemli teşhis ölçütlerinden biridir. Bu noktada çatışma hakkında o zamanlarda gerçekleşmiş olana dair belirli sorular sorabiliriz. Çatışma yollarından nasıl kaçınılacağına dair stratejiler geliştirilmesi, çatışma etkinliğini düşük düzeyde tutmaya yarar. Seviyesi düşürülmüş bir dizilimle, özellikle manik duygu durumu baskın olduğunda, genel olarak kişi kendisini oldukça iyi hisseder.

ÇATIŞMA SIRALAMASI

Ne tür çatışmaların bir manik depresyona sebep olduğunu ve çatışmaların temporal loblarda hangi sırayla kaydedildiğini belirlemek için; **cinsiyet, el kullanım durumu (yanallık) ve hormon seviyesi ilkesini** uygulamak zorundayız (çatışmaların anne/çocuk veya eş bağıntılı olmasının bir önemi yoktur).

Normal hormon seviyesindeki (NHS) sağ el kullanan erkek

Biyolojik bakış açısından normal hormon seviyesindeki bir erkek için **birinci çatışma** ancak **eril alan çatışması** olabilir (alanda korku çatışması, alan kaybı çatışması, alanda öfke çatışması, alan işaretleme çatışması). Eğer biyolojik olarak sağ el kullanıyorsa, bu çatışma **sağ temporal lobda** kaydedilir (eril çatışma bölgesi).

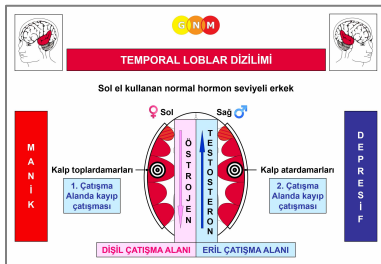


Sağ el kullanan erkek bir alan kaybı, örneğin iş yerinin kaybı çatışması yaşadığı zaman, bu kalp atardamarları rölesine gider. Çatışma etkinliği boyunca, depresiftir (primer depresyon). Eril çatışma bölgesinde çatışmanın etkisi ile testosteron seviyesi azalır ve bunu takiben östrojen seviyesi göreceli olarak daha yüksektir.

Bu yüzden **ikinci çatışma dışil bir çatışmadır** (ürkme-korkma çatışması, cinsellik çatışması, kimlik çatışması, işaretleme çatışması). Eğer örneğin bir cinsellik çatışması yaşarsa (cinsel reddedilme, cinsel eşini kaybetme), bu çatışma **sol temporal lobdaki** kalp toplardamarları rölesine gider. İkinci çatışmayla birlikte manik-depresiftir ve dizilimdedir. Bu durumda; Ölüm Sonrası Dizilimindedir.

Normal hormon seviyesindeki (NHS) sol el kullanan erkek

Normal hormon seviyesindeki biyolojik olarak sol el kullanan bir erkek için de yine **birinci çatışma eril alan çatışmasıdır** (alanda korku çatışması, alan kaybı çatışması, alanda öfke çatışması, alan işaretleme çatışması). Bu çatışma eril tarzda yaşanmasına rağmen, bu çatışma dışil çatışma bölgesine kaydedilir çünkü, sol el kullananlar için bu çatışma diğer beyin yarı küresine aktarılır ve bu yüzden ilişkili olan beyin rölesi **sol temporal lobdadır**.

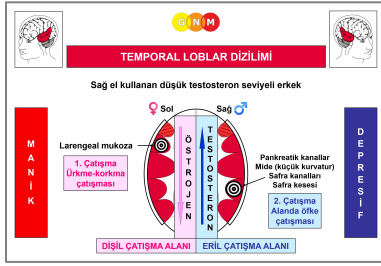


Sol el kullanan bir erkek alan kaybı çatışması yaşadığı zaman, bu çatışma kalp toplardamarları rölesine gider. Çatışma etkinliği boyunca maniktir (primer mani). Bu çatışmanın dışil çatışma bölgesindeki etkisiyle östrojen seviyesi düşer ve bunu takiben testosteron seviyesi önemli ölçüde daha yüksektir.

Bu yüzden **ikinci çatışma**, bir başka **eril alan çatışmasıdır**. Örneğin yeni bir alan kaybı çatışması **sağ temporal lobdaki** kalp atardamarları rölesine gider. İkinci çatışmayla birlikte manik-depresiftir. Eğer her iki alan çatışmasının da cinsel yönü varsa, Kazanova Dizilimindedir. **NOT:** Normal hormon seviyesindeki sol el kullanan bir erkek için Temporal Loblar Dizilimi, her zaman iki alan çatışması yoluyla ortaya çıkar.

Düşük testosteron seviyesindeki (DTS) sağ el kullanan erkek

Düşük testosteron seviyesindeki bir erkek için **birinci çatışma** yalnızca **dişil bir çatışma** olabilir (ürkme-korkma çatışması, cinsellik çatışması, kimlik çatışması, işaretleme çatışması). Eğer sağ el kullanan bir erkekse, bu çatışma **sol temporal lobda** kaydedilir (dişil çatışma bölgesi).

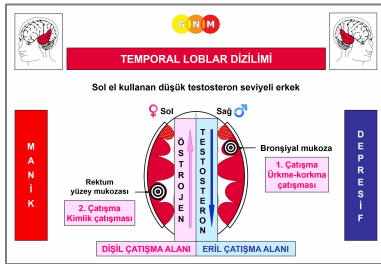


Örneğin yaşlı ve sağ el kullanan bir erkek, karısının beklenmedik ölümü sebebiyle ürkme-korkma çatışması yaşadığı zaman, bu çatışma larengal mukoza rölesine gider. Çatışma etkinliği boyunca maniktir (primer mani). Dişil çatışma bölgesindeki çatışma etkisi ile östrojen seviyesi azalır ve bunu takiben testosteron düzeyi yükselir.

Bu yüzden **ikinci çatışma eril bir alan çatışmasıdır**. Örneğin alanda öfke çatışması, **sağ temporal lobdaki** mide/pankreatik kanallar/safra kanalları rölesine gider. İkinci çatışmayla birlikte manik-depresiftir, dizilimdedir. Bu durumda; Otistik Dizilimdedir.

Düşük testosteron seviyesindeki (DTS) sol el kullanan erkek

Düşük testosteron seviyesindeki sol el kullanan bir erkek için de **birinci çatışma, dişil bir çatışmadır** (ürkme-korkma çatışması, cinsellik çatışması, kimlik çatışması, işaretleme çatışması). Bu çatışma dişil bir tarzda yaşanmasına rağmen, eril çatışma bölgesine kaydedilir çünkü sol el kullananlarda bu çatışma diğer beyin yarı küresine, dolayısıyla **sağ temporal lobdaki** ilişkili beyin rölesine aktarılır.

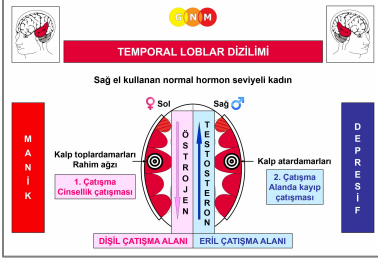


Yaşlı ve sol el kullanan bir erkek ürkme-korkma çatışması yaşadığı zaman, bu çatışma bronşiyal mukoza rölesine gider. Çatışma etkinliği boyunca depresiftir (primer depresyon). Çatışmanın eril çatışma bölgesindeki etkisiyle, testosteron seviyesi daha da düşerek östrojen seviyesinin önemli ölçüde daha da yükselmesine sebep olur.

Bu yüzden **ikinci çatışma bir başka dişil çatışmadır**. Örneğin bir kimlik çatışması (nereye ait olduğunu bilmemek) **sol temporal lobdaki** rektum rölesine gider. İkinci çatışmayla birlikte manik-depresiftir ve dizilimdedir. Bu durumda bir Mitomani Dizilimdedir. **NOT:** Düşük testosteron seviyesindeki sol el kullanan bir erkek için Temporal Loblar Dizilimi her zaman iki dişil çatışma ile ortaya çıkar.

Normal hormon seviyesindeki (NHS) sağ el kullanan kadın

Biyolojik bakış açısından, normal hormon seviyesindeki bir kadın için **birinci çatışma** yalnızca **dişil bir çatışma** olabilir (ürkme-korkma çatışması, cinsellik çatışması, kimlik çatışması, işaretleme çatışması). Eğer biyolojik olarak sağ el kullanıyorsa, bu çatışma **sol temporal lobda** kaydedilir (dişil çatışma bölgesi).



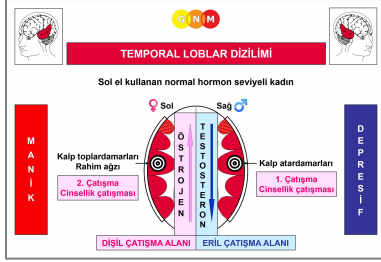
Sağ el kullanan bir kadın cinsel bir çatışma yaşadığı zaman (cinsel taciz, cinsel reddedilme), bu çatışma rahim ağzı/kalp toplardamarları rölesine gider. Çatışma etkinliği boyunca maniktir (primer mani). Dişil çatışma bölgesindeki çatışmanın etkisiyle, östrojen seviyesi azalır ve bunu takiben testosteron düzeyi göreceli olarak daha yüksektir.

Bu yüzden **ikinci çatışma, eril alan çatışmasıdır** (alanda korku çatışması, alan kaybı çatışması, alanda öfke çatışması, alan işaretleme çatışması). Örneğin alanda bir kayıp çatışması (bir arkadaşın veya bir aile üyesinin kaybı, yuva kaybı), bu çatışma **sağ temporal lobdaki** kalp atardamarları rölesine gider. İkinci çatışma ile birlikte manik-depresiftir ve dizilimdedir. Bu durumda Ölüm Sonrası Dizilimindedir.

Sol temporal lobda bulunan rahim ağzı kontrol merkezi, yumurtlama dahil olmak üzere, adet kanaması döngüsünü düzenler. Normalde bir kız çocuğunun ilk adet kanaması (menarş), 11 yaş civarında olur. Ancak eğer sağ el kullanan bir kız çocuğu, ergenlik öncesinde bir cinsellik çatışması yaşamışsa, ilk kanaması gecikir. Aynı şekilde adet kanaması görüyor olan sağ el kullanan bir kadın, bir cinsellik çatışması etkisi altındayken (bu süre zarfında kadın maniktir) adet kanaması görmez (amenore). Yalnızca bu çatışma çözüldüğünde veya ikinci bir çatışma sağ temporal lobu etkilediğinde adet kanamaları devam eder. Yoğun bir çatışma ile, yükselen östrojen seviyesine bağlı olarak **uzamış ve ağır adet kanamaları** olur (ayrıca bkz. rahim ağzı, rahim mukozası, rahim kasları ve yumurtalıklar). Bu süre boyunca depresiftir (bkz. **Ölçek kuralı**). Bu noktada sağ el kullanan kadın, dizilimdedir. Sağ el kullanan bir kız çocuğu ilk adet kanamasını 11 yaşından **önce** yaşarsa, bu onun sağ temporal lobla bağlantılı bir alan çatışması vurgusuyla zaten dizilimde (manik-*depresyon*) olduğunu gösterir.

Normal hormon seviyesindeki (NHS) sol el kullanan kadın

Normal hormon seviyesindeki sol el kullanan bir kadın için de **birinci çatışma dışıl bir çatışmadır** (ürkme-korkma çatışması, cinsellik çatışması, kimlik çatışması, işaretleme çatışması). Bu çatışma dışıl bir tarzda yaşanmasına rağmen, eril çatışma bölgesine kaydedilir çünkü, sol el kullananlar için bu çatışma diğer beyin yarı küresine, dolayısıyla **sağ temporal lobdaki** ilişkili olan beyin rölesine aktarılır.



Sol el kullanan bir kadın bir cinsellik çatışması yaşadığı zaman, bu çatışma kalp atardamarları rölesine gider. Çatışma etkinliği boyunca depresiftir (primer depresyon). Eril çatışma bölgesindeki çatışmanın etkisiyle testosteron seviyesi azalır ve bunu takiben östrojen seviyesi önemli ölçüde yüksektir.

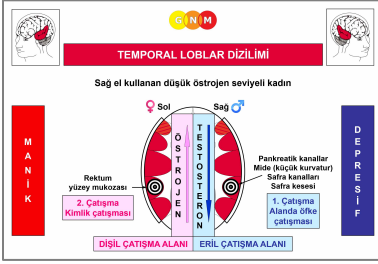
Bu yüzden **ikinci çatışma** bir başka **dışıl çatışmadır**. Örneğin yeni bir cinsellik çatışması **sol temporal lobdaki** rahim ağzı/kalp toplardamarları rölesine gider. İkinci çatışmayla birlikte kadın manik-depresiftir ve dizilimdedir. Bu durumda Nemfomani Dizilimindedir. **NOT:** Normal hormon seviyesindeki sol el kullanan bir kadın için Temporal Loblar Dizilimi, her zaman iki dışıl çatışmayla ortaya çıkar.

Normal hormon seviyesindeki sağ el kullanan bir kadının, birinci cinsellik çatışmasıyla adet kanaması dururken, sol el kullanan kadının, yükselen östrojen seviyesi nedeniyle adet kanaması devam eder. Şiddetli bir cinsellik çatışmasıyla, adet kanaması 11 yaşından önce bile başlamış olabilir. Yalnızca dizilimde olduğunda ve sol temporal lobla bağlantılı ikinci cinsellik çatışması daha güçlüyse adet kanamaları durur veya ilk adet kanamasında gecikme olur. Bu süre zarfında depresif olmaktan çok maniktir. Sağ temporal lobundaki ilave çatışmanın etkisi veya sağ yarı küredeki çatışmanın pekişmesi nedeniyle, kanamaları devam edecektir. Şimdi artık manik değil, fakat depresiftir.

Sağ el ve sol el kullanan kadınlara dair NOT: Adet kanamaları yalnızca sol temporal lobda yer alan rahim ağzı rölesi etkilendiğinde durur. Çatışma yollarıyla tetiklenen mani ve depresyon arasında değişen duyu durumu, bu yüzden **düzensiz adet kanamalarıyla** sonuçlanır. Sol temporal lobdaki çatışma derinleştiği zaman kanamalar durur ve kadın maniktir. Sağ temporal lobdaki çatışma baskın olduğu zaman, kanamalar devam eder ve kadın depresiftir. Adet kanaması öncesi dönem boyunca otonom sinir sistemi, yükselmiş bir simpatikotoni durumundadır. Böylece bu dönem süresince dizilimdeki bir kadın, iki çatışmadan hangisinin vurgulanmış olduğuna bağlı olarak daha depresif veya daha maniktir. Depresif veya manik duyu durumu ya da davranışın rengi, belirli dizilime bağlıdır. Örneğin bir Saldırgan Dizilimi ile, kadın münakaşacı ve zıtlaşmaya eğilimli olur.

Sağ el kullanan düşük östrojen seviyeli (DÖS) kadın

Düşük östrojen seviyesindeki sağ el kullanan kadın için **birinci çatışma** yalnızca **eril bir alan çatışması** olabilir (alanda korku çatışması, alan kaybı çatışması, alanda öfke çatışması, alan işaretleme çatışması). Eğer kadın sağ el kullanıyorsa, bu çatışma **sağ temporal lobda** kaydedilir (eril çatışma bölgesi).

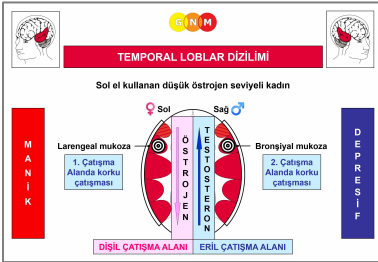


Örneğin sağ el kullanan menopoz sonrasındaki bir kadın alanda öfke çatışması yaşadığında, bu çatışma mide/pankreatik kanallar/safra kanalları rölesine gider. Çatışma etkinliği boyunca depresiftir (primer depresyon). Eril çatışma bölgesindeki çatışmanın etkisiyle testosteron seviyesi azalır ve bunu takiben östrojen seviyesi artar.

Bu yüzden **ikinci çatışma dişil bir çatışmadır**. Örneğin bir kimlik çatışması (nereye ait olduğunu bilmemek), **sol temporal lobdaki** rektum rölesine gider. İkinci çatışmayla birlikte kadın manik-depresiftir ve dizilimdedir. Bu durumda bir Saldırgan Dizilimindedir.

Düşük östrojen seviyesindeki (DÖS) sol el kullanan kadın

Düşük östrojen seviyesindeki sol el kullanan kadın için de **birinci çatışma eril alan çatışmasıdır**. Bu çatışma eril bir tarzda yaşanmasına rağmen, dişil çatışma bölgesinde kaydedilir çünkü, sol el kullananlarda bu çatışma diğer beyin yarı küresine, dolayısıyla **sol temporal lobdaki** ilişkili beyin rölesine aktarılır.



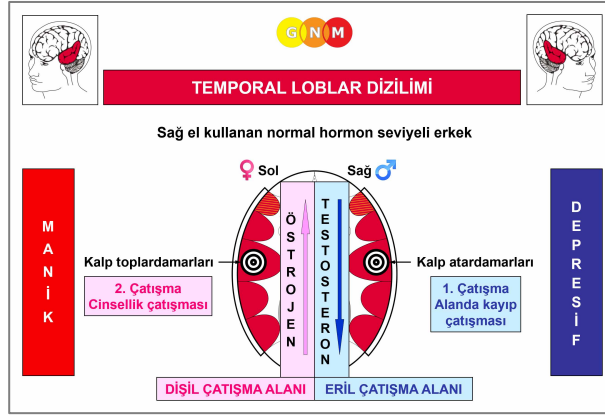
Sol el kullanan menopoz sonrası bir kadın, örneğin alanda korku çatışması yaşadığında, bu çatışma larengeal mukozası rölesine gider. Çatışma etkinliği boyunca kadın maniktir (primer mani). Dişil çatışma bölgesindeki çatışmanın etkisiyle östrojen seviyesi daha da azalarak, testosteron seviyesinin oldukça yükselmesine sebep olur.

Bu yüzden **ikinci çatışma**, bir başka **eril alan çatışmasıdır**. Örneğin yeni bir alanda korku çatışması, **sağ temporal lobdaki** bronşiyal mukozası rölesine gider. İkinci çatışmayla birlikte kadın manik-depresiftir ve dizilimdedir. Bu durumda Uçma Dizilimindedir. **NOT:** Düşük östrojen seviyesindeki sol el kullanan kadınlar için Temporal Loblar Dizilimi, her zaman iki alan çatışmasıyla ortaya çıkar.

ORGAN DÜZEYİ

Dr. Hamer, bir **Temporal Loblar Diziliminin oluştuğu anda**, çatışma bağıntılı olan organdaki Biyolojik Özel Programın durduğunu keşfetmiştir. Dolayısıyla bir kişi manik-depresif olduğunda, **organ düzeyinde gerçekleşen değişiklikler sınırlı kalmaktadır**. Bu, özellikle bu dizilim kalp gibi hayati organları içeriyorsa çok önemlidir. **NOT:** Bronşit, larenjit, hemoroid, mesane enfeksiyonu veya belirli tipteki kanser gelişimleri (larengeal kanser, bronşiyal kanser, rahim ağzı kanseri) gibi iyileşme belirtileri, yalnızca öncesindeki çatışma çok şiddetli yaşanmışsa ortaya çıkar.

Örnek:



Sağ el kullanan bir erkek alan kaybı çatışması yaşadığında, bu çatışma kalp atardamarları rölesine (sağ temporal lob) kaydedilir. **Çatışma-aktif fazı** boyunca anjina pectoris (göğüs ağrısı) vardır depresiftir (primer depresyon). Dokuz aydan fazla süren çatışma etkinliği, onu tehlikeli bir duruma sokacaktır çünkü, çatışmasını çözmesi durumunda Epileptoid Kriz sırasında ölümcül bir kalp krizi geçirecektir. Bununla birlikte eğer kalp toplardamarlarının beyin rölesini (sol temporal lob) içeren ilave bir cinsellik çatışması yaşarsa, kalp atardamarlarındaki ülserasyon süreci o anda duraklayacaktır. Şimdi manik-depresiftir fakat dizilimde olmak onun hayatını kurtarır. Bu yüzden **Temporal Loblar Dizilimlerinin biyolojik önemi** yalnızca zihinsel sağ kalma açısından değil, fiziksel sağ kalma açısından da geçerlidir.

Eğer bu erkek cinsellik çatışmasını çözecek olursa, alanda kayıp çatışması "tek başına" çalışmaya devam edecek ve eğer alan çatışması da çözülecek olursa, iyileşme fazında olasılıkla ölümcül bir kalp krizine yol açacaktır. Dr. Hamer: "Çatışmaları çözmeye çok hevesli olmanın oldukça ciddi sonuçları olabilir. Çünkü çatışmalardan biri çözüldüğünde ve diğeri hala etkin halde olduğunda, saat hala işler." Bu biyolojik karşılıklı ilişkiyi anlamaksızın hızlı çatışma çözümünü amaçlayan terapi yaklaşımları, bu yüzden çok ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Bu yüzden temporal loblarla ilişkili çatışmaları çözmekten çok çatışmaların seviyesinin düşürülmesi önemlidir çünkü, bu dizilim bireyi korumaktadır!

Dr. Hamer: "Bir Biyolojik Özel Programın psişe, beyin ve ilişkili organda birbirine paralel çalıştığı dikkate alındığında, psikiyatri, psikoterapi ve diğer yöntemlerde yapıldığı gibi 'zihinsel bir hastalığın' beyin ve organ düzeyinde değerlendirilmeksizin tedavisi anlamsız ve potansiyel olarak tehlikelidir. Bu nedenle psişe-beyin-organ ilişkisinin farkındalığı, tamamen farklı bir tedavi yaklaşımı gerektirir."

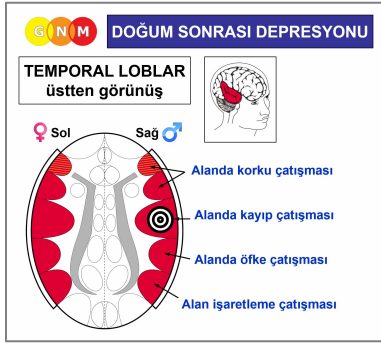
DOĞUM SONRASI (POSTPARTUM) DEPRESYONU VE DOĞUM SONRASI PSİKOZU

Biyolojik bir çatışmayla harekete geçen Biyolojik Özel Program gibi, hamilelik de **iki fazda** ilerler: simpatikotonik faz ve bunu izleyen vagotonik faz. **Hamileliğin ilk üç ayı boyunca** kadın **simpatikotonidedir, dördüncü aydan doğuma kadar ise vagotonidedir**. Bebek bekleyen annenin vagotonik durumu, onun kendisini zorlamasını ve kendisini ve bebeğini tehlikeye atmasını önleme amacına hizmet eder. **Doğum sonrası dönemi** (postpartum), çocuğun doğumundan hemen sonra başlar.

DOĞUM SONRASI DEPRESYONU

Geleneksel tıpta doğum sonrası depresyonuna, doğum gerçekleşikten sonra ortaya çıkan hormonal değişikliklerin neden olduğu düşünülmektedir. Eğer bu doğru olsaydı, lohusalıktaki her kadın depresyondan muzdarip olurdu ki, durum kesinlikle böyle değildir. GNM'e dayanarak, hamile kadın ancak **gebelik sırasında veya doğum sırasında eril bir alan çatışması** yaşadığı zaman doğum sonrası depresyonu (primer depresyon) ortaya çıkar. **NOT:** Düşük östrojen seviyesi nedeniyle hamile kadın, çatışmaları eril bir tarzda yaşar. Bu tür çatışmalara alanda kayıp çatışmaları (yuvasının kaybı, çocuğun babasının kaybı, bir aile üyesinin ya da yakın bir arkadaş kaybı), alanda öfke çatışmaları (evde veya işte öfke, eşle tartışmalar, zorlu bir hamilelik, rahatsız edici gebelik muayeneleri) veya alanda korku çatışmaları (düşük yapma korkusu, bebeğin sağlıklı gelişim hakkında korkular) dahildir.

Sağ el kullanan hamile kadın



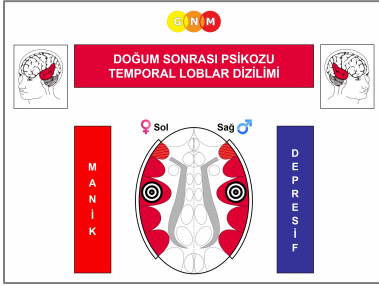
- Eğer hamile bir kadın birinci üç aylık devrede bir alan çatışması yaşarsa (alanda korku çatışması, alan kaybı çatışması, alanda öfke çatışması, alan işaretleme çatışması), bu çatışma sağ temporal lobda etki yaratır. Çatışma etkinliğinde olduğu sürece, depresiftir (primer depresyon). Ancak dördüncü aya girdiğinde (vagotonik faz), depresyon durur. Doğurduktan sonra bu çatışma hala bir mesele ise, depresyon yeniden etkin hale gelir.
- Eğer sağ el kullanan hamile kadın, ikinci veya üçüncü üç aylık dönemde bir alan çatışması yaşarsa, vagotonik durum depresyonu önemli ölçüde geriletecektir. Doğum yaptıktan sonra ise depresyon geri döner.
- Doğum sırasında ortaya çıkan bir alanda korku çatışması ya da alanda öfke çatışması gibi alan çatışması da, bir kadını depresif duruma sokabilir.
- Eğer sağ el kullanan kadın hamilelik öncesinde dişil bir çatışma ile çatışma-aktif fazdaysa (ürkme-korkma çatışması, cinsellik çatışması, kimlik çatışması, işaretleme çatışması), bu çatışma sol temporal lobda kaydedilir ve kadın maniktir (primer mani). Hamile kaldığında, östrojen seviyesi azalır. Eğer çatışma hala bağlantılıysa, ilk çatışma nüksünde önceden dişil tarzda yaşanan çatışma artık eril tarzda yaşanır ve örneğin bir alanda öfke çatışması olarak, sağ temporal loba kaydedilir. Dolayısıyla hamilelik öncesinde kadını manik yapan aynı çatışma, şimdi onu depresif yapar. Dördüncü ve dokuzuncu ay arasında, depresyon ilerlemez. Çocuğun doğumundan sonra kadın, hamilelik öncesi yaşadığı mani düzeyine tekrar ulaşır.

NOT: Sol el kullanan hamile bir kadın, doğum sonrası depresyonunu ancak sağ temporal lobla ilişkili ikinci bir alan çatışmasıyla yaşar (sol el kullananlarda çatışma diğer beyin yarı küresine aktarıldığı için, birinci alan çatışması sol temporal loba gider – bkz. düşük östrojen seviyeli kadınlarda çatışma sıralaması). Bu durumda bu kadın dizilimdedir ve manik-*depresiftir* (bkz. [doğum sonrası psikozu](#)).

Doğum sonrası depresyon, alan çatışması çözülmediği sürece devam eder. Çatışma çözümü genellikle yeni bebeğin gelişinin sevinciyle ve yeni sorumluluklarla gelir.

DOĞUM SONRASI (POSTPARTUM) PSİKOZU

GNM bakış açısından doğum sonrası psikozunun varlığı, bir **kadının çocuğunun doğumunu takiben bir Temporal Loblar Diziliminde (manik-depresif) olduğunu** gösterir.



- Eğer **hamile bir kadın** (sağ veya sol el kullanan), **hamilelik öncesi veya ilk üç aylık dönem boyunca bir Temporal Loblar Dizilimindeyse**, bu dizilim bağıntılı zihinsel durum ve davranışlar, hamileliğin dördüncü ayına girdiğinde sona erer ([vagotonide](#)). Doğum gerçekleşikten sonra bu dizilim (psikoz), bütünüyle yeniden etkin hale gelir. Eğer bu çatışma sağ temporal lobla bağlantılı bir vurgu taşıyorsa kadın depresiftir. Eğer sol taraftaki çatışma baskınsa, maniktir.
- Eğer **hamile bir kadın ikinci veya üçüncü üç aylık devrede bir Temporal Loblar Dizilimine** girerse (bkz. düşük östrojen seviyesindeki sağ ve sol el kullanan kadınlarla bağıntılı [çatışma sıralaması](#)), vagotonik durum bu maniyi veya depresyonu önemli ölçüde azaltır. Çocuğun doğumundan sonra manik depresyon (psikoz), tümüyle geri döner.
- Dizilimi yaratan **ikinci çatışma**, örneğin bir ürkme-korkma çatışması veya alanda öfke çatışması (bkz. düşük östrojen seviyesindeki sağ ve sol el kullanan kadınlarla bağıntılı [çatışma sıralaması](#)), **doğum sırasında** da ortaya çıkabilir.

Doğum sonrası psikozunun kendisini tam olarak nasıl göstereceği, doğum öncesinde meydana gelmiş olan dizilimin türü tarafından belirlenir. Otistik Dizilimle yeni anne içe dönmeye eğilimliyken, Uçma Dizilimi onu özellikle manik duygu durumu baskınsa aşırı öforiye (coşkululuk) sevk edebilir. Bir Saldırgan Dizilimi ile tartışmacı ve zıtlaşmacı olabilir. Eğer Saldırgan Dizilimi şiddetliyse, bebeğine ve/veya kendisine zarar verebilir. Dizilimin ansızın yeniden etkinleşmesi nedeniyle (bkz. [psikotik ataklar](#)), zihinsel belirtiler ve davranışlar, doğumdan öncekine göre çok daha güçlü olarak kendini gösterir. Psikoz seviyesinin dengelenmesi, iki ila on iki hafta zaman alabilir.

TEMPORAL LOBLARDAN KONTROL EDİLEN DAVRANIŞLAR

“Size deliliğin yalnızca küçük bir kıvılcımı verildi. Onu kaybetmemelisiniz” (Robin Williams)

OBSESİF-KOMPULSİF DAVRANIŞLAR

Temporal Loblar Dizilimleri ve manik depresyonun ayırt edici bir niteliği, **obsesif-kompulsif davranışların** gelişmesidir. Biyolojik bakış açısından, belli bir şekilde hareket etme zorlantısı, iddia edildiği üzere bir “bozukluk” değil (OKB-Obsesif-Kompulsif Bozukluk), dizilimin meydana geldiği anda etkinleşen doğal bir hayatta kalma programıdır (ayrıca bkz. [Böbrek Toplama Kanalları Dizilimi](#) ile [istifleme](#), bir [Motor Korteks Dizilimi](#) ile hareket etme zorlantısı, [Paranoya Dizilimi](#) ile zorlantılı kontrol etme). Zorlantının **amacı**, bireyin çatışmayla daha iyi başa çıkmasına yardımcı olmaktır. Karmaşık zorlantılı davranışlar, örneğin zorlantılı törensel davranışlar, saldırgan davranışlar, paranoid tepkiler ve motor tiklerin birlikte ortaya çıkması, çok sayıda dizilim kombinasyonuna işaret eder. Bireyin çatışma durumları; neden kişinin hayatının belli bir anında bu davranışların başladığını, neden farklı derecelerde gerçekleştiğini ve neden kişiden kişiye göre değiştiğini açıklar.

Dizilimler şiddetli olduğunda, zorlantılar kişinin günlük hayatını ağır şekilde etkileyecek kadar yoğunlaşır. **GNM yaklaşımı**, zorlantılı davranışı harekete geçiren çatışmayı belirlemek ve çözmektir (bkz. [çatışma sıralaması](#)). **DİKKAT:** Eğer altta yatan çatışmalar, kalp gibi hayati organlarla ilgiliyse (bkz. [organ düzeyi](#)), amaç tam bir çatışma çözümüne gitmektense, çatışmaların seviyesini düşürmektir.

NOT: Obsesif-Kompulsif davranışlarla bağımlılıkların farkı arasında ince bir çizgi bulunmaktadır. Genel olarak bağımlı davranışların (kumar oynamak, alışveriş yapmak, video-oyunları, akıllı telefon kullanımı), bağımlılık yapıcı maddelere benzer şekilde (alkol, uyuşturucular, nikotin) ödüllendirici bir etkisi bulunurken, zorlantılı davranışlar temel olarak kaygılardan rahatlama varmaya güdümlüdür. Ancak **bağımlı davranışlar**, psikik rahatsızlığın kişiyi ele geçirdiği anda ya da GNM tanımlarıyla, kişi şizofrenik bir dizilimde olduğu zaman, zorlantılı olabilirler (bkz. [pornografi bağımlılığı](#), [cenaze töreni bağımlılığı](#), [bulimia](#)).

OLGUNLUK DURAKLAMASI

“Korkarım ki; bir gün büyürsem, geçimimi sağlayamayacağım” (Robin Williams)

Bir kişi hala gelişme çağındayken bir dizilim yaşadığında, ikinci çatışma meydana geldiği anda olgunlaşma durur. Olgunlaşma durur ancak yalnızca beklemeye alınır. Bir kez iki çatışmadan biri çözümlendiğinde, bu kişi artık dizilimde değildir ve bu yüzden çok hızlı şekilde gelişmesini yeniden yakalar (olgunlaşma duraklaması, kişiye ikinci çatışmasının meydana geldiği duygusal yaşında, bu çatışmayı çözme olanağı verir). Ancak bu çatışmalar 23 yaşına kadar çözümlenmezse, olgunlaşma duraklaması kalıcı olur ve bir yetişkinin entelektüel dünyası ile bir çocuk veya ergenin duygusal dünyası arasında her zaman bir uyumsuzluk bulunur. 23 yaşından sonraki çatışma çözümü ile, manik depresyon sona erer fakat olgunlaşma duraklaması yerinde kalır ve yetişkin kişiliğin bir parçası haline gelir. **Olgunlaşma duraklamasının amacı** kişiyi korumaktır çünkü içgüdüsel olarak hiç kimse bir bebek ya da küçük çocuğa saldırmaz. Olgunlaşma duraklaması ayrıca kişiyi rekabetten de (alansal) uzak tutma amacına hizmet eder.

“Bebek yüzlü olan bireylerin daha olgun görünen yüze sahip olan kişilerden korunması gerektiği algısı, küçük davaların görüldüğü mahkemelerde bebek yüzlü davacıların olgun yüzlü faillerden, bebek yüzlü failere göre daha fazla tazminat aldığı bulgusuyla ortaya çıkmaktadır. Bebek yüzlü bireylere karşı daha güçlü koruyucu tepkilere diğer bir kanıt da, insanların özgeçmiş eklenmiş kayıp bir mektubu bulduklarında, özgeçmiş olgun bir yüzü gösteren resim yerine, bebek yüzlü birinin resmini taşıyorsa, bunu geri göndermelerinin daha yüksek ihtimal olduğu bulgusundan kaynaklanmaktadır” (*Psychology*).



Kurt sürüsündeki “yavru kurt ehliyeti”, genç kurtların uygun olmayan davranışlarına izin verilmesini sağlar. “Dizilime girmiş” yetişkin kurtların rolü, genç kurtlarla oynamaktır.

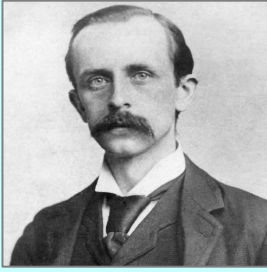
Olgunlaşma duraklaması örneğın 12 yaşındaki bir çocuğun neden hala kafa tutan küçük bir çocuk gibi davrandığını, neden yetişkin bir kadının 16 yaşındaki bir ergenin duygusal yaşındaki gibi davrandığını, neden 13 yaşında olgunlaşma duraklaması yaşayan 40 yaşındaki bir adamın durulmakta ve evlenmekte güçlük çektiğini, neden duygusal olarak 9 yaşında olan bir yetişkinin hayatı boyunca elinden tutacak birine ihtiyaç duyduğunu veya neden bazı çocukların ebeveynlerinden daha olgun olduğunu açıklamaktadır. Burada hala ebeveynleriyle yaşayan bir yetişkine, annesine küçük bir çocuk gibi bağlanan bir adama, Altmışlı yıllardan (alan çatışmaları ve cinsellik çatışmalarıyla yüklü bir dönem) hiçbir zaman çıkamamış “eski hippilere” veya kendi yaşından büyük erkeklere çekilen genç bir kadına rastlarız. Psikolojide “baba kompleksi” olarak bilinen durum, GNM bağlamında babayı veya yaşlı bir erkeği içeren bir cinsellik çatışması ya da babanın erken yaşlarda kaybı (alanda kayıp çatışması) gibi baba-bağıntılı bir çatışmayla bağlantılı olan olgunlaşma duraklamasıdır. Dr. Hamer: “Olgunlaşma duraklaması olgusu her zaman var olmuştur. Ancak günümüzde özellikle erken cinselleşme nedeniyle 11 ve 14 yaşlar arasındaki gençlerde dizilim sıklığı önemli ölçüde artmıştır. Çatışmaların çoğu bu yaşlarda ortaya çıkmaktadır.”

Dizilim ne kadar yoğunsa, olgunlaşmamış davranış o kadar belirgindir. Bir çatışma yoluna girmek ansızın [surat asma](#), öfke krizi geçirme veya pelüş hayvanlardan rahatlama bekleme gibi çocuksu davranışların ortaya çıkışını tetikleyebilir. Çocuklukta cinsel bir çatışma, ürkme-korkma çatışması veya alanda korku çatışması ile ilişkilendirilmiş olan bir tacizciyle karşılaşma, bir anda bebekliğe gerilemeyi harekete geçirebilir.



“Çocukluğumun oyuncak bebeklerinden ve pelüş hayvanlarından ve hatta 37 yaşında olmama rağmen, yetişkinlik çağında edindiklerimin hiçbirinden vaz geçemediğimi itiraf etmek utandırıyor beni... Fakat bir sebeple bütün bu oyuncaklar benim için çok canlılar. Doğrusu muhtemelen büyümem durdu, gelişmedim ve hala altı-yaş aklıyla yaşıyorum... Özellikle marketlere gitmek ve çiçek reyonlarının yanında duran o bütün satılmamış olan oyuncak yavru tavşanlarla oyuncak ayıları görmek çok zor. Yani, kim alıyor ki bunları? Çok korkunç! Dürüst olmam gerekirse eğer milyon dolarlarım olsaydı, herhalde hepsini satın alır, evimde saklardım. Böylece onlar da kendilerini reddedilmiş hissetmezlerdi”. Kaynak: *Rehab Reviews* (böbrek Toplama Kanalları Dizilimi ile bağıntılı istifleme ile karşılaştırın).

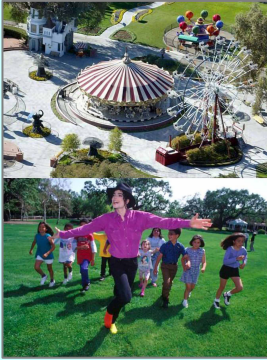
Olgunlaşma duraklaması, yani ikinci çatışmanın ortaya çıktığı yaş, kişinin yüz ifadesinde (“bebek yüzlü”), boyu posunda, sesinde, konuşma ve gülme şeklinde, giysi seçiminde, ilgi alanları ve mesleklerinde ([çocuk doktoru olmak](#), çocuk ve gençlik çalışmaları, kreşte veya ilk okulda öğretmenlik, çocuk kitapları yazmak, [kukla oynamak](#)) kendini gösterebilir. Olgunlaşma duraklaması yaşayan insanlar, doğal olarak “kendi yaşlarındakilere” ilgi duyarlar.



İskoç yazar **J.M. Barrie** (1860-1937), edebi bir kişilik olan *Peter Pan: The boy who would never grow up to be a man* [Peter Pan'ı yaratmıştır: Asla büyüüp erkek olamayacak olan çocuk].

Barrie altı yaşındayken, erkek kardeşi David paten kayarken kazayla ölmüştü. Yazarın biyografisine göre, kardeşinin ölümünü hiçbir zaman atlatamadı. Hayatı boyunca çocukluğunun mutlu yıllarını yeniden yakalamaya çalıştı ve “yetişkin kişiliğinde çocuksu nitelikleri güçlü bir şekilde korudu”.

1897’de Barrie, yazar ve karikatürist George du Maurier’in kızı Sylvia Llewelyn Davies ile tanıştı. Barrie onun 5 yaşındaki oğlu George ve 4 yaşındaki oğlu Jack’e masallar anlatarak eğlendirirdi. Davies kardeşler, sonunda onun efsanevi romanına model olarak hizmet ettiler.



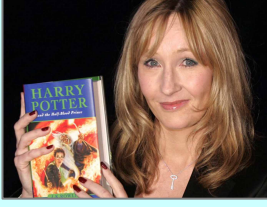
1988’de **Michael Jackson** 30 yaşındayken, Kaliforniya’daki Sycamore Valley Ranch’te büyüleyici bir ev inşa etti. Barrie’nin ünlü hikayesindeki hayal adasından esinlenerek bu eve “Neverland-Var olmayan ülke” adını verdi.

“Neverland benim. Benim kim olduğumun tamamını temsil ediyor... Onu, kendim ve çocuklarım için yarattım. Hemen hemen bilinçdışı yapılmış gibiydi... Çok kolaydı çünkü o kendim olan bendim... Oynamayı en sevdiğim şey, su balonu kavgası...” (*True Michael Jackson*).

Jackson 5’lileri döneminde Michael Jackson, yıllarca babasının fiziksel disiplinine katlanmak zorunda kalmıştı. “Elinde bir kemerle bizi çalıştırdı ve eğer bir adımı kaçırırsan...”, “Öyle korkardım ki yediklerimi kusardım”. (*Interview*, 1 Temmuz 2003). Manik-depresif durumuna ve sahnedeki manik performansına (“baba-yolu”) sebep olan, büyük olasılıkla bu tekrarlayan ürkme-korkma çatışmalarıydı. Michael Jackson sağ el kullanırdı ([bkz. resim](#)).



Kanadalı yazar **Robert Munsch**, 25’ten fazla çocuk kitabı yazmıştır. Açıkça kendisinin obsesif-kompulsif ve manik-depresif olduğunu kabul etmektedir. “Ben hikaye anlatıcısıyım. Çocuklar için kitap yazarım, çocuklarla konuşurum ve çocukları dinlerim” (*Note to Parents* [*Ebeveynlere bir not*]) – ayrıca bkz. Mitomani Dizilimi.



Çok satanlardan *Harry Potter* kurgu roman serisinin yazarı İngiliz **Joanne K. Rowling**, genç ergenlik çağındaki yaş grubu için yazmaktadır.

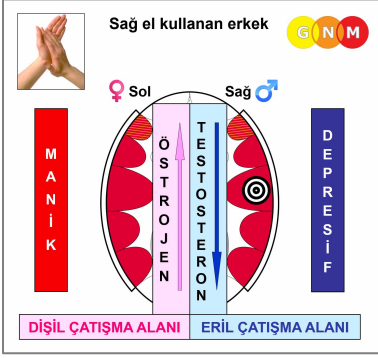
“Ergenlik yıllarım boyunca olan en kötü şey, annemin hastalanıyor olmasıydı. Multiple Skleroz tanısı konmuştu... Multiple Sklerozlu pek çok insan gerileme dönemleri yaşarken, annem şanssızdı. Teşhis anından başlayarak, yavaşça fakat düzenli şekilde daha da kötüleşmiş görünüyordu. Sanırım çoğu insan derinlerde annesinin yıkılmaz olduğuna inanır; tedavi edilemez bir hastalığının olduğunu duymak *feci bir şoktu* [vurgu eklenmiştir]” (*J. K. Rowling*).

DIŞIL VE ERİL DAVRANIŞLAR

Dr. Hamer, eril ve dişil davranışların beyindeki östrojen ve testosteron seviyelerini kontrol eden aynı beyin bölgelerinden kontrol edildiğini keşfetmişti. Hormon seviyesinin yanısıra, kişinin biyolojik el kullanım durumu da aynı öneme sahiptir.

Genelde hem erkekler hem de kadınlar, dişil ve eril kişilik özellikleri sergileyebilirler. Ancak **kişinin cinsiyetinden bağımsız olarak; sol temporal lobla bağıntılı çatışma etkinliği eril davranışı vurgularken sağ temporal lobla bağlantılı çatışma etkinliğinde dişil bir davranış daha yaygındır.** Dr. Hamer'ın bulgularına göre, cinsiyet rolleri önerildiği üzere yalnızca sosyal ve kültürel koşullanmalarla değil, herşeyden önce kişinin hayatı boyunca yaşadığı biyolojik çatışmalar tarafından belirlenir.

Sağ el kullanan erkek



Sağ temporal lobdaki bir alan çatışmasının (alanda korku çatışması, alan kaybı çatışması, alanda öfke çatışması, alan işaretleme çatışması) etkisi ile, testosteron seviyesi düşer ve sonuç olarak **östrojen seviyesi göreceli olarak daha yüksektir** (bkz. [Cinsiyet](#), [El kullanım durumu ve Hormonal Durum İlkesi](#)).

Alan çatışmasının etkin olduğu sağ el kullanan bir erkek, biyolojik olarak söylemek gerekirse, bir “dişidir”.

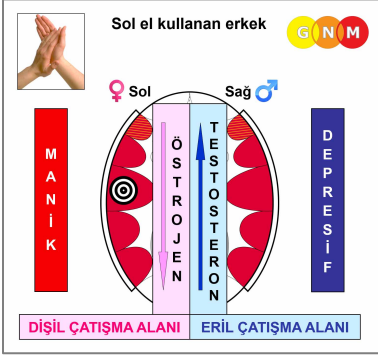
Kadınsılığı, erkeğin fiziksel görünüşünde (yumuşak yüz ifadesi, kadınsı vücut hatları) veya davranışlarında kendini gösterebilir. Eğer çatışma bebeklik veya çocuklukta meydana gelirse, örneğin taciz, ebeveynlerin cezalandırması, bir aile üyesinin kaybı, büyük erkek kardeşle kaybedilen “alan kavgaları”, okulda zorbalığa maruz kalma vb. gibi, o zaman kadınsı davranışlar erken yaşta bile görünür halde olabilir. Böylesi erkek çocuklar kızlarla olmayı severler ve kızlara özgü etkinlikleri tercih ederler (“çocukken her zaman bebeklerle oynamayı, takılar yapmayı, şarkı söylemeyi, rol yapmayı ve dans etmeyi – toplum tarafından ‘kızlara özgü’ olarak düşünülen her şey-severdim ve kendi yaşımdaki kızlara çekilirdim”). Yetişkinliğinde bu erkek cinsel olarak erkeklere çekilebilir (bkz. [homoseksüellik](#)). Ancak her kadınsı erkek, gay (cinsel eş olarak erkekleri seçen erkek) değildir!

Eril alan çatışma bölgesi kapalı olduğundan (bkz. yukarıdaki GNM diyagramı), bu tür erkeklerin artık bu konuda sorumluluk duymalarına ihtiyaç yoktur (birlikte yürüyen bir megalomani dizilimi, üstünlük ve komuta ettiği izlenimleri verebilir). Genellikle uyumlu ve rahattırlar (“depresif”). Hem erkeklerle hem de kadınlarla iyi geçinirler. İyi takım arkadaşı olurlar ve kadınlar, erkek arkadaş olarak onlardan hoşlanırlar. İçgüdüsel olarak onlara kendi türlerinden gibi davranırlar. Eş olarak düşünüldüklerinde, özellikle olgunlaşma duraklaması olanlar (bkz. [itaatkarlık](#)) güçlü bir kadının ellerine kendilerini memnuniyetle bırakırlar.

Karşılaştırma için:

- Sol el kullanan bir erkek, yalnızca sağ yarı küreye ait bir çatışmanın baskın olduğu, yani ikinci çatışmasının birinci çatışmadan daha güçlü olduğu (bkz. sol el kullanan normal hormon seviyesindeki erkeğin [çatışma sıralaması](#)) bir Temporal Loblar Dizilimindeyse kadınsı davranışlar gösterir.
- Hem sağ el kullanan hem de sol el kullanan erkeklerde çatışmalarla ilişkilendirilmiş yollar, manik veya depresif duygu durumunun değişmesiyle birlikte eril ve dişil davranışa sebep olur. Bir keresinde bir baba şunu gözlemlemişti: “Oğlum kendini kötü hissettiğinde, kadınsı davranışlara yöneliyor. Mutlu ve kaygısız olduğunda, bu kadınsı gerilemeden kaçınması muhtemeldir”.

Sol el kullanan erkek



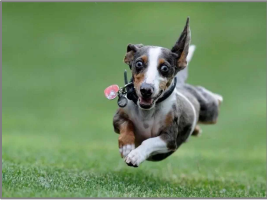
Sol temporal loba'daki bir alan çatışmasının (alanda korku çatışması, alan kaybı çatışması, alanda öfke çatışması, alan işaretleme çatışması) etkisi ile, östrojen seviyesi düşer ve sonuç olarak **testosteron seviyesi önemli ölçüde daha yüksektir** (bkz. [Cinsiyet, El kullanım durumu ve Hormonal Durum İlikesi](#))

Alan çatışmasının etkin olduğu sol el kullanan bir erkek, biyolojik olarak söylemek gerekirse, "iki kere erildir".

Sağ el kullanan erkekler bir alan çatışmasıyla daha yumuşak ve kadınsı olurlarken, sol el kullanan bir erkek ise özellikle kadınların yanında daha da erkeksi tavırlar sergiler. Normalden daha yüksek olan testosteron seviyesi nedeniyle, ayrıca cinsel dürtüsünde de artış vardır (bkz. [Kazanova Dizilimi](#)).

Sağ el kullanan erkeğin tersine, sol el kullanan erkek hala alansal davranır çünkü, eril alan çatışması bölgesi açıktır (bkz. yukarıdaki GNM diyagramı). Manik durumu (primer mani), kendi yerini savunmak veya yeniden kazanmak için tekrar ayağa kalkıp kavga etmeye ve saldırmaya imkan sağlar. Dolayısıyla böyle türdeki erkekler (veya erkek çocuklar) isyankar olmaya ve sorumluluk üstlenmeye eğilimlidir. Sol el kullanan bir erkek yalnızca iki alan çatışmasıyla dizilimde olduğu zaman, artık daha fazla alansal anlamda düşünemez.

Manik enerjileri sayesinde sol el kullanan alan çatışmalı erkekler, olağanüstü bir zindelik ve canlılık üretirler. Dolayısıyla bir çok spora, özellikle tehlikeli sporlar yapmaya yönelirler. Joe Frazier, Mark Spitz, Pelé, David Beckham, Lionel Messi, Wayne Gretzky, Bobby Orr, Bobby Hull, Jimmy Connors ve Rafael Nadal gibi pek çok ünlü sporcu, solaktır.

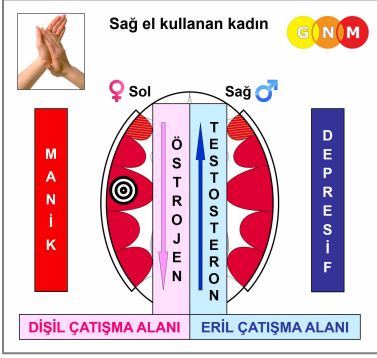


Hiper ve aşırı heyecanlı sol pati kullanan köpekler, genellikle alan çatışması ile etkindir. İçgüdüsel olarak hayvanlar aşırı enerjiyle fiziksel olarak böylece baş ederler.

Karşılaştırma için:

- Sağ el kullanan bir erkek, yalnızca sol yarı kürenin baskın olduğu bir Temporal Loblar Diziliminde olduğunda erkekçe bir davranış sergiler.
- Hem sağ el kullanan hem de sol el kullanan erkeklerde çatışmalarla ilişkilendirilmiş yollar, manik veya depresif duygu durumunun değişmesiyle birlikte eril veya dişil davranışa sebep olur.

Sağ el kullanan kadın



Sol temporal lobdaki dişil bir çatışmanın etkisi ile (ürkme-korkma çatışması, cinsellik çatışması, kimlik çatışması veya işaretleme çatışması) östrojen seviyesi düşer ve sonuç olarak **testosteron seviyesi göreceli olarak daha yüksektir** (bkz. [Cinsiyet, El kullanım durumu ve Hormonal Durum ilkesi](#)).

Dişil çatışmanın etkin olduğu sağ el kullanan bir kadın, bu yüzden biyolojik olarak bir “erkektir”.

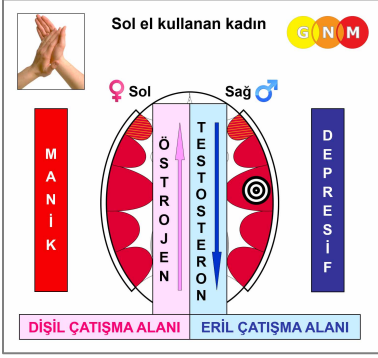
Bir kız olarak, tipik erkek gibi tavırlarıyla erkek çocuğu tarzındadır. Erkek çocuklar için olan oyuncaklara ilgi duyar, ağaçlara tırmanmayı sever, futbol veya hokey oynar ve erkek çocuklarla takılır. Diyelim ki bu çatışmayı beş ya da altı yaşlarında yaşamışsa, davranışları onun yaşındaki bir erkek çocuktan farklı değildir. Çatışma ne kadar erken meydana gelirse, erkeksi tavır da o kadar belirgindir.

Yetişkin bir kadındaki erkeksilik yüz ifadesinde, fiziksel yapısında, giyinmekten hoşlandığı tarzda veya hobileri ile seçtiği meslek dalında kendini gösterebilir. Dişi olarak görünse de, eril bir varlığı yansıtır. Eril çatışma alanı açık olduğu için (bkz. yukarıdaki GNM diyagramı), alansal hareket eder. Kararlı ve sorumluluk sahibidir. Manik olması nedeniyle enerji doludur, aktiftir ve tepkiseldir. Bir “erkek” olarak, erkeklerle doğal bir etkileşimi vardır. Bu kadın, diğer erkeksi kadınlarla da gayet iyi bağ kurar. Eşi açısından düşünüldüğünde, yumuşak ve kadınsı tiplere çekilir. Eğer lezbiyense, kadınsı kadınlara çekilir.

Karşılaştırma için:

- Sol el kullanan bir kadın manik ve erkeksi davranışı, yalnızca sol yarı kürenin baskın olduğu bir Temporal Loblar Diziliminde sergiler. Örneğin ikinci cinsellik çatışması, birincisinden daha güçlü olduğu zaman (bkz. normal hormon seviyesindeki sol el kullanan kadının [çatışma sıralaması](#)).
- Menopoz sonrası ya da doğum kontrol hapları kullanan sağ el kullanan bir kadın, östrojen seviyesinin düşüklüğü nedeniyle zaten erkek davranışı gösterir. Eğer bir alan çatışması yaşarsa (alanda korku çatışması, alan kaybı çatışması, alanda öfke çatışması, alan işaretleme çatışması), testosteronun düşmesi nedeniyle östrojen seviyesi artar. Sonuç olarak kadınsı olur, hatta görünüşünde bile. Şimdi “yumuşak” adamlardan çok “gerçek erkeklere” doğru çekilir (İngilteredeki Sheffield Üniversitesi’nde yürütülen bir çalışma, doğum kontrol haplarının alınmasının bir kadının cinsel eş seçimini anlamlı ölçüde değiştirdiğini ortaya koymuştur. Kaynak: [Ecology & Evolution](#), Mart 2010).
- Dizilimde bulunan hem sağ el hem de sol el kullanan kadınlarda, çatışmalarla ilişkilendirilmiş yollar manik ve depresif duygu durumunun değişimiyle birlikte eril ve dişil davranışa sebep olur.

Sol el kullanan kadın



Sağ temporal lobdaki dişil bir çatışmanın etkisi ile (ürkme-korkma çatışması, cinsellik çatışması, kimlik çatışması veya işaretleme çatışması) testosteron seviyesi düşer ve sonuç olarak **östrojen seviyesi önemli ölçüde daha yüksektir** (bkz. [Cinsiyet, Yanallık ve Hormon Durumu ilkesi](#)).

Dişil çatışmanın etkin olduğu sol el kullanan bir kadın, bu yüzden biyolojik olarak “iki kere dişidir”.

Kadınsılığı bakışında, tarzında, tavrında veya kendisini taşımasıyla göze çarpar. Ayrıca hemşirelik mesleği veya küçük çocuklarla çalışanlar için ideal bir tutum olan aşırı derecede kollayıcı ve koruyucu davranış olarak da ortaya çıkabilir. Olgunlaşma duraklaması ile birlikte, kızlara özgü davranmaya eğilimlidir.

Genel olarak böyle bir kadın, diğer kadınlarla beraberken kendisini çok daha rahat hisseder. Eş açısından bakıldığında, “yumuşak” bir tipten çok daha erkeksi tipleri tercih eder. İdeal eşleşmesi, manik bir sol el kullanan erkektir. Normalden daha yüksek östrojen seviyesi nedeniyle, yüksek bir seks dürtüsü vardır (ayrıca bkz. [Nemfomani Dizilimi](#)). Bu, düşük östrojen seviyesi nedeniyle daha düşük bir libidosu olan ve çatışması etkin olan sağ el kullanan bir kadının tersinedir.

Karşılaştırma için:

- Sağ el kullanan bir kadın yalnızca sağ yarı küresindeki çatışmanın baskın olduğu bir Temporal Loblar Dizilimindeyse kadınsı davranışlar sergiler.
- Menopoz sonrasındaki veya doğum kontrol ilaçları alan sol el kullanan bir kadın, düşük östrojen seviyesi nedeniyle zaten erkek davranışı gösterir. Eğer bir alan çatışması yaşarsa (alanda korku çatışması, alan kaybı çatışması, alanda öfke çatışması, alan işaretleme çatışması), östrojen seviyesi düşerek testosteron seviyesinin önemli ölçüde yükselmesine sebep olur. Sonuç olarak, görünüşünde bile daha erkeksi hale gelir.
- Dizilimde olan hem sağ el kullanan kadınlar hem de sol el kullanan kadınlarda, çatışmalarla ilişkilendirilmiş olan yollar, erkek ve kadın davranışlarının manik veya depresif duygu durumuyla birlikte değişmesine sebep olur.

İTAATKARLIK



Doğadaki sosyal hayvanlar arasında alfa erkeği ve alfa dişi sürünün liderleridir ve üremeden sorumludurlar. Bir kurt sürüsünün içerisinde alansal kavgaları kaybeden kurtlar alfaya teslim olarak beta rütbesini alırlar. Bir alfa kurt, beta kurda doğru yöneldiğinde, beta kurt kulaklarını indirerek, teslim olduğunu ifade etmek için boğazını gösterir.

İnsan dünyasında da bu böyledir. Örneğin bir erkek çocuk (sağ veya sol el kullanan olabilir), baskı yapan annesi ile bir alanda korku çatışması ya da alanda öfke yatışması yaşadığı zaman, annesinin alfa dişi oluşuna karşı çocuktaki beta kurt davranışı, boyun eğme ve itaat etme şeklinde görülür. Böyle bir erkek çocuk annesini idealleştirerek ona tapar ve annesinin koruyucusu ve “aşığı” rolünü üstlenir. İçsel olarak derinlerde, rakibi olarak gördüğü babasını kıskanır (Sigmund Freud bunu Odius Kompleksi olarak adlandırmıştır). Muhtemelen (bkz. [olgunluk duraklaması](#)) bu çatışmasını çözmedikçe, hayatı boyunca annesinin oğlu olarak kalacaktır. Yetişkin biri olarak annesini andıran kadınlara çekilir, bir eş olarak sorumluluk sahibi bir kadın arar. Kendisinden yaşça çok daha büyük bir kadını seçebilir (bkz. [Emmanuel Macron ve karısı](#); sağ el kullanan bir erkekle sağ el kullanan bir kadının beraberliği). Bu erkek ayrıca bir alfa erkeğine karşı da itaatkar davranış gösterir.

Eğer bir erkek çocuk örneğin korkutucu bir baba, büyük erkek kardeş veya okulda zorbalık yapan biri gibi bir erkekle alan çatışması yaşarsa, bu erkeğe karşı her zaman boyun eğici olacak ve onu üstün görecektir. Erkek sürüsündeki rütbelemeye de, beta kurt pozisyonunu alır. Astır ve uysaldır, destekçi ve kurallara uyumludur. Eğer alan çatışması istismar içeriyorsa, örneğin baba bir istismarcıysa, istismarcısına karşı itaatkar olacaktır. Çok iyi bilinen bu olgu için GNM yalnızca psikolojik bakış açısından çok, biyolojik çatışmalar bakış açısıyla bir anlayış sunmaktadır. Bununla birlikte bu itaatkar davranış yalnızca alan çatışmalarının bir sonucu olarak gelişir! Öz-değersizlik çatışmasıyla, bu erkek hayatı boyunca istismarcısından nefret edecektir. Geleneksel psikoloji, bu belirgin çelişkiyi açıklayamaz.

Erkek gibi bir kadın da temporal lobları içeren dişil bir çatışma etkinliği içinde olduğu zaman, bir alfa erkeğine veya alfa dişisine karşı itaatkar olur. Eğer genç bir kız örneğin katı bir anne yüzünden tetiklenen bir ürkme-korkma veya alanda korku çatışması yaşarsa, üzerinde kontrole sahip olan annesine karşı her zaman boyun eğici olacaktır. Bu çatışmasını çözmedikçe, hayatı boyunca annesine takılı kalır. Erkeklerle karşı ilgisi çok azdır ve sıklıkla bu tür bir kadın lezbiyendir. Bir erkeği içeren cinsel bir çatışmayla (babası tarafından veya bir başka erkek aile üyesi tarafından cinsel taciz) bu genç kız ya da yetişkin kadın, istismarcısına itaatkardır. Psikolojide babaya bağlı kadınların, sıklıkla cinsel istismar veya ensest yaşamış oldukları bilinmektedir.

NOT: Annelerine takılıp kalmış erkek veya kadınların, anne bağıntılı çatışma yaşamaları daha çok olasıdır.

EŞCİNSELLİK

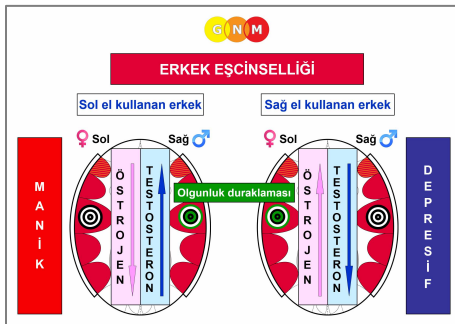
Eşcinselliğin kaynaklarına yönelik bir çok farklı teori ileri sürülmüştür. Günümüzdeki tartışmalar ise eşcinselliğin çevresel veya biyolojik faktörlerin sonucu mu yoksa yalnızca bir seçim ve yaşam tarzı mı olduğu üzerinedir. Sosyal psikologlar bireyin yetiştirilmesinin ve ebeveyn rolleri ile aile dinamiklerinin, kişinin cinsel yöneliminin temelini oluşturduğu hakkında tartışmaktalar. Diğer teoriler eşcinselliğe, bilinçaltında kadınlardan duyulan nefretin sebep olduğunu öne sürmekte. Biyologlar, annelik hormonlarının daha rahimdeyken erkeğin cinsel yönelimi üzerinde etkili olduğunu iddia etmektedirler. Burada eğer doğum öncesinde ana rahmindeki hormonal ortam fetüse belirli miktarda testosteron sağlamazsa, beynin tam olarak “erkekleşemediği” iddia edilmektedir. Bazısı eşcinselliğin “bir hata ve hilkat garibes” olduğunu söylemekte (David M. Halperin). Genetikçiler eşcinsel yönelimle, belirli DNA işaretçileri ile arasında bağlantı kurmaktadır. Epigenetik teoriler her zamanki gibi, gen ifadelerindeki bir değişimin eşcinselliğin gelişiminde rol oynadığına inanmaktadır. 2016’da Toronto Üniversitesi’nden psikiyatri profesörü Ray Blanchard, “kardeşlerin doğum sıralaması etkisi” teorisini ileri sürmüştür. Buna göre ne kadar çok sayıda büyük erkek kardeşi varsa, bu erkek muhtemelen eşcinsel olmaktadır (PNAS, 18 Aralık 2018). Ancak bu hipotez, neden ilk doğan eşcinsel oğulların varlığını veya bir kadının neden eşcinsel olduğunu açıklamamaktadır.

1973’e kadar, *American Psychiatric Association* eşcinselliği “akıl hastalığı” olarak sınıflandırmaktaydı!

Eşcinselliğin kültürler arasında ve hatta hayvanlar aleminde bile var olması, diğer unsurların üzerinde durulması gerektiğini vurgulamaktadır. GNM ile ilk kez eşcinselliği, beynin cinsel davranışlar dahil insan davranışlarını kontrol ettiğini dikkate alarak biyolojik çatışmalar bakış açısından açıklayan bilime sahibiz. Dr. Hamer: “Doğada eşcinsellik dahil, her şeyin anlamı ve amacı vardır.”

Erkek eşcinselliği, eril bir alan çatışmasıyla, özellikle bu çatışma erken yaşlarda meydana geldiği zaman ortaya çıkar. Örneğin bir alan kaybı çatışması ebeveynlerden birinin kaybı yoluyla (boşanma veya ölüm) yaşanmış olabilir. Buna, münakaşa ya da istismar nedeniyle bir ebeveynin duygusal olarak kaybı da dahildir. Çalışmalar, karşı cinse ilgi duyan (heteroseksüel) erkeklerle karşılaştırıldığında eşcinsel erkeklerin bir çocuk olarak ebeveynlerden birinden ayrılmış olmak ile ilgili olarak çok daha yüksek düzeyde stres yaşamış olduklarını göstermektedir (*Scientific American*, 25 Nisan 2017). Alanda kayıp çatışması, ana rahmindeyken bile yaşanmış olabilmektedir. Bir fetüs de anneye veya annesi adına bu çatışmayı yaşayabilir.

Olgunlaşma duraklaması ile, özellikle ikinci çatışma ergenlik öncesinde meydana geldiğinde, bu erkek kadınlara karşı asla cinsel cazibe geliştirmez. Erkek ergenlerin çoğu, kendi cinselliklerini keşfettikleri bir homoerotik (aynı cinse ilgi duyma) devreden geçerler. Eşcinsel erkekler bu devreyi hiçbir zaman geçemezler. Olgunlaşma duraklaması, neden eşcinsel erkeklerin yaşlansalar bile genellikle **erkek çocuk gibi göründüklerini** de ortaya koymaktadır. Rasgele cinsel ilişkide bulunan eşcinsel bir erkek, Kazanova Dizilimindedir.

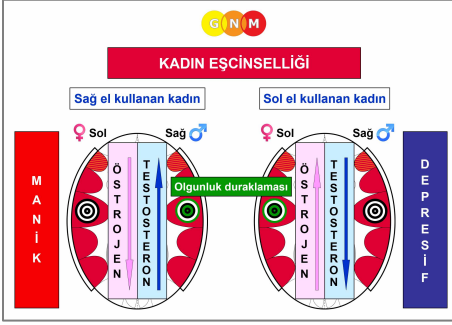


Erkek **sağ el kullansa**, alan çatışması sağ temporal lobda, **sol el kullansa** sol temporal lobda etki yaratır.

İkinci çatışma, olgunlaşma duraklamasına sebep olarak, karşıt beyin yarı küresinde kaydedilir.

Erkek eşcinselliğinin iki türü vardır: Yumuşak, görünüşünde ve davranışında kadınsı ve az çok depresif (sessiz-rahat) ve erkeksi görünümlü, erkekçe davranışlı ve manik (enerji dolu, aktif). Bu, bir ilişkide erkek rolünde olmandır. Birinci çatışmanın baskın olmasıyla sağ el kullanan erkek kadınsı tipte ve sol el kullanan erkek, erkeksi tiptedir. Eğer ikinci çatışma öne çıkarsa, bu durum tersine döner.

Kadın eşcinselliği, cinsellik çatışması gibi dışıl bir çatışmanın (cinselliğe dair her hangi bir stres), olgunlaşma duraklaması ile eşleşmesi yoluyla meydana gelir.



Eğer kadın **sağ el kullansa** birinci çatışma sol temporal lobda, **sol el kullansa** sağ temporal lobda etki yaratır.

İkinci çatışma olgunlaşma duraklamasına sebep olarak, karşıt beyin yarı küresinde kaydedilir.

Kadın eşcinselliğinin iki türü vardır: Erkeksi görünen, erkeksi davranan ve az çok manik (enerji dolu) olan ve depresif (rahat) olmaya eğilimli olan. Bu, bir ilişkide kadın rolünü üstlenir. Birinci çatışmanın baskın olmasıyla sağ el kullanan kadın erkeksi tipte, sol el kullanan kadın kadınsı tiptedir. Eğer ikinci çatışma öne çıkarsa, bu durum tersine döner.

NOT: Dr. Hamer'ın araştırmasına göre vakaların çoğunda erkek ve kadın eşcinseller, Ölüm Sonrası Dizilimindedir (ayrıca bkz. [Kazanova Dizilimi](#) ve [Nemfomani Dizilimi](#)).

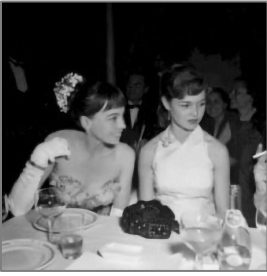
Biseksüellik, yani hem kadınlara hem de erkeklere cinsel çekim duyulması, bağlantılı çatışmaların geçici olarak çözümlenmiş olduğunun göstergesidir.

KADIN VE ERKEK VÜCUT YAPISI

Dr. Hamer, hayatın erken döneminde meydana gelen çatışmaların, kişinin vücut yapısını biçimlendirdiğine dair de şaşırtıcı gözlemlerde bulunmuştur.



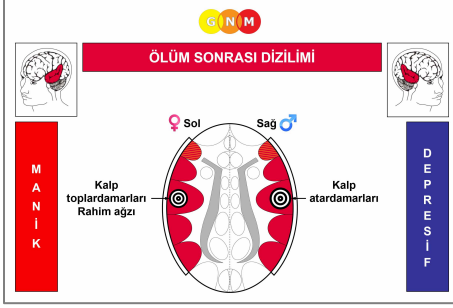
Altı yaşından önce bir alan çatışması (alanda korku çatışması, alan kaybı çatışması, alanda öfke çatışması veya alan işaretleme çatışması) yaşayan **sağ el kullanan erkek**, yükselen östrojen seviyesi nedeniyle düşük omuzlar ve bir kadın gibi geniş kalçalar geliştirir (bkz. [çatışma bağıntılı hormonal dengesizlik](#)). Eğer **sol el kullanan bir erkeğin** düşük omuzları ve geniş kalçaları varsa, bu onun altı yaşından önce dizilime girdiğini ve olgunlaşma duraklaması yaşadığını ifade eder.



Altı yaşından önce dişil bir çatışma (ürkme-korkma çatışması, cinsellik çatışması, kimlik çatışması veya işaretleme çatışması) yaşayan **sağ el kullanan kadın**, yükselen testosteron seviyesi nedeniyle geniş omuzlar, geniş bir sırt ve erkek gibi küçük kalçalar geliştirir (bkz. [çatışma bağıntılı hormonal dengesizlik](#)). **Sol el kullanan bir kadının** geniş omuzları ve küçük kalçaları varsa, bu onun altı yaşından önce dizilime girdiğini ve olgunlaşma duraklaması yaşadığını ifade eder.

ÖLÜM SONRASI DİZİLİMİ

Biyolojik çatışmalar: Alanda kayıp çatışması veya cinsellik çatışması



Beyin ve Organ Düzeyi: İlgili beyin röleleri, serebral kortekste karşılıklı olarak yer alan rahim ağzı/kalp toplardamarları (sol temporal lob) ve kalp atardamarlarının (sağ temporal lob) kontrol merkezleridir.

İkinci çatışma meydana geldiğinde, bu kişi dizilimdedir ve manik-depresiftir (primer mani ve primer depresyonla karşılaştırın). Manik ya da depresif duygu durumundan hangisinin baskın olacağı, bu iki çatışmadan hangisinin daha güçlü olduğuna bağlıdır. Bu dizilim devamlı olabilir veya çatışma yolları ya da çatışma nöksleri nedeniyle tekrarlayıcı olabilir.

ÇATIŞMA SIRALAMASI

Cinsiyet, El kullanım durumu, Hormon seviyesi

Sağ el kullanan erkek (NHS)
Sol el kullanan erkek (NHS)
Sağ el kullanan erkek (DTS)
Sol el kullanan erkek (DTS)

Sağ el kullanan kadın (NHS)
Sol el kullanan kadın (NHS)
Sağ el kullanan kadın (DÖS)
Sol el kullanan kadın (DÖS)

Birinci Çatışma

Alan kaybı çatışması
Alan kaybı çatışması
Cinsellik çatışması
Cinsellik çatışması

Cinsellik çatışması
Cinsellik çatışması
Alan kaybı çatışması
Alan kaybı çatışması

İkinci Çatışma

Cinsellik çatışması
Alan kaybı çatışması*
Alan kaybı çatışması
Cinsellik çatışması*

Alan kaybı çatışması
Cinsellik çatışması*
Cinsellik çatışması
Alan kaybı çatışması*

NHS = Normal hormon seviyesi

DTS = Düşük testosteron seviyesi

DÖS = Düşük östrojen seviyesi

***Sol elini kullananlar için çatışma, diğer beyin yarı küresine aktarılır.**

Ölüm Sonrası Dizilimi, kendisini **ölüm hakkında takıntılı düşünme** olarak gösterir. Bu dizilimdeki insanlar öldükten sonra ne olacağına dair düşüncelerle meşguldürler. Dolayısıyla "ölüm sonrası" tanımı kullanılmaktadır. Kendi cenazeleri, kimlerin katılacağı, neler söyleneceği, kimin ölümüyle ilgili konuşmayı yapacağı, onlara ait olan eşyalara ne olacağı veya ailelerinin ya da arkadaşlarının nasıl yas tutacakları hakkında hayaller kurarlar ("her seferinde dikkatlice detaylar ekleyerek, kendi cenazemi defalarca prova ettim"). **Bu dizilimin amacı**, hayat daha iyi koşullar sağlayıncaya kadar bireyin "ölüm alemine" çekilmesini sağlamaktır. Bu dizilimden çıkmak, yeniden doğmak gibidir.

Tekrarlayan Ölüm Sonrası Dizilimine örnek: 46 yaşındaki sağ el kullanan bir erkek, annesinin beklenmedik ölümüyle alanda kayıp çatışması yaşamış ve sonuç olarak depresyona girmişti (primer depresyon). Ne zaman bir cinsellik çatışması yaşasa (ikinci çatışması), derhal manik-depresif hale gelir. Annesinin kaybı cinsellik çatışmalarına ağır bastığı için, öncelikli olarak depresiftir. Dizilim dönemi boyunca, devamlı olarak kendi ölümüyle ilgili düşünür. Primer bir depresyonla, yani dizilim dışındayken, bu zorlantılı düşünceleri olmaz.

Bu dizilim ölüm ilanlarına düşkünlük, mezar taşlarına ve mezarlıklara abartılı çekilme (“Kadın, çocukları okuldayken yerel mezarlığa gider ve yüzlerce mezartaşı fotoğrafı çeker”) veya cenazelere abartılı bir ilgi duyma (“Oğlumuz cenazeleri sever. Gerçekten tüm ölüm ve gömülme işlemleri onu büyüler, bu bir obsesyon”) gibi tuhafliklar olarak da kendini gösterir. Aşırı uç vakalarda kişi mümkün olduğu kadar çok sayıda cenazeye katılma zorlantısıyla birlikte cenaze bağımlılığı geliştirir (“Bunu başlatan 1983 yılında babamın ölümü oldu. Her sabah yaptığım ilk iş radyoyu açıp, birilerinin ölüp ölmediğini anlamak. Eğer radyoda bir şey duymazsam, hastanelere ve yerel cenaze işlerine telefon ederim”). Bazılarında bu dizilim, bakımevlerinde çalışma ve ölmek üzere olanlarla ilgilenme ya da yas danışmanı olma arzusu uyandırabilir.



1837-1901 yılları arasında İngiltere’yi yöneten **Kraliçe Viktorya** 42 yaşındayken, kocası Prens Albert’in beklenmedik şekilde ölümünden sonra, ölüme takıntılı hale gelmişti. Kraliçe, sonraki 40 yıl boyunca uzun yas ritüelleri sergiledi. Hizmetçiler her sabah Albert’in elbiselerini hazırlamak, traş kabına sıcak su koymak ve yatak çarşaflarını değiştirmek zorundaydılar.

Kraliçe Viktorya sağ el kullanırdı ([bu resimde](#) köpeğini sol tarafında, anne/çocuk tarafında tuttuğuna dikkat edin). Dolayısıyla kocasının ölümünü, alanda kayıp çatışması olarak yaşamış ve bu da onu Ölüm sonrası Dizilime sokmuştur (bkz. [çatışma sıralaması](#)).



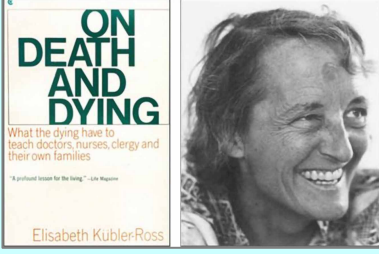
Gotik kültürün takipçisi Patrick V. Ebenhöh (Almanya), on yıldan fazladır bir tabutun içinde uyumaktadır. Gotik yaşam tarzı, şüphesiz Ölüm Sonrası Diziliminde olan insanları cezbetmektedir.

[Videoyu izleyin](#) (Almanca)

Bu bölümün sonundaki Türkçe çeviri [dökümüne](#) bakın.

Orta şiddetteki Ölüm Sonrası Dizilimi, ölüme dair güçlü entelektüel, sanatsal veya manevi ilgi yaratır. Dizilim nedeniyle bu kişi, ölüm ve ölüm sonrası hakkında okumaktan veya belgeseller izlemekten kendini alamaz. Ölüm Sonrası Dizilimi dönemi boyunca bir yazar ölüm hakkında kurgusal yazmaya, bir besteci ölüm hakkında ağıt veya şarkılar bestelemeye, bir ressam ölüm imgeleri veya ölüm hakkında görseller boyamaya zorunlu hisseder. Bir araştırmacı ölüm ve ölme üzerine çalışmaya tutkuyla kendini adayabilir. Devam eden dizilimle, böylesi bir tutku ömür boyu sürebilir.

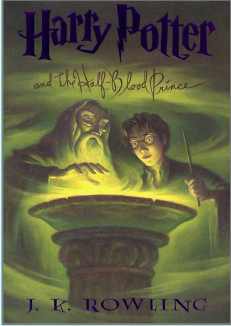
Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004)



“Elisabeth Kübler-Ross, insanlığa en etkili katkı sağlayanlardandır... Onun sarsılmaz kararlılığı ve tutkusu, toplumun bir bütün olarak ölüm ve ölme üzerine düşüncelerini önemli ölçüde etkilemiştir” (*How One Woman Shattered Paradigms of Gender, Dying and Grieving* [Bir kadın; cinsiyet, ölme ve yas tutma modellerini nasıl yıktı], 28 Ekim 2016).

Kübler-Ross, doktor olma isteğine karşı çıkan ve kendisinin işinde sekreteri olmasını isteyen katı bir baba ile yaşamıştı. Babasının planlarını redderek 16 yaşında evden ayrıldı. Ölüm sonrası Dizilime onu sokan, bu alan kaybı çatışması mıydı? (ikinci çatışması-bkz. çatışma sıralaması).

NYT'daki bir makaleye göre; “1970’lerde Kaliforniya’daki dinlenme merkezindeki bir psişğin, karanlıkta yakın zamanda kaybettikleri kocalarını kucakladıklarını düşünen dul kadınlarla cinsel ilişki kurduğunun fark edildiği bir skandala karışmıştı” (*New York Times*, 26 Aralık 2004). Bu seks skandalı, çok daha erken yaşlarda yaşamış olabileceği bir cinsellik çatışmasını (birinci çatışması) pekiştirmiş olsa gerek. Elisabeth Kübler-Ross sağ el kullanan bir kadındı. Erkeksi yüz hatlarına dikkat ediniz.



Harry Potter kurgu romanlarının yazarı **J.K. Rowling** belirtiyor: “Kitaplarım geniş kapsamlı olarak ölümle ilgili.” Ölüm takıntısını, 45 yaşında ölen annesinin kaybının travmasına bağlıyor. “Onu düşünmediğim tek bir gün bile yoktu” (*The Telegraph*, 10 Ocak 2006).

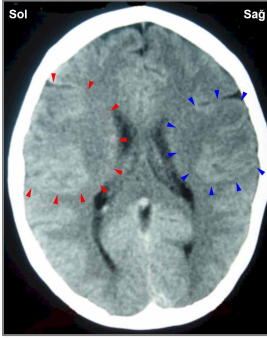


Amerikan filmi *Harold ve Maude*, ölüm takıntısı olan genç bir adamın, Harold'ın öyküsünü anlatır. Harold'ın hobisi, yabancıların cenazelerine katılmaktır. Yine böyle bir zamanda, 79 yaşında tuhaf bir kadın olan ve Harold'ın “manik durumunu” paylaşan Maude ile tanışır... Gerçek bir dizilim serüveni!

Şiddetli bir Ölüm Sonrası Dizilimi, intihar etme konusunda zorlantılı düşüncelere sebep olur (dolayısıyla GNM’de bu dizilimi **İntihar Dizilimi** olarak da adlandırırız). İntihar düşünceleri sürekli olarak kişinin nerede, ne zaman ve nasıl hayatına son vereceği üzerinde döner durur. Tasarlanan intihar tipik olarak; aşırı dozda uyku hapi almak, zehirlenmek, zehirli gazlar solumak veya boğulmak gibi (Saldırgan Dizilimi veya Uçma Dizilimi ile görülen intihar düşünceleri ile karşılaştırın) “nazik bir ölümdür”. İntihar notları, tarz ve içerik olarak kapsamlı ve etkileyicidir. Ayrıca burada kişinin ölümünün, daha büyük bir iyiliğe hizmet edeceğine inandığı ve tarihe geçme niyetiyle kendi ölümünü sahnelediği “şehit ölümünü” de görürüz. Megalomani Dizilimi ile birleşmiş şekilde intihar, hayatını feda ederek sempati ve hayranlık kazanmak üzere harekete geçirilir.

Depresif duygu durumu baskın olduğu sürece, kişi intihar hakkında yalnızca düşünür veya konuşur. Bununla birlikte intihar eylemi; manik durum bağıntılı çatışma, bu çatışma yolunun (belirli bir durum, belirli bir konu, belirli bir kişiyle karşılaşma) ansızın yeniden harekete geçmesiyle veya bir çatışma nüksüyle gerçekleştirilir. Bu değişim, bir anda gerçekleşebilir.

NOT: İntihar düşünceleri, intihar girişimleri ve intiharlar, primer depresyon ve primer manide değil, yalnızca manik-depresif durumda meydana gelir. İntihar arayışı, kendine özgü alanının ve cinsel bir eşin varlığının bulunmadığı durumlarda, içgüdüsel olarak tam biyolojik anlamıyla kişinin kendi varlığını “gereksiz” bulmasıyla güdülenir.



Bu beyin tomografisi, kalp atardamarlarının (sağ temporal lob) ve kalp toplardamarlarının (sol temporal lob) beyin rölelerini kapsayan sağ el kullanan bir erkeğin “İntihar Dizilimini” göstermektedir (bkz. [GNM diyagramı](#)). Sol temporal lobdaki Hamer Odağının geniş boyutu, cinsellik çatışmasını (bkz. [çatışma sıralaması](#)) daha yoğun yaşadığını açığa çıkarmaktadır.

Klinik olarak, depresyon yaşayan insanların genellikle depresyondan çıktıkları bir zamanda intihar ettikleri gözlenmektedir (“İntihar dürtüleri, özellikle depresif kişi ilk kez terapiye girdiğinde daha yüksektir. Bir hastanın terapi gördüğü ve depresyonun önemli ölçüde kalktığı bir zamanda kendini öldürmesi, özellikle trajiktir”, *Understanding Thoughts of Suicide* [İntihar düşüncelerini anlamak], 10 Ocak 2022). Bu durum, **neden antidepresanların intihar riskini artırdığını** da açıklamaktadır.



“FDA tüm SSRI’larda, çocuk ve ergenlerde intihar oranları 0,002 den 0,004 olarak ikiye katladığını açıkça belirten ‘kara kutu uyarılarını’, talep etmektedir” (*Big Pharma, Antidepressants and Suicide*, 10 Haziran 2018).

SSRI (selektif serotonin geri alım inhibitörü) olarak bilinen antidepresanlar, beynin çeşitli reseptörlerinin serotonin emilimini durdurarak, beyindeki serotonin düzeyini artırmaktadır (bkz. [kimyasal dengesizlik teorisi](#)).

Eğer birisi antidepresan almadan önce intihar düşünceleri yaşıyorsa, bu ilaçlar depresyonu ortadan kaldırır ve manik duygu durumunu teşvik eder. Dolayısıyla ilaç tedavisi intihar düşüncelerini yaratmaz ancak intihar planlarının eyleme konmasını kolaylaştırır (ayrıca bkz. [antidepresanlar ve şiddet davranışları](#)). Dr. Hamer: “Bu belirtiler kimyasallarla değil, yalnızca çatışmaları dikkate alarak tedavi edilebilir.”

Bu duruma GNM yaklaşımı şudur:

- **İntiharı önlemek için**, depresyon bağıntılı çatışmaya odaklanarak **danışanı depresif duygu durumunda tutmak**,
- Cinsellik çatışması veya alan kaybı çatışmasıyla ilişkili **mani bağıntılı yollardan kaçınma stratejileri geliştirmek** (bkz. [çatışma sıralaması](#)),
- Kalp rölesini içerdği için **depresyon bağıntılı çatışmanın derecesini düşürmek ve çatışmayı ÇÖZMEMEK**. Eğer şiddetli bir alan kaybı ya da cinsellik çatışması çözülecek olursa, kişi Epileptoid Kriz sırasında bir kalp krizi geçirecektir (bkz. [organ düzeyi](#)). Çatışmaların derecesini düşürmek, çatışmaların şiddetini azaltır ve intihar düşünceleri sona erer. Dolayısıyla GNM yaklaşımının amacı, şiddetli bir dizilimi, kişinin rahatça yaşayabileceği ılımlı bir dizilime dönüştürmektir.

“Patrick Vladimir Ebenhöh – Der Sarg-Schläfer” videosunun İngilizceden çevirisi

Patrick Vladimir Ebenhöh, her zamanki uykuyu yerinden kalkıyor. O, hayatın marazi yönleriyle ilgilenen insanların ait olduğu Gotik denilen kültürden geliyor. Fakat gerçekten özel olan şey, 1,95 uzunluğundaki bir adamın, geceleri orijinal tabutlarda uyuması.

“Uzun yıllardan beri tabutlarda uyuyorum ve olağan bir yatakta uyumayı hayal bile edemiyorum. Bir tabutun içine uzanmak bana büyük bir emniyet duygusu veriyor-çok rahat ve hiçbir sorunum yok. Çünkü tabut iyi döşenmiş.”

Patrick'in alışılmamış öyküsü 2005'te başladı. Bir marangozun önünden geçiyordu ve vitrinde bir tabut gördü. “Altı bağlantısı ve her iki yanında üçer kulpu vardı. Kaplamasında bazı oymalar vardı. İlk görüşte aşk olduğunu söyleyebilirim. Bir şey yerine oturdu ve ona vuruldum.”

O zamanlar hala bir öğrenci olan Patrick, aylarca para biriktirdi, bir işe girdi ve biriktirdikleriyle 1200 Euro tutan ilk tabutunu aldı. Aynı zamanda on bir tane tabutu da bir depoya yerleştirerek orayı bir mezar mahzene çevirdi ve sık sık orada uyuyor. Tabutlar, kapakları kapalı olsa bile oldukça iyi havalandırmaya sahip.

(Patrick, bir tabutu işaret ederek anlatıyor...) “Bu benim en gözde tabutum. Özel yapım, 2,20 uzunluğuyla en rahat olanı. Cenaze evleri, bazen alışılmadık uzun boylu insanlar için özel uzunlukta tabutlar sipariş vermek zorunda kalıyorlar. Ben de bu uzun boylu insanlardan biriyim. Gerçekten gerinebiliyorum ve burada uyandığımda, yeniden dirilmiş gibi hissediyorum.”

Patrick, tabutlarını yerel cenaze levazımatçısından alıyor. En önem verdiği nitelikler; doğal ahşap, yüksek kapak ve döşemesinin rahat – güzel ve yumuşak olması.

Patrick yılda en az bir kez kendisine yaklaşık 900 Euro'ya mal olan bir tabut ediniyor ancak öncelikli bir müşteri olarak ve elbette şirketin tek düzenli müşterisi olduğu için iyi bir indirim alıyor.

(Cenaze işleri müdürü anlatıyor...) “Düzenli olarak gelir, etrafa bakar ve her zaman zevkine uygun bir şey bulur ve onunla gider.”

(Patrick anlatıyor...) “Burayı gerçekten seviyorum. Sıraya dizilmiş bütün bu tabutları görünce kalbim şarkı söylüyor ve bir tanesi diğerinden daha güzel.”

Patrick için bir tabutta uyumak tamamen normal. Öyle ki hiçbir çekincesi yok. Ancak son zamanlarda bazı karışıklıklar olmuş. Bir keresinde Patrick doğrudan dışarıda uyuma fikrine kapılmış. Dolayısıyla tabutunu en yakın otoparka taşımış ve onu şaşkına çeviren şekilde uyandırılıncaya kadar da geceyi orada geçirmiş. (Patrick aktarıyor...) “Uyanınca iki ses duydum ve kendi kendime sanki bir şey yapmam gerekiyor diye düşündüm. Kapağı açtığımda, biraz sarsılmış görünen iki polis gördüm. Bir tanesi bana iyi olup olmadığımı sordu ve kısa sürede durum anlaşıldı.”

Patrick sözlü bir uyarı aldı ve bir daha asla halka açık alanda uyumayacağına söz verdi. Bu anlaşılabilir bir durum çünkü çoğu insan, bu 26 yaşındaki kişinin alışılmamış hobisinden ve görünüşünden korkar.

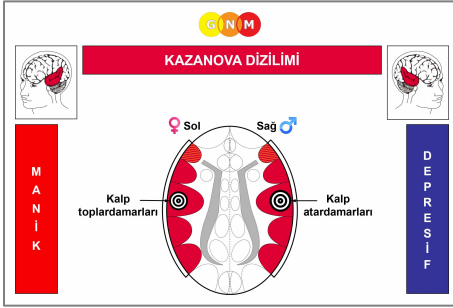
Arkadaşlarından biri Dino ve deneyimlerinden biliyor ki Patrick'leyseniz her yerde fark edilirsiniz. (Dino anlatıyor...) “Bir gün biz kahve içerken bazı yaşlı insanlar yanımızdan geçtiler ve bunların ne anlama geldiğine dair merakla bazı şeyler söylediler çünkü bütün bu olanları bilmiyorlar.”

Patrick büyük bir şirketin üretim hattında çalışıyor. Kendini dengelemek için sık sık bir mezarlığı ziyaret ediyor. (Patrick anlatıyor...) “Her günüm oldukça stresli olduğu için, mezarlıkta gerçekten huzurla rahatlayabiliyorum.”

Gece 11:30 ve Patrick için uyku zamanı. Almanya'nın bu en tuhaf tutkuları olan kişisi, tabutun kapağını kapıyor ve çoğu insanın asla girmek istemeyeceği bir yerde – tabutunda uyuyor.

KAZANOVA DİZİLİMİ

Biyolojik çatışmalar: Bir erkeğin yaşadığı **alanda kayıp çatışması** ve **cinsellik çatışması**. Bu durumda alan kaybı çatışmasının ayrıca cinsel bir yönü de vardır. Örneğin cinsel eşin (olası) kaybı. **NOT:** Kazanova Diziliminde olan bir erkek, aynı zamanda Ölüm Sonrası Dizilimindedir.



Beyin ve Organ Düzeyi: İlişkili beyin rolleri, serebral kortekste birbirinin tam karşısında yer alan kalp toplardamarları (sol temporal lob) ve kalp atardamarlarının (sağ temporal lob) kontrol merkezleridir.

İkinci çatışma meydana geldiğinde, erkek dizilimdedir ve manik-depresiftir (primer mani ve primer depresyonla karşılaştırın). Manik veya depresif duygu durumundan hangisinin baskın olacağı, bu iki çatışmadan hangisinin güçlü olduğuna göre belirlenir. Bu dizilim devamlı olabilir veya çatışma yolları ya da çatışma nöksleri nedeniyle tekrarlayıcı olabilir.

ÇATIŞMA SIRALAMASI

Cinsiyet, El kullanım durumu, Hormon seviyesi

Sağ el kullanan erkek (NHS)
Sol el kullanan erkek (NHS)
Sağ el kullanan erkek (DTS)
Sol el kullanan erkek (DTS)

Birinci çatışma

Alanda kayıp çatışması
Alanda kayıp çatışması
Cinsellik çatışması
Cinsellik çatışması

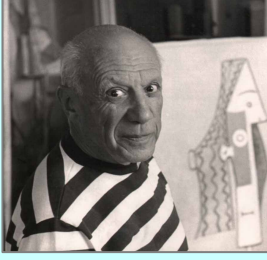
İkinci çatışma

Cinsellik çatışması
Alanda kayıp çatışması*
Alanda kayıp çatışması
Cinsellik çatışması*

NHS = Normal hormon seviyesi DTS = Düşük testosteron seviyesi

***Sol elini kullananlar için çatışma, diğer beyin yarı küresine aktarılır.**

Kazanova Dizilimi, **kadınları fethetme zorlantısı** olarak belirir. Bu zorlantının kapsamı, çatışmaların yoğunluklarıyla orantılıdır. **Bu dizilimin biyolojik amacı**, cinsel eşini kaybetmiş veya cinsel olarak reddedilmiş bir erkeği, üremeyi garantiye almak için kadınların peşinden koşmaya zorlamaktır (kadınlarla bağıntılı Nimfomani Dizilimi ile karşılaştırın). Bu yüzden Kazanova Dizilimi **kadın avcısı, rastgele cinsel ilişkiye giren ve seks manyağı bir erkek** yaratır.



İspanyol ressam **Pablo Picasso**'nun (1881-1973) kadınları baştan çıkarmak için doyumsuz bir dürtüye sahip olduğu söylenir. İkonik çalışmalarının çoğunda eşleri ve metresleri öne çıkar. Sanatçının cinsel iştahı, bastırılamazdı. Hayatı boyunca iki karısı, altı metresi ve yüzlerce değilse de düzinelerce sevgilisi oldu ve bunların çoğu, sanatçının olağanüstü üretken yapıtlarına esin kaynağıydı.

Biyografisine göre, daha 13 yaşındayken babası ile birlikte genelev ziyaretlerine başlamıştı. Dolayısıyla onun Kazanova Dizilimi bu yaştan önce başlamış olmalı. Picasso sağ el kullanmaktaydı (**bu resimde** köpeğini solunda, anne/çocuk tarafında tuttuğuna dikkat edin).



Picasso'nun *Kübizm* olarak bilinen öncü resim tarzı, bir olgunlaşma duraklamasının esinlemesi miydi? (yukarıdaki resimde Picasso'nun yüz ifadesine yakından bakın)

Bir Kazanova'nın seks takıntısı bir kadına yaklaşımında, kadına bakışında, ona dokunuşunda veya onunla konuşmasında kendini gösterir. Tipik şekilde konuşmalarında cinsel imalar bulunur. Megolomani Dizilimi ve özellikle "çiftleşme megalomanisi" ile birlikte, cinsel faaliyetleri hakkında böbürlenme eğilimindedir. Burada cinsel gösterişi görürüz. Alkol, şehvet düşkünü davranışı tetikleyen bir çatışma yolu olabilir.

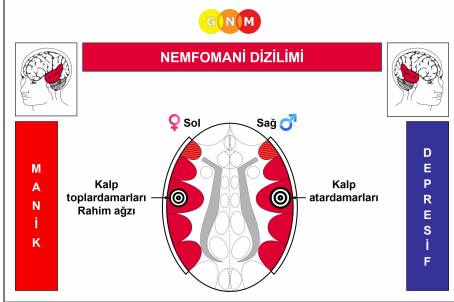
Manik Kazanovanın (eril tip) testosteron seviyesi normalden daha yüksek olduğu için, cinsellik arzusu göze çarpar. Dolayısıyla, depresif Kazanova (dişil tip) bir kadını daha utangaç veya pasif şekilde fethetmeye çalışırken, manik olan, kadınlara güçlü şekilde yaklaşır. Yine de niyetleri aynıdır. İster manik ister depresif olsun bir Kazanova öncelikle cinsel ilişkiyle ilgilenir ve bir kadınla derin bir duygusal bağ geliştirmeyi beceremez. Aslında bir Kazanova, kendini erkeklerin eşliğinde daha rahat ve olduğu gibi hisseder. Bir olgunlaşma duraklamasıyla, diyelim ki duygusal olarak 15 yaşındaysa, yalnızca evliliğe değil, istikrarlı bir ilişkiye de kendini adamaya hazır değildir (eğer yaparsa, fena halde sadakatsizdir). Tipik şekilde annesi onun hayatında bir numara olarak kalır.

Manik Kazanova dışa dönük, eğlenceyi seven, mutlu ve neşelidir. Sosyal ortamlarda, göze çarpan espri anlayışı ile partiyi eğlenceli kılan jokerdir ("palyaço"). Yine de ayrıca bir Ölüm Sonrası Diziliminde olduğundan, güçlü bir dizilim manik Kazanovayı intihar etme riskine sürükleyebilir.

Şiddetli bir Kazanova Dizilimi ile bir erkeğin aşırı cinselliği ve seks takıntısı, **pornografi bağımlılığına, takıntılı cinsel fantezilere** veya mastürbasyon zorlantısı, teşhircilik, röntgencilik, siber seks veya diğer aşırı cinsel arayışlar gibi **zorlantılı cinsel davranışlara** sebep olabilir. Manik dönemleri genellikle depresyon dönemleri takip eder. Güçlü bir dizilim, **cinsel takipçi sapık** da yaratır. Sadistik ve mazohistik cinsel eğilimler, birlikte yürüyen bir Saldırgan Dizilimi ile gelişir.

NEMFOMANİ DİZİLİMİ

Biyolojik çatışmalar: Bir kadının yaşadığı **cinsellik çatışması** ve **alanda kayıp çatışması**. Bu durumda alanda kayıp çatışmasının cinsel bir yönü de vardır. Örneğin cinsel eşin (olası) kaybı veya cinsel istismar nedeniyle bir erkeğin (duygusal) kaybı. **NOT:** Nemfomani Diziliminde olan bir kadın, aynı zamanda Ölüm Sonrası Dizilimindedir.



Beyin ve Organ Düzeyi: İlişkili beyin röleleri, serebral kortekste birbirinin tam karşısında yer alan rahim ağzı/kalp toplardamarları (sol temporal lob) ve kalp atardamarlarının (sağ temporal lob) kontrol merkezleridir.

İkinci çatışma meydana geldiğinde, bu kadın dizilimdedir ve manik-depresiftir (primer mani ve primer depresyon ile karşılaştırın). Manik veya depresif duygu durumundan hangisinin baskın olacağı, bu iki çatışmadan hangisinin güçlü olduğuna göre belirlenir. Bu dizilim devamlı olabilir veya çatışma yolları ya da çatışma nöksleri nedeniyle tekrarlayıcı olabilir.

ÇATIŞMA SIRALAMASI

Cinsiyet, El kullanım durumu, Hormon seviyesi

Sağ el kullanan kadın (NHS)
Sol el kullanan kadın (NHS)
Sağ el kullanan kadın (DÖS)
Sol el kullanan kadın (DÖS)

Birinci çatışma

Cinsellik çatışması
Cinsellik çatışması
Alanda kayıp çatışması
Alanda kayıp çatışması

İkinci çatışma

Alanda kayıp çatışması
Cinsellik çatışması*
Cinsellik çatışması
Alanda kayıp çatışması*

NHS = Normal hormon seviyesi DÖS = Düşük östrojen seviyesi

***Sol elini kullananlar için çatışma, diğer beyin yarı küresine aktarılır.**

Nemfomani Dizilimi kendisini **erkekleri baştan çıkarma dürtüsü** olarak ortaya koyar. Bu **dizilimin biyolojik amacı**, cinsel eşini kaybetmiş veya cinsel bakımdan reddilmiş bir kadını, üremeyi garanti altına almak için erkeklerin peşine düşmeye zorlamaktır (erkeklerle bağıntılı Kazanova Dizilimi ile karşılaştırın). “Nemfomanlar” ve “Kazanovalar”, bu yüzden birbirlerini cezbeder.

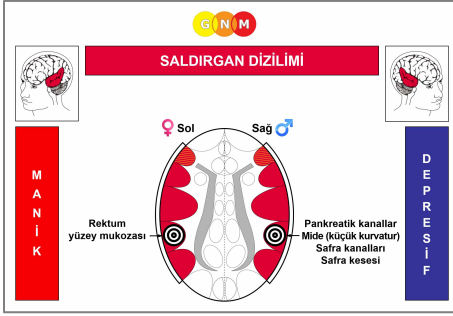
Nemfomani Dizilimindeki bir kadının, bir erkeğin dikkatini çekme zorlantısı vardır. Seksi (seksi dış görünüm, seksi yürüyüş) görünür ve flörtöz davranır. Dizilimin yoğunluğuna bağlı olarak, davranışları açık tekliflerden bir erkeği baştan çıkarmanın daha incelikli yollarına doğru değişir. Manik Nemfoman (eril tip) kendini erkeklere açıkça açarken, depresif Nemfoman (dişi tip) bir erkeği daha göze çarpmayan şekilde baştan çıkarmaya çalışır. Hormon seviyesi dikkate alınmak kaydıyla, nemfoman-depresif kişinin östrojen seviyesi oldukça yüksek olduğundan, çok daha güçlü bir seks dürtüsü vardır. Ancak her iki kadın da aşırı seksidir ve önüne gelenle yatıp kalkar. Olgunlaşma duraklaması varsa, bir Nemfoman bir erkeği uyandırma ve ateşlemeye uğraşır fakat yalnızca birilerine sokulmak amacıyla. Bir başka deyişle arzulanmak ister fakat cinsel ilişki istemez. Eğer Nemfomani Dizilimindeki bir kadın bir erkeği cezbedemiyorsa, Ölüm Sonrası Dizilimi baskın hale gelir. Şimdi, seksten çok ölüm hakkındaki düşüncelerle meşguldür.

Kazanova Diziliminde olduğu gibi **güçlü bir dizilim; takıntılı cinsel fantaziler, pornografi bağımlılığı, mastürbasyon zorlantısı ve kontrol edilemeyen seks arzusu** gibi aşırı cinsellik davranışlarına sebep olabilir. Çocukluk veya ergenlikte yaşanan cinsellik çatışmaları (cinsel taciz, cinsel içeriğe maruz kalma, erken cinsellik), yetişkinlikteki aşırı cinsellik davranışları için uygun sahneyi hazırlayabilir.

1800'lerde aşırı seksüel kadınlar için tıbbi tedavi yöntemlerine klitoris alınması, vajinaya sülük yapıştırılması ve soğuk banyolar dahildi. Günümüz psikiyatrisinde aşırı cinsellik "bipolar bozukluk" ile bağlantılı bir belirti olarak değerlendirilmektedir. 2010'da bunun DSM-5'e eklenmesi istenmiştir. Cinsel ilişki istemeyen kadınlar da bu psikiyatrik teşhisi alma riski taşımaktadır. DSM-5, cinsel açıdan tepkisiz kalan kadınlar için "cinsel uyarılma bozukluğu yaşayan kadın" ve "kadın orgazmını dışı vuramayan" teşhislerini tanımlamaktadır.

SALDIRGAN DİZİLİMİ

Biyolojik çatışmalar: Alanda öfke çatışması ve kimlik çatışması



Beyin ve organ düzeyi: İlişkili beyin rolleri, serebral kortekste birbirlerinin tam karşısında yer alan rektum yüzey mukozası (sol temporal lob) ve mide/pankreatik kanallar/safra kanallarının astarını (sağ temporal lob) kontrol eden merkezlerdir.

İkinci çatışma meydana geldiğinde, bu kişi dizilimdedir ve manik-depresiftir (primer mani ve primer depresyon ile karşılaştırın). Manik veya depresif duygu durumundan hangisinin baskın olacağı, bu iki çatışmadan hangisinin güçlü olduğuna göre belirlenir. Bu dizilim devamlı olabilir veya çatışma yolları ya da çatışma nüksleri nedeniyle tekrarlayıcı olabilir.

ÇATIŞMA SIRALAMASI

Cinsiyet, El kullanım durumu, Hormon seviyesi

Sağ el kullanan erkek (NHS)
Sol el kullanan erkek (NHS)
Sağ el kullanan erkek (DTS)
Sol el kullanan erkek (DTS)

Sağ el kullanan kadın (NHS)
Sol el kullanan kadın (NHS)
Sağ el kullanan kadın (DÖS)
Sol el kullanan kadın (DÖS)

NHS = Normal hormon seviyesi

Birinci çatışma

Alanda öfke çatışması
Alanda öfke çatışması
Kimlik çatışması
Kimlik çatışması

Kimlik çatışması
Kimlik çatışması
Alanda öfke çatışması
Alanda öfke çatışması

DTS = Düşük testosteron seviyesi

İkinci çatışma

Kimlik çatışması
Alanda öfke çatışması*
Alanda öfke çatışması
Kimlik çatışması*

Alanda öfke çatışması
Kimlik çatışması*
Kimlik çatışması
Alanda öfke çatışması*

DÖS = Düşük östrojen seviyesi

***Sol elini kullananlar için çatışma, diğer beyin yarı küresine aktarılır.**

Saldırgan Dizilimi kendisini **zorlantılı saldırgan davranış** olarak gösterir.

Manik-saldırgan, münakaşa etmek için dayanılmaz bir itki ile her zaman karşı çıkma ve polemik yaratma duygu durumundadır. Ani saldırgan patlamalar, sözlü saldırılar (bağırarak ve hakaret içeren bir dil kullanarak) veya öfke ve hiddet nöbetleri, genellikle çatışma yollarının harekete geçmesiyle tetiklenir. Bir yolla karşılaşmak (belli bir kişi, durum, konu), sanki uyarılmadan bir düğmeye basılmış gibidir ve kişi bir anda kontrolü kaybeder, saldırır ve yıkıcı olur ya da şiddet uygular. **Bu davranışın amacı** nedir? Hiçbir çıkış yolunun kalmadığı çıkmaz bir yola giren insan (veya hayvan) için saldırgan eylem, savunma için son çaredir. Bu, kişinin alanını savunmak ve yerini güvenceye almak için son şansıdır.

Manik-saldırgan kişi bu yüzden olağanüstü şekilde hem fiziksel olarak hem de zihinsel olarak **kuvvet ve katılık** geliştirebilir. Böylece Saldırgan Dizilimi ayrıca isyankar, tahripkar, devrimci ve sonuna kadar fikirleri için savaşan eylemci (bu bağlamda Dr. Hamer Saldırgan Dizilimini "Kahraman Dizilimi" olarak ifade eder) yaratır. Bu dizilimdeki insanlar azim, güçlü bir irade ve atılganlıkla göze çarparlar.

Saldırgan Diziliminin kişisel **ilgi alanlarına** önemli derecede katkısı vardır. Örneğin burada tartışma dürtüsünü profesyonel bir kariyere dönüştüren manik avukatı görürüz. Bu dizilimdeki insanlar sıklıkla savaş veya boks, güreş, karate veya karışık savaş sanatları gibi dövüş sporlarına tutkuludurlar. Bunlar duygularıyla eşleşen saldırgan ses ve metin içeren yüksek sesli ve ağır müziğe (müstehcen, punk, metal) çekilirler (Ölüm sonrası Dizilimdeki biriyle karşılaştırırsak, onlar daha çok melankolik müziğe çekilir).

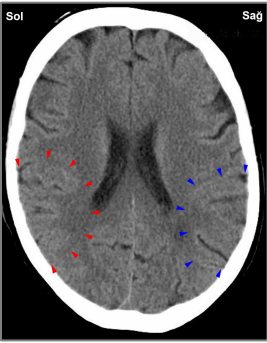
Pervasızca davranış göstermek (pervasızca araba kullanmak, hız yapmak) ve riskli durumların arayışında olma da yine bir Saldırgan Dizilimini ortaya koyar. Alkol tüketimi, manik durumun gücünü artırır!



Bir zamanlar mahkumlar ve motosiklet çeteleriyle ilişkilendiren piercing ve **dövmeler**, günümüz toplumunda sıradan bir şey haline gelmiştir. İlginç şekilde Anglia Ruskin Üniversitesi (İngiltere) Psikoloji profesörü Viren Swami tarafından yürütülen bir **çalışmada** (2015), dövmeli insanların, dövmesi olmayan insanlarla karşılaştırıldığında önemli ölçüde daha yüksek sözel saldırganlık ve öfke barındırdığı saptanmıştır. Bütün tarafsızlığıyla bu çalışma, bir dövmenin içeriğinin, bir kişinin karakterini dövmeli olmak ya da olmamaktan daha çok tanımladığını vurgulamaktadır.

Çocuklar sözlü veya fiziksel olarak saldırgan olduklarında, rahatsız edici, itaatsiz, küskün olduklarında, sınıfta sorun çıkardıklarında, diğer çocuklara zorbalık ettiklerinde veya öfke nöbetleri geçirdiklerinde, bu saldırgan davranışlar günümüzde “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu” (bkz. **(Post) Sensoryal Korteks Dizilimi** bağıntılı **DEHB**) veya “Karşı Gelme Bozukluğu” belirtisi olarak değerlendirilmektedir. GNM ile onların bu saldırgan yönelimlerinin; günümüz toplumunda çocukların tipik çatışma birleşimi (boşanmış ebeveynlerin, bekar annelerin, “**patchwork families**” çocukları) olan alanda öfke çatışmaları (evde öfke, okulda öfke) ve kimlik çatışmalarının (nereye ait olduğunu bilmemek) sonucu olduğunu anlamayı öğreniyoruz. Bu yüzden **GNM yaklaşımı**, Ritalin gibi ilaçların uygulanmasından çok, bağlantılı çatışma durumlarının üzerine gitmeye odaklanmaktadır. Ebeveynlerin saldırgan davranışı önlemek veya durdurmak için yapacakları en iyi şey, çocuklarına “nereye ait olduklarını bilebilecekleri” güvenli ve istikrarlı bir yuva sağlamaktır. Bir çocuğu disipline etmek, bu dizilimi yalnızca daha fazla pekiştirir.

İster çocuklarda ister yetişkinlerde olsun, Saldırgan Dizilimi kendisini örneğin saldırgan “sessiz tutum”, kasıtlı erteleme, istenen işleri tamamlamada planlanlı başarısızlık, iltifatları elinin tersiyle itme şeklinde **pasif-agresif davranış** olarak da gösterebilir. Pasif agresif kişiler, alaycı ve küçümseme meyillidir. İletişim kurma tarzlarında bir kötü niyet vardır, düşmanca tavırları ve hakaret içeren eleştirileri, karşısındaki kişiyi incitmeyi hedefler. Olgunlaşma duraklaması ile yetişkin biri, her hangi bir tartışmayı çözmeye gönüllü olmaksızın çocuk gibi davranır (somurtur, küstahlaşır).

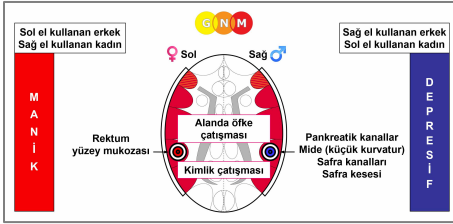


Bu beyin tomografisi bir Saldırgan Dizilimini göstermektedir (bkz. **GNM diyagramı**).

Hamer Odaklarının ölçüleri, çatışmaların şiddetini ve dolayısıyla da saldırgan davranışın kapsamını ortaya koymaktadır.

Aile içi şiddetin altında yatan sebep Saldırgan Dizilimidir. Saldırgan hareket tipik olarak alanda öfke çatışmasının veya kimlik çatışmasının ilk meydana geldiği zaman oluşan bir yol tarafından harekete geçirilir. Aynı çatışmalar, psikiyatrik kurumlarda veya ıslahevlerinde patlak veren şiddetin temelinde yatar.

Saldırganlık ve Madde Kullanımı: Alkolün etkisi altında değişen beyin titreşimi nedeniyle, alkollü kişi temporal loblarla ilişkili yalnızca tek bir çatışmayla bile dizilime girmiş halde davranır. Çatışmanın tam olarak ne olduğuna bağlı olarak kişi şehvet düşkün (Kazanova Dizilimi), seks düşkün (Nemfomani Dizilimi) olabilir, aşırı konuşur (Mitomani Dizilimi), sosyal olarak içe döner (Otistik Dizilim) veya bir Saldırgan Dizilimi ile kavgacı olur.



Cinsiyet, el kullanım durumu ve hormon seviyesini göz önüne alarak, madde kullanım durumunda sağ el kullananlar ve sol el kullananlar farklı duygu durumları ve davranışlar gösterir. **Sağ el kullanan erkek** ve **sol el kullanan kadın**, alanda öfke çatışması veya kimlik çatışması ile depresif olup kendine acıma haline girerken, **sol el kullanan erkek** ve **sağ el kullanan kadın** bunun yerine manik ve fevri olur. Aynısı, sarhoş birisi bir çatışma yoluna girdiği zaman için de geçerlidir. Dolayısıyla sol el kullanan bir erkek, sağ el kullanan bir erkeğe göre daha fazla hiddetli olur. Eğer Saldırgan Dizilimi zaten mevcutsa, mani bağlantılı çatışma vurgulandığı ya da yeniden etkin hale geldiği zaman, hem sağ el hem de sol el kullananlar (erkekler ve kadınlar), sözel veya fiziksel olarak saldırgan olmaya meyillidirler.

NOT: Sağ temporal loba ilişkin bir alanda öfke çatışması, organ düzeyinde karaciğerde safra kanallarını etkiler. Sürekli çatışma nöksleri sonunda karaciğer sirozu gelişmesine yol açar. Karaciğer sirozuna aşırı alkol tüketiminin sebep olduğu iddiası, yanlış bir çıkarımdır. Ancak alanda öfke çatışması ve alkol kullanımı genellikle bir arada yürür.

Manik-agresif saldırganlığını başkasına yöneltirken, **depresif-agresif** bu saldırganlığını kendisine yöneltir. Burada örneğin takıntılı şekilde bir hastalıktan (hayali) acı çekme ihtiyacı duyan dizilimli bir **hipokondriyak** (hastalık hastası) ve bunun yanısıra fiziksel acıdan hoşlanan **mazoşisti** buluruz. Bunun karşıtı manik **sadisttir** ve diğerlerine acı çektirmeye çalışır. Cinsel sado-mazoşizm, GNM tanımlarıyla bir Kazanova Dizilimi ya da Nemfomani Dizilimi ile eşleşmiş Saldırgan Dizilimidir.

Günümüz çocuk ve ergenlerinde, **kendini yaralama** alarm verici seviyede hızlı bir oranda artmaktadır. Kendini sakatlama davranışları; kendini makasla, jilette, ustura ile veya bıçaklarla **kesmek**, sıcak nesnelere kendi derisini yakmak veya dağlamak, takıntılı **deri yolma** (dermatilomani), zorlantılı **saç koparma** (trikitilomani) veya kafayı vurma şeklinde, evde öfke, okulda öfke (alanda öfke çatışması) ve "nereye ait olduğunu bilmemek" ya da "oraya uymamak" (kimlik çatışması) ile bağlantılı davranışlar içermektedir.

Eş zamanlı yürüyen Ölüm Sonrası Dizilimi ile (İntihar Dizilimi) bir depresif-agresif, **intihar düşünceleri** geliştirir. Saldırgan Dizilimi sebebiyle intihar hayalleri, zalim şekilde öldürülmeyi de içerecek şekilde şiddet içeriklidir ve ayrıntılıdır. Bu yüzden manik duruma dönüşmeyle tetiklenen intihar eylemi, kişinin kendini silahla öldürmesi, kendini ateşe vermesi (kendini kurban etme) veya kendini bıçaklama gibi vahşi şekillerde de gerçekleştirilir (Ölüm Sonrası Dizilimi ile bağıntılı şiddet içermeyen intihar ile karşılaştırın). Genellikle intihar, alanda öfke veya kimlik çatışmasıyla ilişkilendirilen kişiyi (eş, ebeveyn) acıtma niyeti taşır.

Vincent van Gogh (1853-1890)



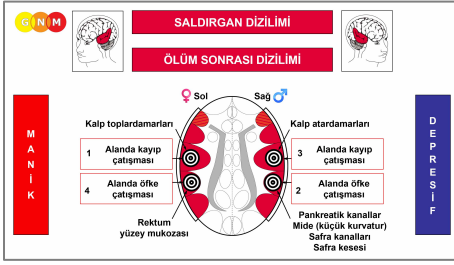
“1888’de, Vincent van Gogh, Fransa’nın güneyindeki Arles’in küçük bir köyünde yaşamak üzere Paris’i terk etti. Arles’te fena halde yalnızdı ve ender olarak insanlarla konuşuyordu. Sanatçı arkadaşı Paul Gauguin’e, ikisinin bir sanatçı kolonisi yaratabileceği ve resime odaklanabilecekleri umuduyla, gelip kendisiyle yaşaması için yalvardı. Gauguin’in ziyareti bir hastalık nedeniyle gecikti. Van Gogh’un mektupları, bu haberlerle kalbinin nasıl kırıldığını göstermektedir.

Fakat nihayet Gauguin oraya vardığında, işler pek de iyi gitmemişti. Sık sık kavga ediyorlardı [alandaki öfke çatışması]. Gauguin’in resimleri Paris’te iyi satıyordu ve bu da elbette en çok van Gogh’u kıskandıırıyordu [kimlik çatışması]. Gauguin biraz küstahtı ve van Gogh’a kendi eşiti gibi davranmıyordu ve bu da ilişkilerine daha fazla stres yükliyordu.

Bu arkadaşlar için işler 1888 Aralık ayında daha da kötüleşti. Yıllar sonra olayı tekrar anlatan Gauguin’e göre, iki sanatçı tartışmışlardı ve Gauguin biraz temiz hava almak için dışarıya çıkmıştı. İşte o sırada van Gogh, usturayla onun üzerine yürümüşü. Tam aynı gün, 23 Aralık’ta, van Gogh muhtemelen Gauguin’e saldırmış olduğu usturayı kullanarak sol kulağını kopardı. Kanamayı yavaşlatmak için giysisini başının etrafına sardı. Kay kaybından bayıldı. Polis tarafından alınıp hastaneye götürüldü.

Van Gogh sonunda kendi yaşamına son verdi: Olasılıkla resim yaparken saatler geçirdiği Auvers-sur-Oise’deki bir buğday tarlasına gitti, silahı göğsüne dayadı ve tetiği çekti. Küçük çatı katı evine sürünerek dönmeyi başardı. Ölümü acı verici şekilde iki gün sürdü. Sonunda 37 yaşındayken, 29 Temmuz 1890’da öldü” (*Vincent van Gogh, Mental Illness and His Ear* [Vincent van Gogh, Akıl hastalığı ve kulağı], 3 Mart 2016).

Vaka analizi “İntihar düşünceleri ve kışkırtılmış saldırılar”: Bu vaka Almanya’da 34 yaşındaki sol el kullanan erkek Juergen B. hakkındadır. 1977 Ağustos’ta 14 yaşında olan Juergen, başka çocuklarla birlikte İtalya’ya bir tatil gezisine gitti. O sırada babası çok hastaydı ve oğlundan kendisiyle kalmasını istemişti. Juergen eve döndüğünde, annesi siyahlar giyinmişti. Gittiğinde, babasının öldüğünü söyledi.



Juergen o anda bir alanda kayıp çatışması yaşamıştı (sol el kullandığı için, etkisi sol temporal lobdaki kalp toplardamarları rölesinde). Durumu daha da kötüleştirmek üzere, akrabaları onu eğer gitmemiş olsaydı babasının ölmeyeceği konusunda suçladılar. Bu, alanda öfke çatışmasını tetikledi (etkisi sağ temporal lobdaki mide rölesinde). Juergen annesinin zaten bir başka erkekle ilişkisi olduğunun farkındaydı ve babasından kurtulmak için annesinin, babasının ölümüne “yardım” etmiş olabileceğini düşündü. Aralarındaki kavga, annesinin onu evden atarak bir yatılı okula vermesi noktasına kadar tırmandı. Bu da bir başka alanda kayıp çatışmasını (sağ temporal lob) ve bir başka alanda öfke çatışmasını (sol temporal lob) tetikledi. Şimdi ansızın hem Ölüm Sonrası Dizilimi, hem de Saldırgan Dizilimi içindeydi ve manik-depresifti. Üstüne üstlük olgunlaşma duraklaması yaşamıştı. Babasının kaybı nedeniyle öncelikle manikti ve suçluluk duygusu baskındı. Juergen anlatıyor: “O zamandan beri şiddete başvuruyorum”. Ne zaman annesiyle bir münakaşa yaşasa, yoluna çıkan herkesi hırpalıyordu. Depresif olduğunda, intihar düşünceleri vardı.

1995’te bir çok kez hapis cezası aldıktan sonra Juergen bir kadınla tanıştı, onu sevdi, evlendiler ve bir çocukları oldu. Olgunlaşma duraklaması nedeniyle (duygusal olarak 14 yaşında kalmıştı), kadın bu ilişkide “patrondu”. Yeni bir evi ve onu seven bir karısı olduğu için, annesiyle bağıntılı alan çatışmalarını çözmüştü ve her iki dizilimden de çıkmıştı. Bu yüzden artık şiddete başvuruyordu ve intihar düşünceleri yoktu. 1996’da, önceki dizilim sayesinde sağ kaldığı bir kalp krizi geçirdi (bkz. [organ düzeyi](#)). Kaynak: Ryke Geerd Hamer, *Vermächtnis einer Neuen Medizin*, Cilt. 2, s. 378 (ne yazık ki bu vakanın beyin taramaları, bu yayına dahil edilmemiştir).

Saldırgan Dizilimi, cinayet gibi **düşünmeksizin işlenen suçları** açıklamaktadır. Akut bir çatışma etkinliği ile manik-agresif, öldürmeye hazır bir zaman ayarlı bomba gibidir. Tipik olarak şiddet eyleminin gerçekleştirilmesinin tetikleyicisi, çatışma ile ilişkili bir kişi ya da insanlarla karşılaşma veya tekrarlayan bir münakaşa aracılığıyla mani bağıntılı yola girilmesidir. Eğer birisi bir alanda öfke çatışması ya da kimlik çatışmasına bağlı olarak depresyondan geçiyorsa ve tamamen ani şekilde güçlü bir DHS, bir Saldırgan Dizilimini etkinleştirirse (bkz. [çatışma sıralaması](#)), iyi huylu bir insan bir anda şiddet uygulamaya yönebilir ve sağa sola saldırabilir. Bir ebeveyni, eşi veya çocukları öldürmek gibi aile trajedileri veya kıskançlık sebebiyle cinayetin yanısıra silahlı okul saldırıları da trajik sonuçlardır.



“Eski sınıf arkadaşları, Seung-Hui Cho'nun A.B.D. tarihindeki en kötü kitle saldırısında 32 kişiyi öldürmesinden uzun zaman önce, lisedeki öğrenci arkadaşları tarafından utangaçlığı ve değişik konuşma tarzı sebebiyle zorbalığa uğramıştı diye anlatıyorlar” (NBC, 19 Nisan 2007).

GNM bakış açısından **cinayet-intihar** – alanda kayıp çatışmalarının, cinsellik çatışmalarının, alanda öfke çatışmalarının ve kimlik çatışmalarının ölümcül bir birleşimi olan – Saldırgan Dizilimin yanında bir Ölüm Sonrası Dizilimini de içeren akut bir manik-depresif durumdan kaynaklanır.

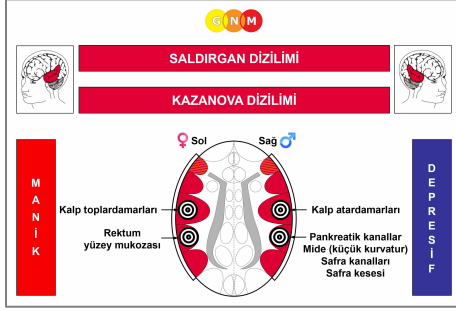


Antidepressanlar, manik duygu durumuna doğru ani bir değişimi çabuklaştırarak, cinayet dahil şiddet davranışlarına sebep olabilir (ayrıca bkz. [antidepressanlar ve intihar](#)).

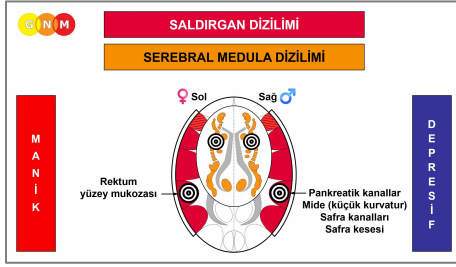
“27 Uluslararası ilaç düzenleyicinin psikiyatrik ilaçların mani, düşmanlık, şiddet ve hatta cinayet düşünceleri konusundaki etkilerine atıfta bulunmalarına ve düzenlerce sansasyonel vurulma/öldürülme vakasının psikiyatrik ilaç kullanımına bağlanmasına rağmen, psikiyatrik ilaç kullanımı ile şüursuz şiddet eylemleri arasındaki bağlantı için henüz federal bir soruşturma yapılmadı” (“[Psychiatric Drugs & Violence](#)” [Psikiyatrik İlaçlar ve Şiddet], CCHRINT).

[Bu listede](#) psikiyatrik ilaç etkisi altında bulunan kişilerin, kitlelere silahlı saldırıları hakkındaki vakalar bulunmaktadır.

Diğer dizilimlerle birleşmiş Saldırgan Dizilimi

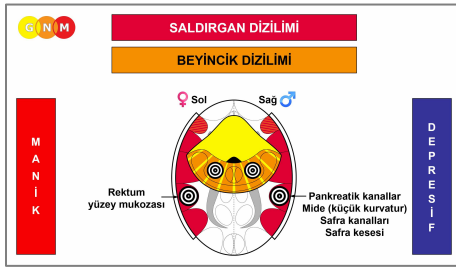


Cinsel suçlu ve tecavüzcü, hem Saldırgan Dizilimindedir hem de Kazanova Dizilimindedir.



Bir Saldırgan Dizilimi ve Megalomani Dizilimi, **kurbanı üzerinde güç kullanan bir cani** yaratır. Sadistik suçlunun, bağımlılığa benzer şekilde, kurbanına işkence etme ihtiyacı vardır. Takıntılı zorlantı (obsesif kompulsiyon), bu dizilimden kaynaklanır.

Gaddar diktatörler ve acımasız savaş kışkırtıcıları, bu dizilimlerde dir.

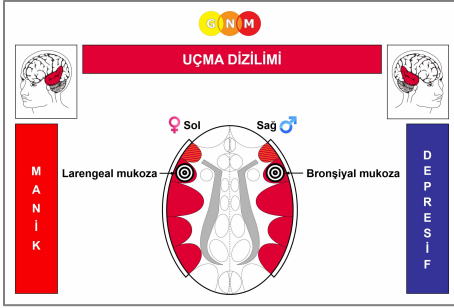


Suçluluk hissedemeyen **vicdan azabı duymayan katil**, aynı zamanda Beyincik Dizilimindedir.

GNM ile ilk kez suçlu saldırganın biyolojik yapısını ortaya çıkaran bir araştırmaya sahibiz. Biyolojik çatışmalar bakış açısından, neden bir insanın cinayet gibi vahşi bir saldırıyı gerçekleştirebildiğini anlamayı öğreniyoruz. Saldırgan Dizilimi, neden evde şiddet gören çocukların (alanda öfke çatışmaları ve kimlik çatışmaları), yetişkinliklerinde kendilerinin de şiddet uyguladıklarını açıklıyor. İleri sürülenin tersine, bunun genetik faktörlerle hiçbir ilgisi yoktur. Eğer altta yatan çatışmalara eğilinmezse, bu kişi serbest bırakıldıktan ya da şartlı tahliye edildikten sonra da aynı suçu işlemeye çekilecektir. Kriminolojide "kronik ceza gerektiren suç" diye tanımlanan, GNM tanımıyla, çatışma yolları ve çatışma nöksleri yoluyla yeniden etkinleşen kronik şekilde tekrarlayıcı Saldırgan Dizilimidir. Bu nedenle Dr. Hamer'ın keşifleri, mahkumlarla yapılan terapi çalışmaları için de tamamen yeni bir yaklaşım sunmaktadır!

UÇMA DİZİLİMİ

Biyolojik çatışmalar: Alanda korku çatışması ve ürkme-korkma çatışması



Beyin ve Organ Düzeyi: İlişkili beyin rolleri, serebral kortekste birbirinin tam karşısında yer alan larengeal mukoza (sol temporal lob) ve bronşiyal mukozanın (sağ temporal lob) kontrol merkezleridir. **NOT:** Larengeal kaslar ve bronşiyal kaslar, sırasıyla Larengeal Astım Dizilimi ve Bronşiyal Astım Dizilimi ile bağlantılıdır. Bu durumda, dizilim zihinsel belirtilerden çok fiziksel belirtiler doğurur (ayrıca bkz. [Kekeleme Dizilimi](#)).

İkinci çatışma meydana geldiğinde, kişi dizilimdedir ve manik-depresiftir (primer mani ve primer depresyonla karşılaştırın). Manik veya depresif duygu durumundan hangisinin baskın olacağı, bu iki çatışmadan hangisinin güçlü olduğuna göre belirlenir. Bu dizilim, devamlı olabilir veya çatışma yollarına ya da nükslerine bağlı olarak tekrarlayıcı olabilir.

ÇATIŞMA SIRALAMASI

Cinsiyet, El kullanım durumu, Hormon seviyesi

Sağ el kullanan erkek (NHS)
Sol el kullanan erkek (NHS)
Sağ el kullanan erkek (DTS)
Sol el kullanan erkek (DTS)

Sağ el kullanan kadın (NHS)
Sol el kullanan kadın (NHS)
Sağ el kullanan kadın (DÖS)
Sol el kullanan kadın (DÖS)

NHS = Normal hormon seviyesi

Birinci çatışma

Alanda korku çatışması
Alanda korku çatışması
Ürkme-korkma çatışması
Ürkme-korkma çatışması

Ürkme-korkma çatışması
Ürkme-korkma çatışması
Alanda korku çatışması
Alanda korku çatışması

DTS = Düşük testosteron seviyesi

İkinci çatışma

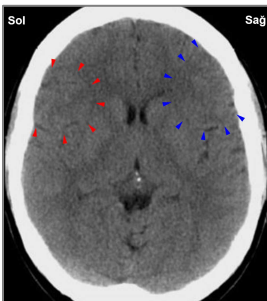
Ürkme-korkma çatışması
Alanda korku çatışması*
Alanda korku çatışması
Ürkme-korkma çatışması*

Alanda korku çatışması
Ürkme-korkma çatışması*
Ürkme-korkma çatışması
Alanda korku çatışması*

DÖS = Düşük östrojen seviyesi

***Sol elini kullananlar için çatışma, diğer beyin yarı küresine aktarılır.**

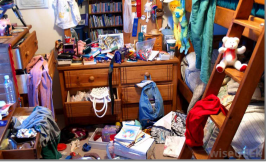
Uçma Dizilimi kendisini **gerçeklerden kaçış** olarak ifade eder. Bu **dizilimin amacı**, altta yatan korkularıyla baş edebilmek için kişiye “çatışmaların üzerine çıkması” olanağını vermektir. Muazzam korkulara ve teröre (taciz, işkence, savaş) katlanmak zorunda kalan biri, bu dizilim olmaksızın sağ kalamaz.



Sağ el kullanan bir kadının beyin taraması, larengeal mukoza (sol temporal lob) ve bronşiyal mukozanın (sağ temporal lob) bağlantılı kontrol merkezlerindeki etkisiyle birlikte Uçma Dizilimini göstermektedir ([bkz. GNM diyagramı](#)).

Dr. Hamer: “Her uçan, farklı şekillerde uçar.”

Uçma Diziliminde olan insanların hayalperest bir doğası vardır. Projelere başlayan ve asla bitirmeyen klasik erteleyicilerdir. Herşeyi son dakikada yapar, görevleri ve randevuları erteler, vadeleri geçirirler, düzensizdirler ve sürekli olarak geç kalırlar. Uçucuların dikkatleri kolaylıkla dağılır. Şimdiki anda yaşamakta zorluk çekerler. Hatalı ve başarısız olmalarını da inkar etme eğilimindedirler. Tipik olarak hayatın rahatsız edici taraflarıyla uğraşmaktan kaçınırlar. Sorunların üzerine eğilmek yerine unutkanlığa kaçarlar. Fiziksel gerçeklikle tam olarak uyumlanmaksızın, gerçeklikten uzak kalmış uzay askerleri gibidirler. Sıklıkla uçmayla ilgili meslekler veya hobiler (uçak veya helikopter pilotluğu, yamaç paraşütü, yelken kanat uçma, serbest düşüş, paraşütçülük) seçerler veya yüksek arazilere (olağanüstü dağ tırmanışları) çekilirler. Olgunlaşma duraklaması ile, model uçak veya uçurtma tutkusu, yetişkinliğe taşınır.



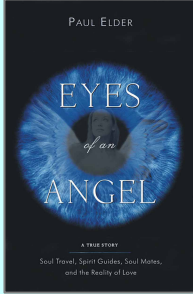
“Uçucular” kronik şekilde **dağınık ve düzensizdir** (Otistik Dizilim ile karşılaştırın). Çoğu zaman dağınıklığın farkında bile değillerdir. Aslında bu dizilim, onların temizlik planlarını uygulamaya koymasına engel olur. Eğer dağınıklık çığırından çıkarsa, buna halk arasında “**messie sendromu**” denir (Böbrek toplama kanalları Dizilimi ile ilişkili istifleme ile karşılaştırın). **NOT:** Kendini ihmal etme ve pislik ve sefalet içinde yaşamak, depresif durumla ilgilidir (primer depresyon veya manik-depresyon). Depresif, kendisine ve etrafına bakmaktan acizdir (“Diyojen sendromu”).

Böbrek Toplama Kanalları Dizilimi nedeniyle ısrarlı şekilde eve yakın olma ihtiyacı duyan birine karşılık, “uçucular”, zorlantılı seyyahlar ve kaşiflerdir (Dr. Hamer, Uçma Dizilimini, “Kaşif Dizilimi” olarak da tanımlamıştır). Kozmoloji, astronomi, uzay yolculuğu, UFO’lar ve dünya dışı yaşamlara çokça ilgi duyarlar. Bir Mitomani Dizilimi ile birlikte bir yazar, bilim kurgu çalışmaları veya *Star Wars* gibi dış uzay destanı yaratma eğilimi gösterebilir. Oz Diyarı (L.Frank Baum), Alis Harikalar Diyarında (Lewis Carroll), *Güliver’in Seyahatleri* (Jonathan Swift) veya Orta Dünya (J.R.R. Tolkien) gibi fantezi dünyaları, bu dizilimlerden ortaya çıkmıştır.

Uçma Dizilimi, **rüyalarda** fark edilebilir. Manik faz için tipik olan şey, rüyalarda yukarıya yükselmek ve havada uçmaktır. Uyanırken gözler kapalı şekilde yukarıya doğru süzülündüğü de hissedilebilir. Bunun tersine düşme rüyaları depresyon dönemlerinde meydana gelir. Bu durumda gözler kapalıyken düşme veya aşağıya doğru süzülme duygusu vardır. **Uykuda yürüme** olayları, uyuyan kişiyi geçici olarak dizilime sokan ve uyku sırasında tetiklenen çatışma nüksleri veya ürkütücü kabuslardan kaynaklanır.

“**Pavor nocturnus**” (**gece terörü, uyku terörü**) olarak bilinen şey, bir ürkme-korkma çatışması ile alanda korku çatışmasını içeren bir Uçma Çatışmasının, akut Epileptoid Krizidir. Belirtiler (büyük bir korku hissetmek, terleme, hızlı nefes alma, hızlı kalp atışı), panik atakla benzerdir (bkz. [Frontal Dizilim](#)). Bu gece krizi sırasında kişi ansızın yerinde dimdik doğrulur, zorlukla nefes alır ve çığlık atar. Gece terörü genellikle çocuklarda ortaya çıkar ancak örneğin travma sonrası stres bozukluğu yaşayan yetişkinler arasında da görülür (bk.z [Manik-Depresif](#), [Psikotik atak](#)). Çatışmanın yoğunluğuna bağlı olarak bu olaylar aralıklı günler ve haftalarda ya da ardarda gecelerde veya aynı gecede çok kez tekrar edebilir. Tipik şekilde kişinin kafası karışıktır, sersemlemiştir, tepkisizdir ve başkalarını tanıyamaz (yatakta yanında yatana, çocuklarda ebeveynlerini). Bu da Böbrek Toplama Kanalları Dizilimi dahil olmak üzere birlikte yürüyen bir Beyin Sapı Dizilimine işaret eder.

Uçma Dizilimi ayrıca **astral seyahat** ve **beden dışı deneyimlerin** başlangıç noktasıdır. Beden dışı deneyim yaşayan insanlar, bedenden ayrılma deneyimini ilk kez fiziksel taciz, bir kaza veya kalp krizi gibi ciddi sağlık sorunu tarzında “ürkütücü” bir olay sırasında yaşadıklarını belirtmektedirler. Sıklıkla beden dışı deneyimler ile ölüme yakın deneyimler birlikte yürür (“18 yaşında ölüme yakın deneyim yaşadım. Eski erkek arkadaşım beni pusuya düşürdü ve demir bir çubukla beni yere yatırdı. Ansızın çok sıcak hissettim ve kendimi yerde yatarken gördüm... sonra bedenime geri döndüm ve kanlar içinde yattığımı farkettim”, www.steff.international/Nahtod/nte.htm’den çevrilmiştir). Beden dışı deneyimi kişinin kendisinin başlatma girişimi, çok büyük bir olasılıkla ancak bir yol sayesinde bu dizilimin yeniden etkinleştirilmesi halinde başarılı olacaktır. Bu ürkme-yolu, ilk (“dehşete düşüren”) beden dışı deneyim yaşantısı sırasında tesis edilmiş olmalıdır. Paul Elder veya William Buhlman gibi [Monroe Enstitüsü](http://www.monroeinstitute.com)’nde yoğun beden dışı deneyim eğitimlerine katılanlar, GNM tanımıyla en belirli “uçuculardır”.



Eyes of an Angel [Meleğiz gözleri] (2005) yazarı Paul Elder, ilk beden dışı deneyimini 41 yaşındayken, bir kalp krizi sırasında yaşamıştı. “Havada yüzmek oldukça ürkütücüydü!”.

Bu videoda Paul Elder’ın konuşmasını izleyebilirsiniz (The Afterlife and the New Exploration of Consciousness [Ölümden sonraki hayat ve bilincin yeni keşifleri])

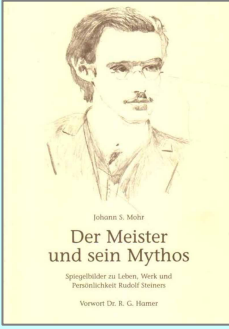
Uçma Diziliminde olan insanlar **doğa üstü** ve **paranormale** çekilir. Bu dizilim kişinin fiziksel düzlemin dışındaki boyutlara uyumlanmasını, ölmüş olan sevdikleriyle bağlantı kurmasını veya doğa güçleri, periler, melekler ve ruhlarla iletişime geçmesini mümkün kılar. Dr. Hamer’ın bulguları, geleceği görme veya sezme gibi Duyu Dışı Algıların kaynağına dair tamamen yeni bir anlayış sunmaktadır. “Hiçbir yerden gelen ilhamlar” aldıklarını ifade eden kaşifler, mucitler veya sanatçılar, bu dizilimle şanslı kılınmıştır (ayrıca bkz. [İşitme Dizilimi](#)). Uçma Dizilimi, derin meditatif duruma varmayı sağlar. Halüsinojenik ilaçlar, kendi kendini hipnoz dahil hipnoz gibi bilinç durumunu değiştiren teknikler, bu dizilimde çok iyi sonuç verir.



Emanuel Swedenborg (1688-1772), İsveçli bir mucit, bilim insanı ve filozoftu. Matematik, geometri, fizik, kimya, metalürji, kozmoloji, astronomi, anatomi, fizyoloji ve zooloji dahil olmak üzere hemen her bilimsel alanda çalışmalar yapmış ve yazmıştır.

54 yaşında, 7 Nisan 1744’te Swedenborg manevi bir aydınlanma yaşadı. “O günden sonra dünyaya dair bilimleri terkettim ve manevi konularda çalıştım. Tanrı gözlerimi açtı ve böylece gün ortasında öbür dünyayı görebildim ve tam bir uyanıklık halinde melekler ve ruhlarla sohbet ettim”. Swedenborg ömrünün geri kalanında yazdığı zamanları, bu ruhsal deneyimlerini belgeleyerek ve gördükleri ve işittiklerini ruhsal dünyayla ilişkilendirerek geçirdi.

Splendors of the Spirit: Swedenborg’s Quest for Insight [Ruhun görkemi: Swedenborg’un içgörü arayışı] belgeselini bu [videoda](#)n izleyin



Der Meister und sein Mythos [Usta ve miti] kitabında Johann S. Mohr, **Rudolf Steiner**'in hayatını (1861-1925), GNM bakış açısından tanımlıyor. **Rudolf Steiner** antropozofinin, "insandaki manevi unsuru, evrendeki maneviyata yönlendirmeyi amaçlayan bir bilgi yolu" (Steiner), kurucusu olarak bilinir. 2007'de yayımlanan harika biyografisinde Mohr, Steiner'in hayatında ona manevi dünyaya girişi sağlayan, olağanüstü bir üretkenlik veren (Otistik Dizilim) ve manik enerji sayesinde yirmi kitap, dört tiyatro oyunu, bilhassa Goethe'nin bilimsel yazıları olmak üzere çok zengin şekilde alıntılarla dip notlandırılmış binlerce makale yazması ve 6000'den fazla konuşma yapmasını (**Mitomani Dizilimi**) sağlayan dizilimlerini ve çatışmalarını açığa çıkarmaktadır.

Güçlü bir Uçma Dizilimi, örneğin günahkar eylemler için cezalandırılmaktan korkutan ya da sonunun cehennem olacağı tehditlerini içeren dini vizyonların da sebebi olmak üzere, karmaşık **görsel halüsinasyonlar** (işitme ve koku halüsinasyonları ile karşılaştırın) yaratabilir. Megalomani Dizilimi ile birlikte bu durum mesihlik sanrıları veya önemli dini bir kişilik olma sanrısı yaratabilir. Burada kendini peygamber ilan edenleri veya dini tarikat kurucularını görürüz.

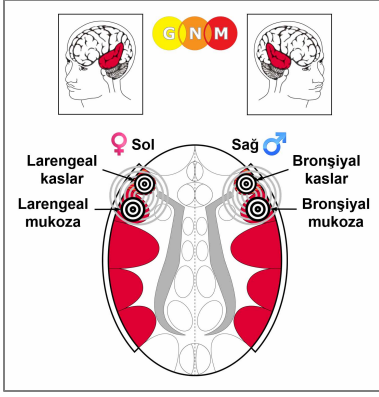


Joseph Smith (1805-1844), Mormonizm ve Son Dönem Azizleri hareketinin kurucusu, babasının bedenine uyguladığı ağır şiddete maruz kalmıştı. (Kaynak: Jon Krakauer, *Under the Banner of Heaven [Cennet Bayrağının Altında]*, 2003). Bu durum belli ki onun ürkme-korkma çatışması, alanda korku çatışması ve öz-değersizlik çatışmalarını yaşayarak Uçma Dizilimi ile Megalomani Dizilimine girmesine sebep olmuştu.

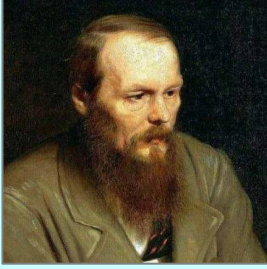
Smith'e göre, bir meleğin onu gömülü bir altın levha kitabına yönlendirdiği dahil olmak üzere bir dizi vizyon yaşamıştı. 1830'da Smith, bu levhaların İngilizce çevirisi olduğunu söylediği Mormon Kitabı'nı yayımladı.

"Şimdi onu her gece sadık bir şekilde ziyaret eden varsanısal bir beyefendinin sevgi, ilgi ve görünmez hediyelerini alıyor"
(Oliver Sacks, *Halüsinasyonlar*)

Nörolog Oliver Sacks (1933-2015) *Hallucinations [Halüsinasyonlar]* (2012) adlı kitabında görsel halüsinasyonları, rüya benzeri fazntezileri, bilincin değişmiş durumlarını, beden dışı deneyimleri veya öforik dini duyguları harekete geçiren "**ekstatik** (vecd) **nöbetler**" hakkında vakalar sunmuştur. İlginç şekilde nörolojik araştırmalarda bu tipteki "nöbetler", "temporal lob epilepsileri!" olarak anılmaktadır. GNM bağlamında "ekstatik nöbet", bir Uçma Diziliminin **Epileptoid Krizi** sırasında meydana gelir (**bkz. GNM diyagramı**).



Eğer bağlantılı çatışmalar (ürkme-korkma çatışması ve alanda korku çatışması), motor korteksteki larengeal veya bronşiyal kas rölesini de kapsıyorsa, bu durum eş zamanlı bir genel epilepsi nöbeti veya büyük nöbeti (grand mal) tetikleyebilir.



Rus roman yazarı **Fyodor Dostoevsky** (1821-1881), kendi açıklamalarına göre ilk epilepsi nöbetini Sibiry'a'da sürgünde yaşadığı sırada bir Paskalya gecesinde geçirmişti. Nöbetlerine mistik bir kutsanma hissi eşlik ediyordu, "Hava büyük bir gürültü ile doluydu ve hareket etmeye çalıştım. Cennetin aşağıya indiğini ve beni sarmaladığını hissettim. Gerçekten Tanrı'ya dokunmuşum" (Colin Grant, *A Smell of Burning: The Story of Epilepsy* [Yanık kokusu: Epilepsinin hikayesi], 2016).

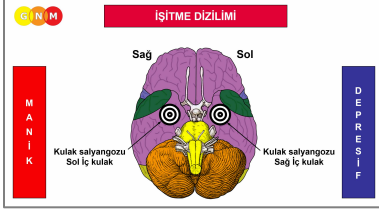
16 Kasım 1849'da bir Rus mahkemesi Dostoyevsky'yi diğerleriyle birlikte, sosyal reformları ve Rus serflüğünün kaldırılmasını savunan, radikal entelektüel bir grupta bağlantılı olduğu iddia edilen hükümet karşıtı faaliyetleri nedeniyle ölüme mahkum etti. 22 Aralık'ta idam mangasının önüne çıkarıldı fakat son dakikada cezası ertelendi. İdam yerine Dostoyevsky, Sibiry'a'daki bir esir kampında ağır çalışmak üzere dört yıllığına sürgün edildi. İlk kez yaşadığı "ekstatik nöbet", işte bu olaydan sonraydı (ürkme-korkma ve alanda korku çatışmalarıyla, "saplanıp kalmış hissetme" çatışmalarının sonucunda).

Bir Uçma Dizilimi, kişinin kendi bedenine bir dış gözlemci olması hissi (beden dışı deneyimle aynı şekilde) veya kişinin çevresine yabancılaşması (rüyada veya bir filmde yaşıyor gibi) ile de sonuçlanabilir. Dış dünya görsel olarak bozulmuş şekilde (nesnelere gerçekte olduklarından büyük veya küçük görünür) algılanabilir. Psikiyatride buna "**benlik kaybı/gerçeklikten kopma bozukluğu**" denmektedir. Ayrıca burada beden veya bedenin bir kısmı hareket ediyormuş gibi hissettiren **kinetik halüsinasyonlara** veya **motor halüsinasyonlara** da rastlarız. Kendilik algısının değişimi ve gerçekliğin çarpıklığının kapsamı, çatışma etkinliğinin derecesine bağlıdır. Tekrarlayıcı dönemler, yollara veya çatışma nökslerine işaret etmektedir.

Birlikte yürüyen bir Ölüm Sonrası Dizilimi (İntihar Dizilimi) ile, şiddetli depresyonda olan "uçucu", **intihar düşünceleri** geliştirir. İntihar eylemini, çatışma nöksü nedeniyle veya çatışma yoluna girilmesiyle ortaya çıkan ani manik duruma geçiş tetikler. Hayatına son vermenin tipik yollarından biri kendini yüksek yerlerden atmak (bir uçurumdan, bir dağdan, bir köprüden veya pencereden dışarıya) veya asmaktır (Ölüm Sonrası Dizilimi veya Saldırgan Dizilimi ile intiharla karşılaştırın). GNM'de, belirli intihar düşüncelerinden, dizilimlere sebep olan çatışmalar hakkında bir sonuç çıkarabiliriz. **NOT:** İntihar eğilimi olmasa bile, Uçma Diziliminde olan birisinin köprü korkuluklarında veya dağda bir kaya çıkıntısında dururken aniden atlama dürtüsü vardır. Bu, kontrol edilmesi zor bir dürtüdür.

İŞİTME DİZİLİMİ

Biyolojik çatışmalar: İki (alansal) işitme çatışması (“Bunu duymak istemiyorum!”) NOT: İç kulaktaki vestibüler organ, düşme çatışmasıyla ilişkilidir. Eğer bu çatışma her iki kulağı birden kapsıyorsa, bu Vertigo Dizilimine sebep olur ve “çifte vertigo” nedeniyle sarsak bir yürüyüş şekline yol açar.



Beyin ve Organ düzeyi: Sağ ve sol iç kulağın kulak salyangozlarının kontrol merkezlerine ilişkin beyin röleleri, birbirinin karşısında (Post) Sensoryal Kortekste yer alır. Kişinin biyolojik el kullanım durumu ve çatışmaların anne/çocuk ya da eş bağıntılı olup olmadığı, çatışmanın serebral kortekste hangi tarafta kaydedileceğini belirler.

NOT: İşitme röleleri, bir cinsellik çatışmasına ve alanda kayıp çatışmasına ayrılmış olan rahim ağzı/kalp toplardamarları ve kalp atardamarlarının kontrol merkezlerinin tam altındadır (bkz. alttaki beyin tomografisi). Dolayısıyla işitme çatışmalarının ayrıca **alansal veya cinsellik yanı** da bulunmaktadır (alanında bir “yırtıcının” veya bir rakibin sesi, cinsel tacizcinin sesi, birinin cinsel eşinin sadakatsiz olduğunu duyması). Bu durumda cinsiyet, el kullanım durumu ve hormon seviyesi ilkeleri uygulanmak zorundadır.

Bu dizilim, ikinci işitme çatışması karşıt beyin yarı küresini etkilediği anda oluşur. Her iki çatışmanın alansal/cinsellik yönü varsa, kişi mani-depresiftir (primer mani ve primer depresyon ile karşılaştırın). Çatışmaların anne/çocuk ve eş ile bağlantılı olduğu hallerde, bu durum söz konusu değildir. Bu dizilim, devamlı olabilir veya çatışma yollarına ya da nökslerine bağlı olarak tekrarlayıcı olabilir.

ÇATIŞMA SIRALAMASI

Cinsiyet, El kullanım durumu, Hormon seviyesi

Sağ el kullanan erkek (NHS)
Sol el kullanan erkek (NHS)
Sağ el kullanan erkek (DTS)
Sol el kullanan erkek (DTS)

Birinci çatışma

Alanda işitme çatışması
Alanda işitme çatışması
Cinsel işitme çatışması
Cinsel işitme çatışması

İkinci çatışma

Cinsel işitme çatışması
Alanda işitme çatışması*
Alanda işitme çatışması
Cinsel işitme çatışması*

Sağ el kullanan kadın (NHS)
Sol el kullanan kadın (NHS)
Sağ el kullanan kadın (DÖS)
Sol el kullanan kadın (DÖS)

Cinsel işitme çatışması
Cinsel işitme çatışması
Alanda işitme çatışması
Alanda işitme çatışması

Alanda işitme çatışması
Cinsel işitme çatışması*
Cinsel işitme çatışması
Alanda işitme çatışması*

NHS = Normal hormon seviyesi

DTS = Düşük testosteron seviyesi

DÖS = Düşük östrojen seviyesi

***Sol elini kullananlar için çatışma, diğer beyin yarı küresine aktarılır.**

Sesler ve gürültülerle tetiklenen işitme çatışması, **çatışma aktif fazında** kendisini kulak çınlaması ile gösterir. Duyulan sesler (tıkırtı, uğultu, zil çalışı v.b.), çatışmayla ilişkilendirilmiş olan sesin frekanslarıdır. Ancak eğer iki çatışmadan biri veya her ikisi de insan(lar) sesini içeriyorsa, bu **insan sesleri duymaya** veya **işitsel halüsinasyonlara** sebep olur (görsel halüsinasyonlar ve koku alma halüsinasyonları ile karşılaştırın). GNM bakış açısından insan sesleri işitme hali aslında kişinin farklı sesler yerine insan seslerini duyduğu bir “ses çınlamasıdır”. Diğer seslerle ilgili kulak çınlaması gibi, bu **insan seslerinin duyulmasının amacı** bir uyarı olmasıdır (“Bu sesi en son duyduğun zaman, tehlikedeydin!”).

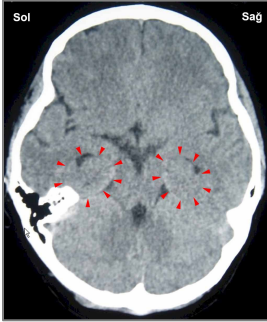


Down Sendromu: Dr. Hamer, Down Sendromunun varsayıldığı gibi Trizomi21 (21. gen çiftine eklenen üçüncü kromozom) nedeniyle değil, ancak tam olarak **hamileliğin ilk üç aylık devresinde meydana gelen** ve fetüs tarafından biyolojik olarak yaşanmış bir **çifte işitme çatışması** (işitme dizilimi) kaynaklı olduğuna dair çığır açıcı bir keşifte bulunmuştur (bkz. German New Medicine yaklaşımı yoluyla dört yaşındaki bir kızın, bu rahatsızlığın nasıl üstesinden geldiği hakkında “Genetik Hastalıkları Anlamak” isimli GNM makalesi).

Araştırmalar genel nüfusun %3-5'inin arasına ve kısa sesler duyduğunu göstermektedir. Bu insanlar, duydukları bu seslerle sorun yaşamamaktadır. Bununla birlikte, psikiyatride sesler duyulmasına şizofreni belirtisi (“paranoid şizofreni”) olarak bakılmaktadır. Standart tedavi, genellikle elden ayaktan düşüren yan etkileriyle birlikte, bu sesleri antipsikotik ilaçlarla baskılamaktır.

1987'de Hollanda'da psikiyatrist Marius Romme tarafından kurulan The Hearing Voices Network (HVN- Ses Duyanlar Ağı), ses işitmenin zihinsel bir rahatsızlık belirtisi olduğuna dair yerleşik kanıtı reddeden bir kurumdur. Resmi akıl sağlığı dünyasının dışında yer alan HVN, sesler işitmenin psikopatolojik bir durum olmasından çok, bunun “insan farklılığı” olduğu düşüncesindedir. Marius Romme'a göre gerçek sorun işitilen sesler değil, sesleri işiten kişinin bu seslerle ilişkisidir. Onun görüşüne göre bu sesler, sesleri işitenin düşünce ve duygularının bir yansımasıdır (“sesler sizi saldırganlaştırdığında, bu ses sizin ifade edemediğiniz saldırganlığınızı ifade etmektedir”). HVN'nin tedavi yöntemi bu seslerle ilgilenmek, onları dinlemek ve cevaplamak, ayrıca onlarla daha iyi başa çıkabilmek için bu seslerle ilişkiyi değiştirmektir. Bu yaklaşım kesinlikle baskın olan psikiyatrik protokole göre çok daha iyi karşılanan bir seçenektir. Ancak, bu uygulama yalnızca sesleri sakinleştirmektedir. Sonuçta bu seslerin varlığı devam etmektedir.

Dr. Hamer' in araştırması, iki işitme çatışmasından doğan ses işitmenin, serebral korteksteki iki işitme rölesiyle ilişkili olduğunu göstermiştir.



Bu beyin taraması işitmenin kontrol edildiği (sağ ve sol iç kulak kontrol merkezleri) iki beyin rölesini göstermektedir (bkz. [GNM diyagramı](#)). Hamer Odağının keskin sınırları, çatışma etkinliğine işaret etmektedir.

Bu derste, Prof. Romme seslerle sesi işiten arasındaki sözel iletişimin, “konuşma merkezinde etkinleşme” olarak görüldüğünü öne sürmektedir (28:16). Konuşma merkezi veya Broca bölgesi (bkz. [GNM diyagramı](#)), konuşma ve kelimeleri telaffuz etme yeteneğini kontrol etmektedir ve larengeal kaslar rölesine gömülmüş olması da bu yüzdendir. Bu nedenle, konuşma merkezinin iç seslerle konuşma yoluyla etkinleştiği iddiası, oldukça kuşku uyandırıcıdır.

Bu sesler ya DHS anında duyulanlardır ya da orjinal sesleri dil ve ses anlamında taklit edenlerdir. Tam olarak yaşanan çatışmaya bağlı şekilde bu sesler eleştirel, saldırgan veya düşmanca olabilir. Şiddetli işitme çatışmalarıyla (son derece üzücü haberler, sözlü hakaretler, suçlamalar, tehditler), bu sesler bunaltıcı hale gelebilir. Potansiyel olarak, sesler işitmenin stresi, yeni işitme çatışmalarını tetikleyerek (“Bunu duymak istemiyorum!”), kronik bir duruma yol açar.

GNM yaklaşımı, ikinci çatışmanın ne zaman ortaya çıktığını belirlemektir. Çünkü, seslerin ilk kez duyulduğu, bu zamandır. Bu herhangi bir yaşta meydana gelebilir (sesler işitmenin doğum öncesi bir travmadan kaynaklandığını öne süren teoriler tamamen varsayımsaldır çünkü, fetüsün anne karnında işitme çatışmalarını yaşaması halinde, bu sesler zaten erken bebeklikte de duyulacaktı). Kullanılan dile, aksana ve seslerin ne dediğine dikkat etmek, hem altta yatan çatışmayı hem de bu seslerin kimi temsil ettiğini ortaya çıkarır (“Çok kötü şeyler söylüyorlar bana-küçüklüğümde beri duyduklarımı yankılayan taciz edici, cinsel, şiddet içeren şeyler”). Seslerin ortaya çıktığı zamanları gözlemek, olası çatışma yollarını gösterir. Amaç işitme çatışmalarını belirlemek ve çözmektir çünkü ancak o zaman ses işitme sona erer. **NOT:** Yaşamsal hiçbir organ kapsamadığı için (bkz. [organ düzeyi](#)), çatışma çözümünü hedeflemek hiçbir risk taşımaz.

Ölmüş olanların seslerini duyanlar, aynı zamanda Uçma Dizilimindedir. Bağlantılı olan alanda korku çatışmaları ve ürkme-korkma çatışmaları, genellikle sevilen birinin beklenmedik kaybıyla tetiklenir. Matemde olan kişi hayatına devam etmeye hazır olduğunda, bu sesler de artık duyulmaz. Uçma Dizilimi ile İşitme Diziliminin birleşimi, ölenlerin ruhuna kanallık etmek üzere medyumluk yapmak için idealdir.

Ses işitenlerin birçoğu bu seslerden ilham almışlardır. Sokrat, Jeanne D’Arc, Avıvalı Teresa, Carl Jung, Gandhi, Rudolf Steiner ve Robert Schumann gibi ünlü kişiler, ilham kaynağı olarak davranan sesler duyduklarını ifade etmişlerdir. Bu sesler ya henüz vefat etmiş olanlardan veya doğa üstü kaynaklardan (melekler, ruhsal rehberler) gelmektedir. Taciz veya işkence görenler, genellikle bu işkence sırasında sesler duyar. Psikiyatride telepatik sesler genellikle “psikotik” olarak değerlendirilir ve anlamlı bir iletişimden çok uydurma diye düşünülür.



Fransızları, Orleans’ta zafere götüren mistik vizyoner Jeanne D’Arc (1412-1431), vizyon görmeye (bkz. [Uçma Dizilimi](#)) ve sesler işitmeye onüç yaşlarında başladı (“Tanrının sesini duyduğumda onüç yaşındaydım... bir yaz günü, babamın bahçesinde... üçüncü kez bu sesi işittiğimde onun bir meleğin sesi olduğunu fark ettim... Fransa’ya gelmem gerektiğini söylüyordu... Bana: ‘Git, Orleans şehri önündeki kuşatmayı kaldır. Git!’ dedi”) – Kaynak: *Joan of Arc Quotes* [Jeanne D’Arc Alıntıları], www.en.wikiquote.org/wiki/Joan_of_Arc.

Nörolog Oliver Sacks, *Hallucinations [Halüsinasyonlar]* (2012) kitabında Jeanne D’Arc’ın “vecd ortamında temporal lob epilepsisi” (bkz. [“ekstatik nöbetler”](#)) geçirmiş olabileceğini öne sürer ve merak eder: “Bunun nedeni bu belirli insanlarda özel bir şey – dini veya metafizik inanca önceden var olan bir eğilim – yüzünden mi? Yoksa bu nöbetin, beyinde dini hislere aracılık etmeye hizmet eden belirli kısımları uyarması yüzünden mi?” Dr. Hamer, beynin bu dini veya mistik vizyonları harekete geçiren bölgelerini daha 1990’ların başlarında tanımlamıştır!

Resim: Eugene Thirion (1876) – *Jeanne d’Arc receives messages from Archangel Michael* [Jeanne d’Arc, Başmelek Mikail’den mesajları alıyor]

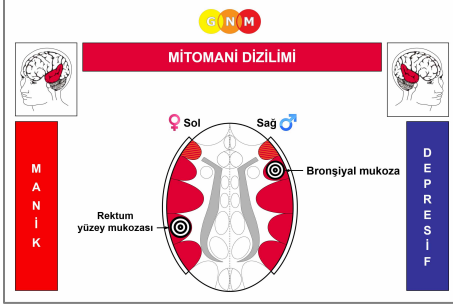


1854'te Alman besteci **Robert Schumann** (1810-1856), tamamlanmış çalışmalarını düzenlerken sesler duymaya başladı. Tek bir nota duymanın yanısıra (kulak çınlaması), insan sesleri ve meleksi bir müzik duyuyordu. Söylediğine göre, ya Schubert'in ya da Mendelsson'un öte taraftan ona bir "ruhsal tema" yazdırdıkları seslerdi. İkinci intihar girişimine doğru ilerleyen günlerde (bir köprüden Ren nehrine atladı – bkz. Uçma Dizilimi) Schumann, bu temanın bugün *Geistervariationen* [Hayalet varyasyonları] olarak bilinen beş varyasyonunu yazdı.

Ancak diğer boyutlara kapılar açıldığında, bu durum zarar verici niyetlere sahip düşmanca varlıkları da cezbedebilir (okuma önerisi: Wilson Van Dusen, [The Presence of Spirits In Madness](#) [Delilikte ruhların varlığı]). "Emir halüsinasyonları" diye adlandırılan huzursuzluk verici sesler, kişinin kendisine ve/veya başkalarına zarar verebileceği, belirli ve potansiyel olarak tehlikeli davranışlar talep ederler. Birlikte yürüyen bir Saldırgan Dizilimi ile bu kişi art niyetli emirlere boyun eğmeye mecbur kalır. Emirlerle uyulmaması hali için dile getirilen tehditler, paranoya ile sonuçlanan infaz çatışmalarına yol açabilir (bkz. [Paranoya Dizilimi](#)).

MİTOMANİ DİZİLİMİ

Biyolojik çatışmalar: Cinsiyete, el kullanım durumuna ve hormon seviyesine bağlı olarak **alanda korku çatışması, kimlik çatışması, alanda öfke çatışması, ürkme-korkma çatışması**.



Beyin ve Organ düzeyi: Bağlantılı beyin röleleri, serebral kortekste birbiriyle karşılıklı çaprazda yer alan rektum yüzey mukozası (sol temporal lob) ve bronşiyal mukozanın (sağ temporal lob) kontrol merkezleridir.

İkinci çatışma meydana geldiğinde bu kişi dizilimdedir ve manik-depresiftir (primer mani ve primer depresyonla karşılaştırın). Manik veya depresif duygu durumundan hangisinin baskın olacağı, bu iki çatışmadan hangisinin güçlü olduğuna göre belirlenir. Bu dizilim, devamlı olabilir veya çatışma yollarına ya da nükslerine bağlı olarak tekrarlayıcı olabilir.

ÇATIŞMA SIRALAMASI

Cinsiyet, El kullanım durumu, Hormon seviyesi

Sağ el kullanan erkek (NHS)
Sol el kullanan erkek (NHS)
Sağ el kullanan erkek (DTS)
Sol el kullanan erkek (DTS)

Sağ el kullanan kadın (NHS)
Sol el kullanan kadın (NHS)
Sağ el kullanan kadın (DÖS)
Sol el kullanan kadın (DÖS)

NHS = Normal hormon seviyesi

DTS = Düşük testosteron seviyesi

DÖS = Düşük östrojen seviyesi

Birinci çatışma

Alanda korku çatışması
Alanda öfke çatışması
Kimlik çatışması
Ürkme-korkma çatışması

Kimlik çatışması
Ürkme-korkma çatışması
Alanda korku çatışması
Alanda öfke çatışması

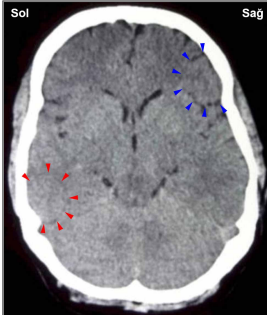
İkinci çatışma

Kimlik çatışması
Alanda korku çatışması*
Alanda korku çatışması
Kimlik çatışması*

Alanda korku çatışması
Kimlik çatışması*
Kimlik çatışması
Alanda korku çatışması*

***Sol elini kullananlar için çatışma, diğer beyin yarı küresine aktarılır.**

Mitomani Dizilimi, **zorlantılı konuşma** olarak kendini gösterir. Bu dizilimde olan insanların, konuşmak için ısrarlı bir dürtüsü vardır. Sonu gelmez monologları sürdürürler ve konuşmalarını kesmek zordur. Hızlı şekilde ve yüksek sesle konuşurlar. Özellikle mani bağlantılı çatışma baş gösterdiğinde veya örneğin çatışmalardan biriyle (veya her ikisi birden) ilişkili belli bir konu aracılığıyla tetiklenen bir yola girdiklerinde. Biyolojik bakış açısından, aşırı konuşma, rakibi aşağılama **amacına** hizmet eder.



Sol el kullanan bir kadının beyin taraması, bağlantılı çatışmaların rektum yüzey mukozası (sol temporal lob) ve bronşiyal mukozanın (sağ temporal lob) kontrol merkezlerindeki etkisiyle oluşan bir Mitomani Dizilimini göstermektedir (bkz. GNM diyagramı). Bronşiyal mukozayla bağıntılı ürkme-korkma çatışması, kısmen çözülmüş görünmektedir.

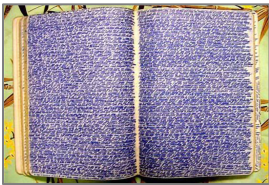
Hızlı ve hücum şeklindeki konuşma, psikiyatride **logore** olarak adlandırılır. Bu davranışın Broca bölgesinden veya serebral korteksin sol tarafındaki **larengal kasların rölesine** gömülü olan konuşma merkezinden kontrol edildiği varsayılmaktadır. Ancak Dr. Hamer'ın beyin taramaları üzerinde yaptığı çalışmalar, kontrolsüz konuşkanlığın, sağ kortikal yarı kürede yer alan bronşiyal mukozanın (larenks rölesinden çok) kontrol merkezini kapsayan bir şizofrenik dizilimden kaynaklandığını göstermiştir. Dahası, Broca bölgesi, konuşmanın hızını ve akışını değil, konuşma ve kelimelerin telaffuz edilmesi yeteneğini kontrol eder (bkz. **kekeleme**). **NOT:** Aşırı konuşmaya motor hiperaktivitesi eşlik ettiğinde, bu durum “saplanıp kalmış hissetmenin” sebep olduğu ilave bir Motor Korteks Dizilimini işaret eder.

Bu “konuşkanın”, her zaman bir dinleyiciye ihtiyacı yoktur. Dolayısıyla bu dizilim **kendi kendine konuşma** ya da monoton şekilde mırıldanma olarak kendini gösterebilir. Güçlü bir dizilimle bu kendi kendine konuşma belirli kelimeler veya kalıplarla sınırlıdır. Birlikte yürüyen bir Saldırgan Dizilimi de varsa, yüksek sesle küfür etmeler görülür. Sonu gelmez içsel monologlar, depresif duygu durumunun veya depresyon bağıntılı bir çatışmanın yola koyulmasıyla, yeniden etkinleşmesi halinin özelliğidir. Bir çatışma yoluyla karşılaşmak, alanda öfke çatışması veya kimlik çatışmasıyla ilişkili kişi(ler)e karşı yöneltilmiş içsel konuşmaların ani bir şekilde dile getirilmesini tetikleyebilir. Mito-depresif kişi, sesli ifadelerden çok, düşüncelerini ve acısını uzun ve abartılı şekilde günlüğüne dökmeye de eğilimlidir.

Mitomanikler ister ticaret, ister bir iş, bir araştırma projesi veya bir sanat çalışması olsun, özellikle ilgi alanlarında **fikir taşkınlığı içindedirler**. Herhangi bir konu hakkında kolaylıkla doğaçlama yapabilirler. “İştah yemeye gelir” deyişinde olduğu gibi, mitomanikler için de fikirler konuşmayla gelir. Burada hikaye anlatıcılarını, hayali öyküler uydurmakta usta olanları, genellikle aynı türde (korku hikayeleri, vampir hikayeleri, dedektif romanları, bilim kurgu) bir biri ardına kitap yazan üretken yazarları, hitabette iyi olan konuşmacıları (moderatör, bilim insanı, politikacı, hatip) ve her zaman can alıcı noktaya değinen insanları (komedyenler, eğlendiriciler) buluruz. Bir mitomani bir hikaye anlattığında yalnızca başkalarına konuşmaz, kendisini de eğlendirir! Özenle hazırlanmış “editöre mektuplar” veya sonu gelmez uzunluktaki e-postalar, bu dizilim açısından tipiktir. Genellikle bir mitomanik kişinin tercih ettiği konular, orijinal çatışmayı işaret eder (alanda korku çatışması, ürkme-korkma çatışması, kimlik çatışması, alanda öfke çatışması). Bu düğmelere basılması, sözel bir barajın kapağını açar.

Profesör, ilham perisi için yeni bir bakış öneriyor

Harvard Tıp Fakültesi nöroloji eğitmeni Alice Flaherty, “temporal lob etkinliği hakim durumdaysa, hevesli bir yazar, 600 logoreik sayfa çıkartabilir. Eğer temporal loblar frontal lob dolayısıyla kısıtlanırsa, sonuç daralabilir ve tutuklaşır”. Bu görüş, daha 1990'ların başında Dr. Hamer'ın keşfettikleriyle bağdaşmaktadır. GNM açısından yazarın bloke olması varsayıldığı gibi frontal lobdaki değişikliklerle bağlantılı değildir. Ancak daha çok sol kortikal yarı küredeki mani bağıntılı çatışmanın geçici olarak çözülmesiyle meydana gelir (iyileşme fazı sırasında hemoroidle). Manik yola bilerek sokulması, yazarın blokajını çözecek ve yaratıcılığı yeniden etkinleştirecektir. Kaynak: *The Harvard Gazette*, 29 Ocak 2004



Hipergrafi olarak bilinen, aşırı detaylı yazma olarak kendini gösteren bir zorlantıdır. Hipergrafinin bireysel olarak ifadesi, bağlantılı çatışmalar ve bunların kesin içeriği tarafından belirlenir. Çok yoğun bir dizilimle, kişi tek ve aynı kelimeyi sürekli tekrar edebilir.

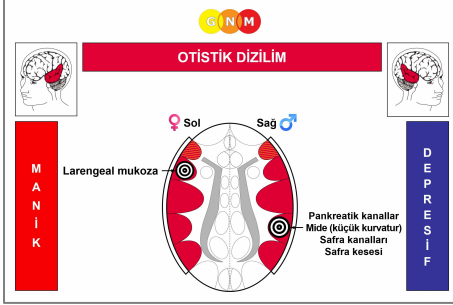


Alice in Wonderland [*Alis Harikalar Diyarında*] kitabı dahil (olgunlaşma duraklamasına dikkat edin!) bir çok kitabın yazarı olan **Lewis Carroll** (1832-1898)'ın hipergrafisi olduğu söylenir. Hayatı boyunca şekil değişiklikleriyle 98.000 harf yazmıştır. Bazıları tersten veya **rebus** (bir kelimeyi veya deyimini göstermek için resim kullanma) şeklindeydi.

Mitomani Dizilimindeki kişi **sözel abartma** ve hatta yalan söyleme eğilimi vardır. Güçlü bir dizilim, **zorlantılı ya da patolojik yalancı** yaratabilir. Eşlik eden Megalomani Dizilimi ile, bu yalanlar başkalarının hayranlığını veya acımasını elde etmek üzere tasarlanır. Saldırganlık Dizilimi ile (bkz. **ilave çatışmalar**) bu yalanlar, kötü niyet taşır. Saldırgan-Mitomani Diziliminde olan biri, sosyal medyada detaylı ve nefret içeren mesajlar üretmeye eğilimlidir. Karalama ve iftira yoluyla insanlara zarar vermekten hoşlanan blog yazarları, dedikodu gazetecileri veya şöhret suikastçileri, bu dizilimlerde dir.

OTİSTİK DİZİLİM

Biyolojik çatışmalar: Cinsiyet, el kullanım durumu ve hormon seviyesine bağlı olarak **alanda öfke çatışması, ürkme-korkma çatışması, alanda korku çatışması, kimlik çatışması.**



Beyin ve Organ Düzeyi: Bağlantılı beyin röleleri, serebral kortekste birbirinin çapraz karşıtında yer alan larengal mukoza (sol temporal lob) ve mide/pankreatik kanallar/safra kanalları iç astarının (sağ temporal lob) kontrol merkezleridir.

İkinci çatışma meydana geldiğinde bu kişi dizilimdedir ve manik-depresiftir (primer mani ve primer depresyonla karşılaştırın). Manik veya depresif duygu durumundan hangisinin baskın olacağı, bu iki çatışmadan hangisinin güçlü olduğuna göre belirlenir. Bu dizilim, devamlı olabilir veya çatışma yollarına ya da nükslerine bağlı olarak tekrarlayıcı olabilir.

ÇATIŞMA SIRALAMASI

Cinsiyet, El kullanım durumu, Hormon seviyesi

Sağ el kullanan erkek (NHS)
Sol el kullanan erkek (NHS)
Sağ el Left kullanan erkek (DTS)
Sol el kullanan erkek (DTS)

Sağ el kullanan kadın (NHS)
Sol el kullanan kadın (NHS)
Sağ el kullanan kadın (DÖS)
Sol el kullanan kadın (DÖS)

NHS = Normal hormon seviyesi

Birinci çatışma

Alanda öfke çatışması
Alanda korku çatışması
Ürkme-korkma çatışması
Kimlik çatışması

Ürkme-korkma çatışması
Kimlik çatışması
Alanda öfke çatışması
Alanda korku çatışması

DTS = Düşük testosteron seviyesi

İkinci çatışma

Ürkme-korkma çatışması
Alanda öfke çatışması*
Alanda öfke çatışması
Ürkme-korkma çatışması*

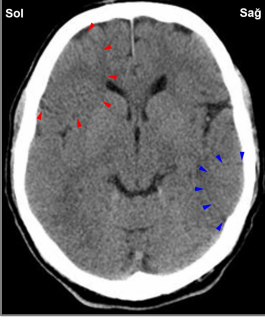
Alanda öfke çatışması
Ürkme-korkma çatışması*
Ürkme-korkma çatışması
Alanda öfke çatışması*

DÖS = Düşük östrojen seviyesi

***Sol elini kullananlar için çatışma, diğer beyin yarı küresine aktarılır.**

1990'ların sonundan bu yana **küçük çocuklardaki otizm**, bütün aşılarda olduğu gibi bilişsel ve zeka sorunları dahil olmak üzere ciddi nörolojik hasara yol açan nörotoksin (alüminyum, formaldehit) içeren KKK (kızamık-kabakulak-kızamıkçık) aşısına bağlanmaktadır. Geleneksel tıp aşısıyla ilgili herhangi bir ilişkiyi reddetmekte ve inatla, bu iddia için hiçbir kanıt olmamasına rağmen, bunu genetik unsurlarla bağdaştırmaktadır ("Otizme sebep olan hiçbir gen belirlenmemiş olmasına rağmen, araştırmacılar, otizimli çocukların miras olarak aldıkları genetik bir kodun düzensiz bir parçasını arıyorlar", *Autism Society of America*).

Otistik belirtiler ister sosyal kaygı, sosyal içe kapanma, fiziksel temasa direnç olsun ister nörotoksinlerin veya Otistik Dizilimin sebep olduğu belirli zorlantılı davranışlar olsun, beyin taraması yoluyla kolaylıkla belirlenebilir.



Bu beyin tomografisi, Otistik Dizilimde olan sağ el kullanan bir kadınındır (bkz. [GNM diyagramı](#)). Sol temporal lobdaki Hamer Odağının, her iki larenks rölesine yayıldığına dikkat edin (bkz. [GNM diyagramı](#)). Bu durum, sağ temporal lobdaki mide/pankreatik kanallar/safra kanallarıyla bağlantılı alanda öfke çatışması yerine, ürkme-korkma çatışmasının daha yoğun yaşandığını ortaya koymaktadır.

Larengeal kasların kontrol merkezine gömülmüş bulunan [Broca bölgesi](#), konuşma dilini ve konuşmayı kontrol eder. Eğer Broca bölgesi de etkilenmişse, bu kişi otistik davranışlara ilaveten ses tikleri tarzı konuşma bozuklukları da geliştirir.

Geleneksel tıpta ister bilişsel ister zeka ile ilgili olsun, çocuklar ve yetişkinlerdeki engellilik durumlarının ya genetik ya da hamilelik sırasındaki oksijen yetersizliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Dr. Hamer'ın araştırması; zihinsel sınırlılıkların **anne karnında** (bkz. Down sendromu), doğumda veya küçük çocuğun ilk yıllarında yaşanmış olan biyolojik çatışmaların sonucu olduğunu göstermiştir. Dr. Hamer'a göre otizmlilerde görülen zihinsel gerilik, varsayıldığı gibi çoğu vakada oksijen yetersizliğinden (doğum asfiksasyonu) değil, **zorlu bir doğum** sırasında harekete geçen şiddetli bir Otistik Dizilim yüzündendir. Erken olgunlaşma duraklaması, otistik çocukların olgunlaşmamış davranışları kadar gelişimsel gecikmelerini de açıklar (ağlama veya bunaltıcı ve hayal kırıklığı yaşanan durumlarda çılgınlıklar). Yeni doğanlar ve bebekler, stres yaratan **aşılama işlemleri** sırasında da ürkme-korkma çatışmaları ile alanda öfke çatışmaları yaşarlar. Nörotoksinlerin zararlı etkileriyle birlikte, bu durum yıkıcı sonuçlara yol açabilir.



Danimarka'da 2015'te yürütülen bir [araştırmada](#), sünnet edilen erkek çocuklarının otizm geliştirme riskinin %46 arttığı belirlenmiştir (Kayak: *International Business Times*, 20 Ocak 2015).

Sünnetin stresi ve aşırı ağrısı, elbette bir Otistik Dizilim yaratabilir.

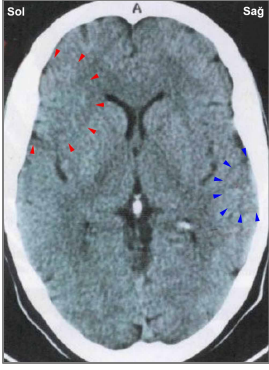
Psikiyatride **Otizm Spektrum Bozukluğu** olarak adlandırılan durum, GNM tanımlarıyla çok sayıda biyolojik çatışmayla bağlantılı olan dizilimlerin birleşimidir. Otizmliler veya **Asperger sendromlu** (otizmin daha hafif şekli olarak değerlendirilen) her insanın aynı belirtileri göstermemesinin sebebi budur. Bir çocuk rahatsız edici ve saldırgan davranışlar sergiliyorsa (öfke krizine girmek, başını duvara vurmaya, saç çekmek, kendini ısırma), bu birlikte yürüyen bir Saldırgan Dizilimine işaret eder (alandaki öfke ve kimlik çatışmaları). Sallanma ve diğer yinelenen beden hareketleri gibi motor tikler, Motor Korteks Dizilimine ve "saplanıp kalma hissetme" çatışmalarını gösterir. Motor çatışmalar, doğum sırasında ve bebek doğum kanalında saplanıp kaldığını hissettiğinde bile meydana gelebilir. **GNM'in pratikte uygulanmasında**, her bir "davranışsal belirtiyeye", kaynağını anlamak için birbirinden bağımsız olarak bakılmak zorundadır.

Otistik Dizilim kendisini **zorlantılı bir kabuğuna çekilme** ile gösterir. **Sosyal olarak kabuğa çekilmenin amacı**, kişinin çatışmalarıyla daha iyi baş etmesini sağlamaktır. Dizilim ne kadar güçlüyse, dünya ve otistik kişinin kendini güvenli hissettiği yer o kadar küçülür. **Mutizm**, konuşmaya gönülsüzlük, otistiğin başkalarıyla iletişim kurmayı reddetmesinin son aşamasıdır. "Seçici mutizm" gösteren çocuklar, örneğin aile üyeleriyle normal şekilde konuşabilirler ancak okulda veya yabancılarla konuşmayı reddederler.

İlimli Otistik Dizilimli insanlar, yalnız kalmaya can atar. Huzur ve sessizlikte kendileriyle kalmaktan, tek başına faaliyetlerden hoşlanırlar. Bu nedenle gürültüye karşı aşırı hassastırlar. Bir saatin tıklaması veya bir sinek vızıldaması gibi en hafif bir ses, onları huzursuz eder ve dikkatleri dağılır (hiperakuzi ile karşılaştırın). Elbette kalabalık içerisinde kendilerini rahat hissetmezler (Böbrek Toplama Kanalları Dizilimiyle bağıntılı kalabalıklarda olmaktan korkma veya agorafobi ile karşılaştırın). Benzer düşünen arkadaşlarının eşlik etmesine daha çok değer verirler. Düşüncelerini ve fikirlerini paylaşabilecekleri birini bulduklarında, özellikle manik durumdayken, çok konuşkan olurlar. Ancak depresif duygu durumu baskın olduğunda, sosyal temastan tümüyle kaçınırlar. Bir çatışma yoluna girme, bir anda inzivaya geri çekilmesini harekete geçirir. Depresif dönemlerde bu kişi bir şeyler hakkında takıntılı şekilde söylenebilir ve hareket etmeden ya da konuşmadan saatlerce oturabilir. Dr. Hamer bu zihinsel durumu “**otistik uyuşukluk**” olarak tanımlar (Beyin Sapı Diziliminde katotonik uyuşukluk ile karşılaştırın). Genellikle bu ıstırap verici düşünce kısır döngüsü, ısrarla örneğin alanda öfke çatışması gibi yeniden etkinleşen bir olayın etrafında döner.

Otistik Dizilim, **rutin ve aynılık ihtiyacı** yaratır. Otistikler, çevrelerinde ve günlük rutinlerinde uyum isterler. Bu durum, evin dışında yapılacakları da (yürüyüş rotası, gidilecek yerler, gidilecek restoranlar, yenilecek yemekler) kapsar. Düzen ve öngörülebilirlik, otistik kişinin “sağ kalması” için yaşamsaldır. Dolayısıyla rutindeki bir değişiklik, fazlasıyla huzursuz edici olabilir. Güçlü bir dizilimle birlikte kişi ön kapıyı belli sayıda kilitleme veya nesnelere belirli şekilde ya da da “tastamam” hissedinceye kadar sıralama ve düzenleme gibi **takıntılı ritüelistik davranışlar** geliştirebilir (“Kadın nesnelere ona ‘tastamam geldiğinde’, kalemi masasının üzerinde ve bilgisayarının fare altlığına belli bir dereceyle açı yaptığında, huzurlu bir dinginlik hissediyordu”). Bu “tastamam gelme” unsuru, örneğin nesnelere belli şekilde veya özel bir sayıya kadar dokunmak gibi tiklere de yayılabilir (Motor Korteks Diziliminde motor tikler ile karşılaştırın).

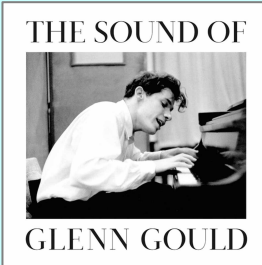
Uyumluluk ihtiyacı, **zorlantılı mükemmeliyetçilikle** birlikte gider. Otistik insanlar aşırı titiz ve dikkatlidirler. En ufak detaylara dikkat ederler ve çözümlünceye kadar problemlere kafa yorarlar. Sadece kendilerinden değil başkalarından da yüksek talepleri vardır (çocuklarından, öğrencilerinden, çalışanlarından) ve standartları karşılanmadığında fazlasıyla eleştireldirler. Ayrıca münakaşa etme eğilimleri de vardır. Manik-agresiflerin kavgalarından farklı olarak, münakaşalar akıl, kanıt ve mantık kullanarak yanlışları düzeltmekle ilgilidir. Münakaşa konuyla ilgilidir, kişilerle değil. Otistikler ukalalık derecesinde aşırı düzenlidirler (Uçma Dizilimi ile karşılaştırın). Giysiler ve ayakkabılar dolaplarda düzgünce sıralanır, duvarlardaki resimler mükemmel hizadadır, işyeri her zaman temiz ve düzenlidir, bazıları oldukça farklı düzenleme yöntemleri geliştirir. Otistik Dizilimdeki kişiler, işlerin bir an önce yapılmasına yönelirler. Zorlantılı planlamacılar ve planları beklenmedik şekilde değiştiğinde zorluk yaşarlar. Ayrıca aşırı dakik olma eğilimleri vardır (kronik şekilde geç kalan “uçucular” ile karşılaştırın). Her bakımdan üst düzeyde hırslıdırlar ve ister sanat, ister belli bir bilgi alanı veya spor alanı olsun, yüksek derecede odaklanmış ilgileri vardır. İlgilerinin peşinde gitmek, onların refahı ve mutluluğu için esastır. Enerji yükselişi nedeniyle manik-otistik yoğun yaratıcılık, zihinsel etkinlik, tahammül ve sabır gösterebilir (işkolikler genellikle Otistik Dizilimdedir). İşte bu tek başınalık, kesinlik ve tamlik ihtiyacı, zor görevleri çözme üzerine ısrar (“yaratıcı endişe”) ve bu konulara dair adanmışlık ve tutku, bu dizilimdeki kişinin mükemmeliyete ve başka türlü ulaşması mümkün olmayan başarılarla ulaşmasını sağlar. Bu durum, bir çok büyük sanatçının, yazarın, kaşifin ve araştırmacının, genellikle bütün hayatları boyunca manik depresyon yaşamasının sebebinin açıklanmaktadır.



Burada Otistik Dizilimi ([bkz. GNM diyagramı](#)) ifade eden bu beyin taraması, yalnızca organ düzeyindeki Biyolojik Özel Programı değil, kişinin zihinsel durumunu, psikolojik yaklaşımını ve karakter özelliklerini de ortaya koymaktadır. Hamer Odağının ölçeği, çatışmaların büyüklüğünü ve buna karşılık bu durumda otistik davranışın kapsamını da belirler.



Arturo Benedetti Michelangeli (1920-1995), 20. Yüzyılın en önemli piyano virtüözlerinden biri kabul edilmektedir. Nota mükemmeliyeti ve “manik” performanslarıyla bilinir. Takıntılı mükemmeliyetçiliği sebebiyle, repertuarı dikkat çekici ölçüde küçüktü. “Müzik parçalarını, dinleyiciler önünde icra etmeden önce yıllarca çalışırdı. Şimdiye kadar yaşamış olan herhangi bir piyaniste göre %100 yeterlilikle çaldı. Her hareketi dikkatle düşünülmüş ve maksimum sonucu alabilmek için minimuma sadeleştirilmişti” (*Baltimore Sun*, 13 Haziran 1995). Michelangeli tam bir inzivada yaşayan derinlikli özel biriydi. Halkla ilişkisinde sadece en gerekli olanları sürdürmüştü.



Kanadalı piyano virtüözü **Glenn Gould** (1932-1982), tuhafliklarıyla da bilinirdi. Yılın her döneminde eldivenler dahil olmak üzere kışlık giyinirdi ([bkz.resim](#)). El sıkışmayı sevmezdi ve toplumdaki uzak durdu. Manik durumdayken, Toronto Hayvanat bahçesine gidip, hayvanlara şarkı söylerdi. Günlerce uykusuz kalır ve sonrasında yeniden karanlık, depresif dönemler yaşardı. Apartmanından bir blok uzaktaki Fran’ın Restoranı, düzenli olarak takıldığı bir yerdi. CBC’deki bir radyo röportajına göre (15 Temmuz 1958), sabahın ikisiyle üçü arası bir zamanda Fran’ın Restoranına gidip, aynı yerde oturup, aynı çırpılmış yumurta yemeği siparişini verirdi.



Dünyaca ünlü İspanyol tenis oyuncusu **Rafael Nadal**, “oyununa odaklanmasına yardım eden” ritüeller sergilerdi. Sandalyesi, sahaya hizalanmış olmalıydı. Enerji jölesini her zaman aynı şekilde yerd: Üstünü yırt, yan tarafa katla, dört hafif sıkma hareketiyle jeli yukarı doğru iktir. İki su şişesi vardı (biri soğuk, biri ılık). Suyu her zaman aynı sırada yudumlardı. Su şişelerini tam olarak aynı pozisyona yerleştirirdi (“İki şişeyi ayaklarımın altına, sandalyemin önünde soluma ve tam birbirinin arkasında, sahaya çapraz hizada koyarım. Bazıları buna batıl inanç diyor ama değil. Eğer batıl inanç olsaydı neden kazandığımda da kaybettüğimde de aynı şeyi yapmaya devam edeyim ki? Bu kendimi maça hazırlarken, çevremi kafamda aradığım düzenle uyumlama yolum” – Kaynak: [Essentially Sports](#)).

Nadal’ın tenis ritüellerini bu [videoda](#) izleyebilirsiniz. Çizgiyi geçerken dikkat edin: “sağ ayak her zaman önce”. Ritüellerinden biri de bu.

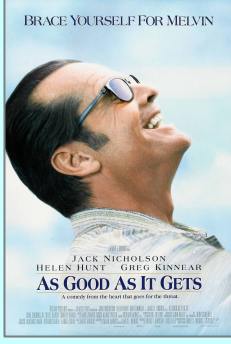
Nadal biyolojik olarak sol el kullanan biri (onu alkışlarken gösteren [resme](#) bakın). Ayakkabılarındaki çamuru sol ayakkabısından başlayarak silkiyor ve sol eliyle oynuyor (“Amcası Toni’nin onu sol el ile oynamaya zorladığına dair bir şehir efsanesi vardır ancak geçişi yapmaya karar veren aslında Nadal’ın kendisiydi”, *The Telegraph*, 27 Haziran 2015). Güçlü olan sol eli sayesinde bunu yapabildi. Her iki elini kullanabilen (ambidekströz) insanlar genellikle biyolojik olarak solaktır.



Temple Grandin, hayvan bilimcisi olarak göze çarpan bir kariyer yapan, yüksek işlevli bir otistiktir. Kendine özgü ilgisini ve hayvanların davranış ve duygularına dair aydınlatıcı görüşlerini *Animals in Translation* [Dönüşümde hayvanlar] (2005) adlı kitabında paylaşmıştır.



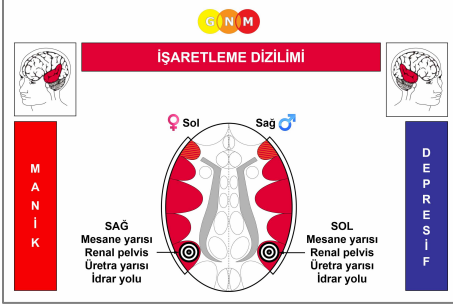
Otistik davranış, **Rain Man** filminde Dustin Hoffman tarafından başarıyla canlandırılmıştır. Ana karakter Raymond, otistiktir. Film, Raymond’un durumunun başlangıcını anlatan feci olayı göstermektedir. Bu berbat kaza (“ürkme-korkma çatışması”), küçük bir bebekken ve banyo küvetinde yalnız bırakıldığında meydana gelmiştir...



As Good As It Gets filminde Jack Nicholson tarafından canlandırılan Melvin, dairesinden çıkmadan önce ışık düğmelerini defalarca açıp kapama ve kapısını defalarca kilitleme gibi ritüelleri tekrar eder. Başkalarının ona dokunmasından rahatsız olur. Çatal-bıçak, yemek masasında düzenli durmalıdır. Rutinindeki değişikliklerle baş etmede zorluk yaşar. Bu yüzden restoranda ona her zaman servis yapan garson kız Carol bir gün işe gelmediğinde, kahvaltı edemez. Ayrıca mikroplar ve enfeksiyonlarla da başı derttedir (bkz. [Paranoya Dizilimi](#)).

İŞARETLEME ÇATIŞMASI

Biyolojik çatışmalar: İki (alanda) işaretleme çatışması. Çatışmanın sıralaması cinsiyet, el kullanım durumu ve hormon seviyesi tarafından belirlenir.

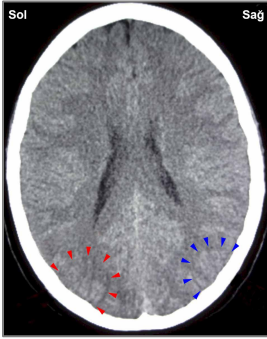


Beyin ve Organ Düzeyi: İlişkili olan beyin röleleri, serebral kortekste karşılıklı şekilde yer alan sağ idrar yolu, sağ renal pelvis, mesanenin ve üretranın sağ yarıları (sol temporal lob) ile sol idrar yolu, sol renal pelvis, sol mesane ve üretra yarısının (sağ temporal lob) kontrol merkezleridir.

İkinci çatışma meydana geldiğinde bu kişi dizilimdedir ve manik-depresiftir (primer mani ve primer depresyonla karşılaştırın). Manik veya depresif duygu durumundan hangisinin baskın olacağı, bu iki çatışmadan hangisinin güçlü olduğuna göre belirlenir. Bu dizilim, devamlı olabilir veya çatışma yollarına ya da nökslerine bağlı olarak tekrarlayıcı olabilir.

İşaretleme Dizilimi **zorlantılı idrara çıkma** olarak kendini gösterir. Gerçi idrar miktarı oldukça azdır. Sürekli olarak idrara çıkma dürtüsünün **amacı**, birinin "alanını" güvence altına almasıdır. Şiddetli bir dizilimle kişi her 20-30 dakikada bir işeyebilir.

Örneğin bir sınavdan hemen önce veya bir yolculuğa çıkmadan önce sık sık idrara çıkmak, doğal bir stres tepkisidir. Çünkü savaş-ya da-kaç tepkisinin bir parçası da, mümkün olan en kısa sürede atıklardan kurtulmaktır. Eğer genel stres durumu hariç tutulabilirse, özellikle belli bir dönem süresince bu rahatsızlık devam ediyorsa, İşaretleme Çatışması dikkate alınmalıdır ("Sorun ben 11 yaşlarımdayken başladı. Günde 18 kez işiyordum ve hala işemek zorundaymışım gibi hissediyordum").

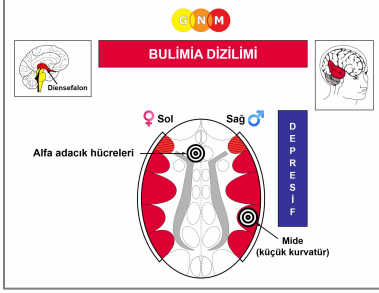


Sol el kullanan bir erkeğin bu beyin taramasında, iki alan işaretleme çatışmasının sebep olduğu İşaretleme Dizilimi, mesane/üretra/idrar yolu/renal pelvisin (sağ ve sol temporal loblar) kontrol merkezlerindeki Hamer Odağı ile görülmektedir (bkz. [GNM diyagram](#)).

İdrara çıkma zorlantısı yaşayanlar genellikle manik durumdadır. Ürologların organ muayenelerinde herhangi bir sebep bulamamalarının sebebi, bu sık sık idrara çıkma dürtüsünün herhangi bir belirti göstermeyen **çatışma aktif fazında** ortaya çıkmasıdır.

BULİMİA DİZİLİMİ

Biyolojik çatışmalar: Cinsiyete, el kullanım durumuna ve hormon seviyesine bağlı olarak **korkuyla tikslenme çatışması, alanda öfke çatışması, direnme çatışması, kimlik çatışması.**



Beyin ve Organ Düzeyi: İlişkili olan beyin röleleri, pankreasın alfa adacık hücreleri (sol **diensefalon**) ile midenin (sağ temporal lob) kontrol merkezleridir. **NOT:** Alanda öfke çatışması veya kimlik çatışması, safra kanallarının veya pankreatik kanalların mide (küçük kurvatür) ile paylaştıkları kontrol merkezini etkilediğinde, bu kişi Bulimia Diziliminde değildir.

Bu dizilim, ikinci çatışma beyin karşıt yarı küresinde kaydolduğu anda oluşur ve devamlı olabilir veya çatışma yollarına ya da nökslerine bağlı olarak tekrarlayıcı olabilir. **NOT:** Bulimia Dizilimi manik-depresyona veya olgunlaşma duraklamasına sebep olmaz. Manik depresyon yalnızca her iki çatışma da temporal lobları içeriyorsa gelişir.

ÇATIŞMA SIRALAMASI

Cinsiyet, El kullanım durumu, Hormon seviyesi

Sağ el kullanan erkek (NHS)
Sol el kullanan erkek (NHS)
Sağ el kullanan erkek (DTS)
Sol el kullanan erkek (DTS)

Birinci çatışma

Alanda öfke çatışması
Direnme çatışması
Korkuyla tikslenme çatışması
Kimlik çatışması

İkinci çatışma

Korkuyla tikslenme çatışması
Alanda öfke çatışması*
Alanda öfke çatışması
Korkuyla tikslenme çatışması*

Sağ el kullanan kadın (NHS)
Sol el kullanan kadın (NHS)
Sağ el kullanan kadın (DÖS)
Sol el kullanan kadın (DÖS)

Korkuyla tikslenme çatışması
Kimlik çatışması
Alanda öfke çatışması
Direnme çatışması

Alanda öfke çatışması
Korkuyla tikslenme çatışması*
Korkuyla tikslenme çatışması
Alanda öfke çatışması*

NHS = Normal hormon seviyesi

DTS = Düşük testosteron seviyesi

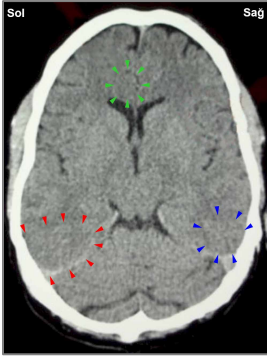
DÖS = Düşük östrojen seviyesi

***Sol elini kullananlar için çatışma, diğer beyin yarı küresine aktarılır.**

Bulimia (*bulimia nervosa*) kendisini **zorlantılı aşırı yemeyi takiben zorlantılı kusma** olarak gösterir. Kontrolsüz şekilde yeme (bingeleme), alfa adacık hücrelerinin kontrol merkezinden etkinleştirilir (çatışma etkinliği sırasında kan şekerinin düşmesi hipoglisemiye ve düşük glikoz seviyesini dengelemek için yemek yeme isteğine neden olur). Kusma dürtüsü (çıkarma) mide rölesi tarafından tetiklenir (kusmanın zorlantılı olmayıp, kilo almayı önlemek için kasten gerçekleştirildiği anoreksiya ile karşılaştırın). Bulimik için kilo alımı illa da bir endişe değildir. Anoreksiklerin tersine bulimikler özellikle alfa adacık hücreleriyle bağımlı çatışma (korkuyla tikslenme çatışması veya direnme çatışması) daha güçlü ise, normal ve hatta aşırı kilolu olabilirler. Bu durumda, çılgınca büyük miktarda yemek yeme baskındır. Ancak eğer mide bağımlı çatışma (alanda öfke çatışması veya kimlik çatışması) vurgulanmaktaysa, depresif bir duygu durumu (bkz. **primer depresyon**) ile birlikte, zorlantılı kusma önde gelir. Her iki çatışma eşit derecede güçlü olduğunda, bulimik kişi aşırı yeme – ve – kusma döngüsüne yakalanır. Zorlantıların kapsamı, çatışmaların yoğunluğuyla orantılıdır.

NOT: Manik davranış, sol temporal lobu içeren örneğin Otistik Dizilimle sonuçlanan bir alanda korku çatışması veya ürkme-korkma çatışması (içerme kapanma zorlantısı) ya da Saldırgan Dizilimi ile sonuçlanan ikinci bir alanda öfke çatışması veya kimlik çatışması gibi ilave bir çatışmaya işaret eder. Şimdi bu bulimik, manik-depresiftir (bkz. [ilave çatışmalar](#)). Olgunlaşma duraklaması, çatışmaların 23 yaştan önce meydana geldiğini ifade eder.

Bulimia, kadınlar arasında çarpıcı şekilde yaygındır. Beş yaşındaki kızlar ve altmışlarındaki kadınlara bulimia teşhisi konmaktadır. Bununla birlikte bu rahatsızlık genellikle ergenlik yaşlarında ortaya çıkmaktadır. Bulimia Dizilimi ile bağlantılı çatışmaların türü, bu durumun sebebine bir açıklama sunmaktadır. Korkuyla tikslenme çatışması sıklıkla rahatsız edici bir cinsel deneyim ile ilişkili olmaktadır (cinsel taciz, cinsel suistimal, oral sekse zorlanma, pornografiye maruz kalma, “tikindirici” ilk cinsel ilişki, “kirlili” seks). Alanda öfke çatışması tipik şekilde evdeki öfke (tartışan ebeveynler, bir aile üyesiyle münakaşa) veya okuldaki öfke (zorbalık, bir öğretmen tarafından kötü muamele görmek) nedeniyle meydana gelir. Bir kimlik çatışması ebeveynlerden birinin ölümüyle (duygusal ihmal, boşanma, ölüm) veya yakın bir arkadaşın kaybıyla ortaya çıkabilir. Kişinin ilk aşkını kaybetmesi de “nereye ait olduğunu bilmemek” nedeniyle bir kimlik çatışmasını harekete geçirebilir. Genç delikanlılarda bu çatışma kendi cinsel kimlikleri veya “oraya sığmamak” ile ilgili hissettikleri rahatsızlıkla tetiklenebilir.



Bu beyin tomografisi, sol el kullanan 24 yaşında ve tekrar eden bulimia yaşayan bir kadına ait. Beyin taraması çekildiği zaman, kimlik çatışması (sağ temporal lob-mavi oklar) çözülmüş görünmekte (Hamer Odağının düzensiz kenarları). Dolayısıyla o sırada kusma zorlantısı yoktu. Kimlik çatışması (birinci çatışma – bkz. çatışma sıralaması), 11 yaşındayken babasının aileyi terketmesinin stresine bağıntılı.

Alfa adacık hücrelerindeki Hamer Odağının keskin sınırlarından (sol diensefalonyeşil oklar), korkuyla iğrenme çatışmasının hala etkin olduğu sonucu çıkarılabilir ve bu da düşük kan şekeri düzeyi nedeniyle (hipoglisemi) yemeye can atmasına, dolayısıyla kilo alımına sebep olmaktadır. Korkuyla tikslenme çatışması (ikinci çatışması), 14 yaşındayken yeni üvey babasının cinsel taciziyle yaşanmıştı. Beyin taraması, onun bu çatışmasını yetişkinliğe taşıdığını ifade etmektedir.

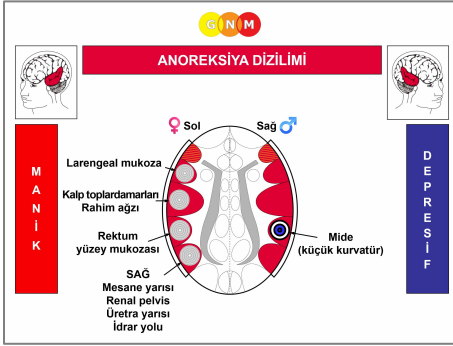
Rektum rölesiyle bağıntılı bir kimlik çatışmasının da hala etkin olduğuna dikkat edin (sol temporal lob-kırmızı oklar). Bu, Saldırgan Dizilimdeyken (ikinci kimlik çatışmasına, 18 yaşındayken erkek arkadaşının beklenmedik ayrılığı sebep olmuş), ilave bir [Bulimia Dizilimini](#) işaret etmektedir. Böylece birinci kimlik çatışmasının nüks edişleri (“baba yolu”), Bulimia Dizilimini ve aşırı yeme-kusma zorlantılarını olduğu kadar, kendini kesme zorlantısını da yeniden etkinleştirmektedir. Bu noktada depresif duygu durumunun ağır bastığı manik-depresif halde olduğundan, bu dönemde intihar düşünceleri de bulunmaktadır.

GNM yaklaşımı, ikinci çatışmanın (bkz. [çatışma sıralaması](#)) hangi yaşta meydana geldiğini teyit etmektir. Çünkü Bulimia Dizilimi o zaman oluşmuştur. Toplamda amaç bu çatışmayı çözmek ve çatışma yollarından kaçınma stratejileri geliştirmektir. Kişi bir kez dizilim dışına çıktığında, zorlantılar durur. Yukarıda anlatılan bu vakada, birinci kimlik çatışmasının çözümlenmesi, her iki dizilimi de aynı zamanda ortadan kaldıracaktır. **DİKKAT:** Bulimia ciddi sağlık sorunlarına sebep olabilir ve bu nedenle tıbbi özen gerektirir. Eğer alfa adacık hücreleriyle bağıntılı yoğun bir çatışma çözülmüşse, [Epileptoid Kriz](#) sırasında oluşacak akut bir glikoz düşüşüne karşı (hipoglisemik şok), hazırlıklı olmak önemlidir.

Geleneksel terapötik kavramlar, genel stres azaltılması dahil olmak üzere [bilişsel davranış terapisi](#), [aile/sistem terapisi](#), [sistemik aile dizilimleri](#) gibi psikoterapi yöntemleri veya besin ve kiloya dair tutum değişikliği (yemek planı oluşturmak, sağlıklı bir beslenme tarzıyla entegre etmek), kısa bir rahatlama getirebilir. Genellikle bu “başarı” kısa ömürlüdür. Çünkü altta yatan biyolojik çatışmalara hiçbir zaman değinilmemektedir.

ANOREKSİYA DİZİLİMİ

Biyolojik çatışmalar: Alanda öfke çatışması veya kimlik çatışması ve sol temporal lobla ilişkili herhangi bir çatışma (ürkme-korkma çatışması, cinsellik çatışması, ikinci bir kimlik çatışması veya bir işaretleme çatışması). Çatışma sıralaması cinsiyet, el kullanım durumu ve hormon seviyesi tarafından belirlenir.



Beyin ve Organ Düzeyi: İlişkili beyin rolleri midenin küçük kurvatürü (sağ temporal lob) ve larengeal mukoza, rahim ağzı/kalp toplardamarları, rektum veya mesanenin (sol temporal lob) kontrol merkezleridir.

İkinci çatışma meydana geldiğinde bu kişi dizilimdedir ve manik-depresiftir (primer mani ve primer depresyonla karşılaştırın). Manik veya depresif duygu durumundan hangisinin baskın olacağı, bu iki çatışmadan hangisinin güçlü olduğuna göre belirlenir. Bu dizilim, devamlı olabilir veya çatışma yollarına ya da nökslerine bağlı olarak tekrarlayıcı olabilir.

Anoreksiya (*anorexia nervosa*) kendisini **zorlantılı oruç tutma** ve yemeyi reddetme olarak gösterir. Anoreksikler, günde defalarca kilosunu ölçer. Kilo alma korkusu, ana çatışma yoludur. Uzamış bir Anoreksiya Dizilimi, aşırı kilo kaybına sebep olur ve bu nedenle hayatı tehdit edici olabilir.

NOT: Alanda öfke çatışması veya kimlik çatışması (“sığmamak”), her zaman kişinin kilosuyla ilgili rahatsızlıklarına ilişkindir. Örneğin kiloyla ilgili kırıcı ve aşağılayıcı yorumlar, kişinin boyuna posuna dair ailenin erkek üyelerince veya okul arkadaşlarınca sataşılması, aşırı kilolu olduğu için utandırılması, daha zayıf ve dolayısıyla daha çekici bulunan birine karşı yetersizlik hissetme (bir kadın arkadaş, abla, okul arkadaşı, bir manken, bir film yıldızı) gibi.

Amerikan Çocuk Sağlığı Akademisinin *Pediatrics* dergisinde Eylül 2013'te yayımladığı raporun sonuçlarına göre, “anoreksiyadan etkilenen önemli sayıda genç, aslında düzensiz yeme kalıplarına, obezite teşhisi için yeterli bir kiloya sahipken katılır” (“Many Teens Develop First Signs of Anorexia While Obese” [Bir çok genç, anoreksiyanın ilk işaretlerini obezken geliştirir], *Elements Behavioural Health*, 9 Ekim 2013).

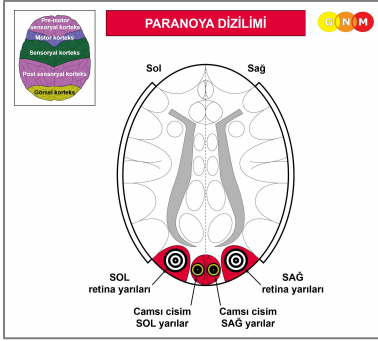
Bulimia gibi anoreksiya başlangıcı da daha çok genç kadınların gençlik yıllarında ortaya çıkmaktadır. Genç ve ergen kızlar özellikle bu yaşlarda görünüşleri hakkında daha kırılabilir oldukları için, kilolarına ilişkin çatışmalar yaşamaya daha yatkındırlar. Bununla birlikte 8 yaşlarındaki kızlar ve altmış yaşındaki kadınlar da anoreksik olabilmektedir. Delikanlılar ve yetişkin erkeklerde de anoreksiya görülmektedir.

Zihinsel hastalık belirtileri:

- Birlikte yürüyen bir ürkme-korkma çatışması ile ([larengeal mukoza rölesi](#)), anoreksik kişi içe kapanma zorlantısı ve özellikle kilosuna ve beslenmesine dair obsesif-kompulsif mükemmeliyetçiliği (zayıflık hedefi hiçbir zaman karşılanamaz) ile Otistik Dizilimdedir. Klinik psikolog [Lauren Muhlheim, Psy.D.](#),’a göre “Mükemmeliyetçilik ve yeme bozuklukları karşılıklı ilişkili olarak görünüyor ancak nedensellik tam net değil – hangisinin diğerine yol açtığını veya hangisinin önce geldiğini bilmiyoruz”. Dr. Hamer’ın bulguları, anoreksiya ve zorlantılı mükemmeliyetçiliğin neden ve hangi psikolojik koşullar altında birlikte geliştiğine dair bir açıklama sunmaktadır.
- [Rektum rölesinde](#) bir DHS kaydedildiğinde (ikinci bir alanda öfke veya kimlik çatışması), anoreksik kişi Saldırgan Dizilimindedir (bkz. [saldırgan davranış](#) ve [zorlantılı kendine zarar verme](#)).
- İlave bir Uçma Dizilimi ile (ürkme-korkma çatışması ve alanda korku çatışması), anoreksik kişinin bozuk bir beden imajı vardır. Şişman olma sanrısı, anoreksiğin psikozudur.
- Beynin yumurtlamanın kontrol edildiği [rahim ağzı rölesiyle](#) bağlantılı bir cinsellik çatışmasıyla, anoreksik kadında adet kanaması durur. Ancak adet kanama döngüsünün sonlanması düşük kilo nedeniyle de olabilir (östrojen üretimi, vücuttaki yağa bağımlıdır).
- Alfa adacık hücreleri de etkilendiğinde (korkuyla tikslenme çatışması veya direnme çatışması), anoreksik kişi aynı zamanda bulimiktir. Zorla kusmalar, laksatiflerin veya diyet haplarının kullanılması veya aşırı egzersiz yapma, kilo alımını önlemek için araçlardır (normal beden kilosuna sahip olabilen “salt” bulimiklerle karşılaştırın). Genellikle anoreksikler şişman olmayı “tikindirici” olarak değerlendirirler ve bu da korkuyla tikslenme çatışmasını etkin halde tutabilir. Bulimiklerin çoğunluğu asla anoreksik olmazlar ancak anoreksikler genellikle bulimiktir.
- Anoreksiklerin çoğunda olgunlaşma duraklaması vardır çünkü bu çatışmalar genellikle ergenlik sırasında ortaya çıkar.

PARANOYA DİZİLİMİ

Biyolojik çatışmalar: Üzerinden atılamayan korku ve bir “yırtıcıdan” korku



Beyin ve Organ Düzeyi: Bu çatışmalar, görsel korteksten kontrol edilen retina ve camsı cisim ile ilişkilidir. Görsel korteks başın arkasında yer almaktadır. Dolayısıyla “zulüm çatışmaları” ile ilişkilidir.

Her iki gözün retinasının sol yarısı ile camsı cisminin sol yarısı, **görsel korteksin sol tarafından** kontrol edilir. Her iki gözün retinasının sağ yarısı ile camsı cisminin sağ yarısı ise, **görsel korteksin sağ tarafından** kontrol edilir.

NOT: Kişinin biyolojik el kullanım durumu ve çatışmaların anne/çocuk veya eş ile bağıntılı oluşu, çatışmaların hangi beyin yarı küresinde kaydedileceğini belirler. Beyinden organa çapraz bir karşılıklı ilişki bulunmadığından, el kullanım durumu ilkesi bu yüzden tersine çevrilir.

Bu dizilim, ikinci çatışmanın karşıt beyin yarı küresinde kaydedildiği anda oluşur. Bu çatışmalar eş zamanlı olarak da meydana gelebilir. Bu dizilim, devamlı olabilir veya çatışma yollarına ya da nökslerine bağlı olarak tekrarlayıcı olabilir.

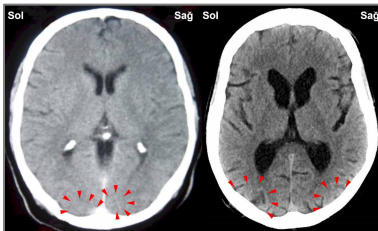
Görsel Korteks Dizilimi, **paranoya** olarak kendini gösterir. **Paranoyak düşüncelerin veya davranışların amacı**, aynı türdeki bir çatışmaya hazırlıklı olmak için aşırı tetikte olmaktır. Paranoyanın kapsamı, çatışmaların yoğunluğuyla orantılıdır.

“Paranoyak bir olay örgüsünde, daima bir yerlerde saklı bir gerçeklik unsuru vardır”

Roberta Payne, *Speaking to My Madness: How I Searched for Myself in Schizophrenia* [Deliliğimle konuşma: Kendimi şizofrenide nasıl aradım], 2013

Orjinal çatışma durumuna bağlı olarak bu dizilimdeki kişi; diğerlerinin kendisine düşmanca tavırları olduğuna, eşinin onu aldattığına, aileden birinin parasının peşinde olduğuna, kazıklandığına vb. dair inatçı bir kuşkuculuk geliştirir. **Zulüm sanrıları** denilenler (“beni almaya geliyorlar”, “benim peşimdeler”), “yırtıcılardan korku” (devlet yetkilileri, vergi müfettişleri, icra memurları, polis) çok güçlü olduğu zaman gelişir. Psikiyatride bu “sanrılara”, “paranoid şizofreni” teşhisi konmaktadır.

Zorlantılı paranoyak davranışlar; kapının emniyetli şekilde kilitleyip kilitlemediğinin veya elektrikli cihazların kapatılıp kapatılmadığının tekrar tekrar kontrol edilmesi, çanta ve cüzdanların zorlantılı kontrolü, bir çek yazarken, bir form doldururken veya yazım hataları için aşırı kontrollerin yanı sıra takıntılı temizlik ve mikroplar, kir ve ter ile meşguliyete bağlı olarak zorlantılı el yıkamayı da içerir (ter, zorlantılı duş alma veya aşırı çamaşır yıkama için bir çatışma yolu olabilir).

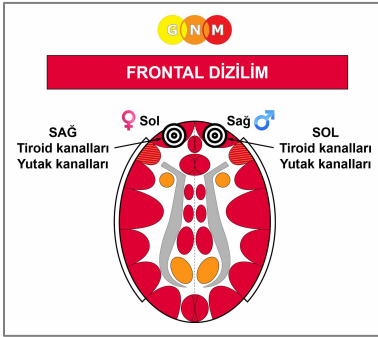


Soldaki beyin taraması, her iki gözün camsı cisminin kontrol merkezlerini kapsayan bir Paranoya Dizilimini göstermektedir (bkz. [GNM diyagramı](#)). İlişkili biyolojik çatışmalar, “yırtıcıdan korkulardır”.

Sağdaki beyin taraması, her iki retina rölesini de kapsayan bir Paranoya Dizilimini göstermektedir. İlişkili biyolojik çatışmalar, üzerinden atılamayan korkulardır.

FRONTAL DİZİLİM

Biyolojik çatışmalar: Karşı karşıya kalma çatışması ve acizlik çatışması



Beyin ve Organ Düzeyi: İlişkili beyin röleleri, pre-motor sensoryal korteksin (serebral korteksin bir kısmı) ön tarafında konumlanan sağ tiroid kanalları/yutak kanalları ve sol tiroid kanalları/yutak kanallarının kontrol merkezleridir. Yutak kanalları ve tiroid kanalları aynı beyin rölelerini paylaşırlar.

Bu dizilim, ikinci çatışmanın karşıt beyin yarı küresinde kaydedildiği anda oluşur. Dizilim, devamlı olabilir veya çatışma yollarına ya da nökslerine bağlı olarak tekrarlayıcı olabilir. **NOT:** Frontal Dizilim, manik depresyona veya olgunlaşma duraklamasına sebep olmaz. Manik-depresyon, yalnızca her iki çatışma da temporal lobları ilgilendiriyorsa gelişir.

ÇATIŞMA SIRALAMASI

Cinsiyet, El kullanım durumu, Hormon seviyesi

Sağ el kullanan erkek (NHS)
Sol el kullanan erkek (NHS)
Sağ el kullanan erkek (DTS)
Sol el kullanan erkek (DTS)

Birinci çatışma

Karşı karşıya kalma çatışması
Karşı karşıya kalma çatışması
Acizlik çatışması
Acizlik çatışması

İkinci çatışma

Acizlik çatışması
Karşı karşıya kalma çatışması*
Karşı karşıya kalma çatışması
Acizlik çatışması*

Sağ el kullanan kadın (NHS)
Sol el kullanan kadın (NHS)
Sağ el kullanan kadın (DÖS)
Sol el kullanan kadın (DÖS)

Acizlik çatışması
Acizlik çatışması
Karşı karşıya kalma çatışması
Karşı karşıya kalma çatışması

Karşı karşıya kalma çatışması
Acizlik çatışması*
Acizlik çatışması
Karşı karşıya kalma çatışması*

NHS = Normal hormon seviyesi

DTS = Düşük testosteron seviyesi

DÖS = Düşük östrojen seviyesi

***Sol elini kullananlar için çatışma, diğer beyin yarı küresine aktarılır.**

Frontal Dizilim kendisini **ileride olan şeyden takıntılı bir korku** (geleceğe dair olay veya durumlara yönelik genel huzursuzluk veya kaygı hissiyle karıştırılmamalıdır) olarak gösterir. Yoğun bir dizilim, **akut kaygı durumuna** sebep olabilir. **Aşırı kaygının amacı**, önceden tehdit edici veya tehlikeli olarak algılanmış bir durumla yeniden karşı karşıya kalınması durumuna hazırlıklı olmaktır. Burada ayrıca akut sınav kaygısı ve akut sahne korkusunu da görürüz.

NOT: Kaygı ve panik ataklarının, beynin korkuyu işlemekte önemli bir rolü olan bölgesi sol **amigdala**daki etkinliklerle bağlantılı olduğu ileri sürülmektedir. Dr. Hamer'a göre kaygı atağı; terleme, hızlı kalp atışı, hızlı nefes alma, yüksek kan basıncı, mide bulantısı ve titreme gibi tipik çatışma aktif (simpatikotonik) stres belirtilerine sebep olan **herhangi** bir çatışmanın **güçlü** çatışma nöksü tarafından tetiklenir. Çatışma yolu, kaygı atağını harekete geçiren bir "alerji" gibidir. Karıncalanma duyuları, göğüs ağrısı veya mide ağrısı, ilişkili biyolojik çatışmalara işaret eder. Panik atakla, bu belirtiler daha şiddetlidir. Çatışma nöksleri veya çatışma yolları bir dizilimi yeniden etkinleştirdiğinde, bu kaygı veya panik atakları dizilim bağıntılı zihinsel belirtileri de gösterir. Örneğin bir Motor korteks Dizilimi ile klostrofobik, Böbrek Toplama Kanalları Diziliminde agorafobik veya bir Uçma Dizilimiyle birinin çevresinden kopması şeklinde. Güçlü bir Frontal Dizilimle veya Fronto-Oksipital Dizilimle bu kaygı atakları veya panik ataklar, özellikle **Epileptoid Kriz** sırasında akut olabilir (bkz. **psikotik ataklar**).



Bu beyin tomografisi, henüz çözülmüş olan bir Frontal Dizilimi göstermektedir (bkz. GNM diyagramı). İlişkili beyin rölelerindeki gliya halkaları (beyaz renkli olarak görünen), iyileşme fazının başlangıcına işaret etmektedir. **NOT:** Nöroglia, periferiden (dış taraftan) başlayarak beyin rölesini onarmaya başlar. Geleneksel tıpta bu gliya birikiminin, yanlış şekilde “beyin tümörü” olduğu var sayılır.

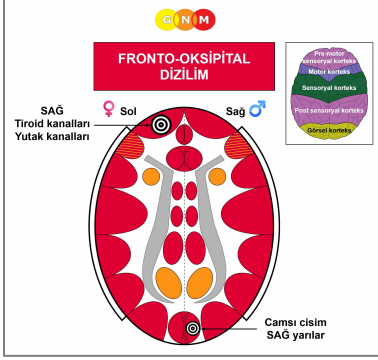
Bu beyin taraması, şirketinin mali açıdan ayakta kalması ile ilgili olarak fazlasıyla endişeli bir iş adamına aittir. İflas edeceğine dair (karşı karşıya kalma çatışması) tekrarlayan korkuları ve çalışanlarına yol vermek (acizlik çatışması) zorunda kalabileceği endişeleri vardı (sağ el kullanıyor). Dizilime girdiğinde (her iki çatışma ile çatışma aktif durumda), akut kaygı durumundaydı. Faturasını ödememiş olan müşterilerinden gecikmiş alacaklarını tahsil etmek üzere harekete geçmesinden sonra, her iki çatışması da çözülmüştü.

Sol alttaki ok, beyin sapındaki kolon rölesinde glia birikimine işaret etmektedir. Bu durum, müşterilerinin ödemelerini yapmadıkları zaman hissettiği sıkıntıyla ilişkilendirdiği bir hazmedilemez lokma çatışmasının iyileşme fazında olduğunu da vurgulamaktadır. Bu beyin tomografisi, üç çatışma arasındaki karşılıklı bağlantıları teyit etmektedir.

FRONTO-OKSİPİTAL DİZİLİM

Fronto-Oksipital Dizilim, frontal lobu ve oksipital lobu (görsel korteks) içerir.

Biyolojik çatışmalar: Karşı karşıya kalma çatışması, acizlik çatışması, üstünden atlamayan korku, bir “yırtıcının” korkusu.



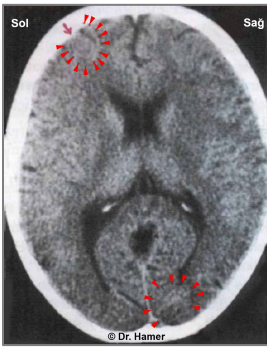
Beyin ve Organ Düzeyi: İlişkili beyin röleleri, pre-motor sensoryal korteks ve görsel kortekste birbirlerine çapraz karşılıklı gelen tiroid kanalları, yutak kanalları, retina ve camısı cismin kontrol merkezleridir.

Bu diyagram, sağ tiroid kanalları/yutak kanallarının (sol pre-motor sensoryal korteks) ve her iki gözün sağ yarılarının sağ camısı cisminin (sağ görsel korteks) beyin rölelerini içeren bir dizilimi göstermektedir.

NOT: Kişinin cinsiyeti, el kullanım durumu ve hormon seviyesi, sağ veya sol frontal lobu karşı karşıya kalma çatışmasının mı yoksa acizlik çatışmasının mı etkileyeceğini belirler. Biyolojik el kullanım durumu ve çatışmanın anne/çocuk veya eş ile bağlantılı olup olmaması, bu “zulüm çatışmasının”, görsel korteksin hangi tarafında kaydedileceğini belirler (retina ve camısı cisim söz konusu olduğunda, el kullanım durumu ilkesi tersine çevrilir).

İkinci çatışma meydana geldiğinde, dizilim oluşur. **NOT:** Fronto-Oksipital Dizilim, manik depresyona veya olgunlaşma duraklamasına sebep olmaz. Manik-depresyon, yalnızca her iki çatışma da temporal lobları ilgilendiriyorsa gelişir.

Fronto-Oksipital Dizilim kendisini **akut panik durumu** ile ifade eder çünkü kişi kendisini hem önden gelen tehlike hem de arkasından gelen tehlike arasında kapana kısılmış hisseder. Bu panik özellikle Epileptoid Kriz (bkz. [psikotik ataklar](#)) sırasında güçlüdür. Tekrarlayan panik ataklar, bu çatışmalar ilk kez ortaya çıktığında bilinç altına kaydedilen çatışma nöksleri veya çatışma yolları (belli bir konu, kişi, yer, ses, koku) tarafından harekete geçirilir.



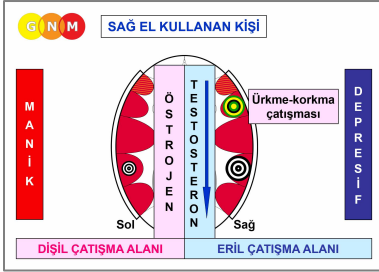
Bu beyin taraması bir Fronto-Oksipital Dizilimi göstermektedir. Bu dizilime, bir kanser teşhisi şoku ve acil ameliyat gerektiğinin bildirilmesi sebep olmuştur. Camsı cisim rölesindeki beyin ödemi (koyu renkli görünen), beyin tomografisi çekildiği zaman, “yırtıcının korkusunun” (cerrahtan) henüz çözülmüş olduğunu belirtmektedir (“Hastayı sakinleştirmeyi başardık. Kısa bir süre, gözleri iyi görmedi. Bu arada herşey normale geri döndü”).

Kaynak: Ryke Geerd Hamer, *Vermächtnis einer Neuen Medizin*, Cilt. 2, s. 257

İLAVE KORTİKAL ÇATIŞMALAR

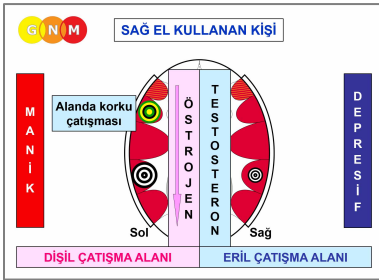
Bir **Temporal Loblar Dizilimi** (Ölüm Sonrası Dizilimi, Kazanova Dizilimi, Nemfomani Dizilimi, Saldırgan Dizilimi, Uçma Dizilimi, Mitomani Dizilimi, Otistik Dizilim, İşaretleme Dizilimi) zaten oluşmuş ise, pre-motor sensoryal korteks (tiroid kanalları/yutak kanalları röleleri) ve glikoz merkezi ile bağıntılı daha fazla çatışma, Ölçek Kuralını takip eder. **İlave çatışmaların sağ veya sol beyin yarın küresini etkilemesi, kişinin biyolojik el kullanım durumu ve yeni çatışmalar meydana geldiği zamanki iki çatışmadan hangisinin güçlü olduğu tarafından belirlenir.**

TEMPORAL LOBLAR – Sağ el kullananlar



Sağ el kullanan bir kişi (kadın ya da erkek) örneğin bir Saldırgan Diziliminde olduğunda ve **depresyon bağıntılı çatışma** (sağ temporal lob) **baskınsa, üçüncü çatışma da sağ kortikal yarı kürede** kaydedilir. Sonuçta, **depresif duygu durumu derinleşir**. Aynı ilke, ilave olan çatışmalar için de geçerlidir.

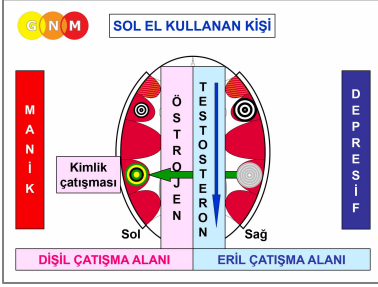
Yeni çatışma meydana geldiği zamanki hormon seviyesini göz önünde bulundurduğumuzda (normal testosteron seviyesinden daha düşük), üçüncü çatışma dışil bir tarzda yaşanır. Örneğin bir ürkme-korkma çatışması, Saldırgan Dizilime bir Mitomani Dizilimi ilave eder.



Sağ el kullanan bir kişi (erkek ya da kadın) bir Saldırgan Diziliminde olduğunda ve **mani bağıntılı çatışma** (sol temporal lob) **baskınsa, üçüncü çatışma da sol kortikal yarı küreye** gider. Sonuçta, **manik duygu durumu yükselir**. Aynı ilke, ilave olan çatışmalar için de geçerlidir.

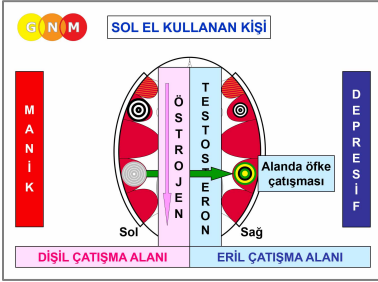
Yeni çatışma meydana geldiği zamanki hormon seviyesini göz önünde bulundurduğumuzda (normal östrojen seviyesinden daha düşük), üçüncü çatışma eril bir tarzda yaşanır. Örneğin bir alanda korku çatışması, Saldırgan Dizilime bir Otistik Dizilim ilave eder.

TEMPORAL LOBES – Left-Handers



Sol el kullanan biri (erkek ya da kadın) örneğin bir Uçma Diziliminde olduğunda ve **depresyon bağıntılı çatışma** (sağ temporal lob) **daha güçlüyse, üçüncü çatışma sol temporal loba** gider çünkü bu çatışma beynin karşıt yarı küresine aktarılır. Sonuç olarak **depresyon azalır ve manik duygu durumu güçlenir**. Aynı ilke, ilave olan çatışmalar için de geçerlidir.

Yeni çatışma meydana geldiği zamanki hormon seviyesini göz önünde bulundurduğumuzda (normal testosteron seviyesinden daha düşük), üçüncü çatışma dişil bir tarzda yaşanır. Örneğin bir kimlik çatışması, Uçma Dizilimine ilave bir Mitomani Dizilimi yaratır.

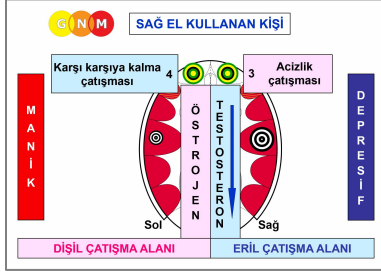


Sol el kullanan biri (erkek ya da kadın) örneğin bir Uçma Diziliminde olduğunda ve **mani bağıntılı çatışma** (sol temporal lob) **daha güçlüyse, üçüncü çatışma sağ temporal loba** gider çünkü bu çatışma beynin karşıt yarı küresine aktarılır. Sonuç olarak bu **kişi daha az manik ve daha fazla depresiftir**. Aynı ilke, ilave olan çatışmalar için de geçerlidir.

Yeni çatışma meydana geldiği zamanki hormon seviyesini göz önünde bulundurduğumuzda (normal östrojen seviyesinden daha düşük), üçüncü çatışma eril bir tarzda yaşanır. Örneğin bir alanda öfke çatışması, Uçma Dizilimine ilave bir Otistik Dizilim yaratır.

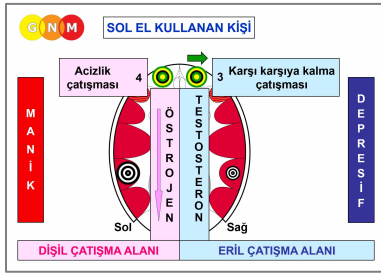
Temporal loblara ilişkin ilave olan çatışmalar, mevcut manik veya depresif duygu durumunu artırır veya azaltırlar.

PRE-MOTOR SENSORYAL KORTEKS (Tiroid kanalları/Yutak kanalları röleleri)



Sağ el kullanan bir kişi (erkek ya da kadın) bir Temporal Loblar Diziliminde örneğin bir Ölüm Sonrası Diziliminde olduğunda ve **depresyon bağıntılı çatışma** (sağ temporal lob) **baskınsa, üçüncü çatışma sağ tiroid kanalları/yutak kanalları rölesine** etki eder.

Yeni çatışma meydana geldiği zamanki hormon seviyesini göz önünde bulundurduğumuzda (normal testosteron seviyesinden daha düşük), üçüncü çatışma dişil bir tarzda, yani bir acizlik çatışması olarak yaşanır. Eğer bu erkek ya da kadın, bir de herşeyin üzerine manik dönem sırasında bir karşı karşıya kalma korkusu çatışması (dördüncü çatışma) yaşarsa, bu da Ölüm sonrası Dizilime ilave olarak bir Frontal Dizilim yaratır.

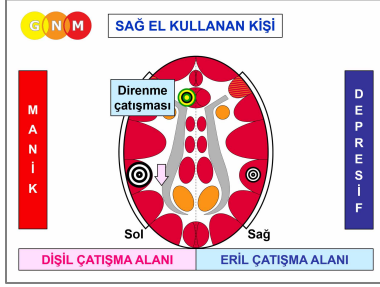


Sol el kullanan biri (erkek ya da kadın) örneğin bir Saldırgan Diziliminde olduğunda ve **mani bağıntılı çatışma** (sağ temporal lob) **daha güçlüyse, üçüncü çatışma sağ tiroid kanalları/yutak kanalları rölesine** etki eder çünkü bu çatışma beynin karşıt yarı küresine aktarılır.

Yeni çatışma meydana geldiği zamanki hormon seviyesini göz önünde bulundurduğumuzda (normal östrojen seviyesinden daha düşük), üçüncü çatışma eril bir karşı karşıya kalma korkusu çatışması olarak yaşanır. Eğer bu erkek ya da kadın, bir de herşeyin üzerine depresif dönemde dişil acizlik çatışması (dördüncü çatışma) yaşarsa, bu da Saldırgan Dizilime ilave bir Frontal Dizilim yaratır.

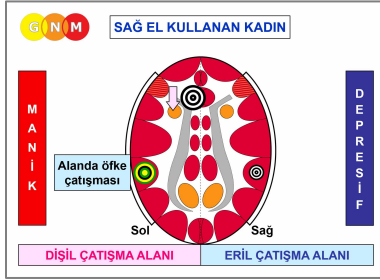
Frontal loba ilişkin ilave çatışmalar, mevcut manik veya depresif duygu durumunu değiştirmez.

GLİKOZ MERKEZİ

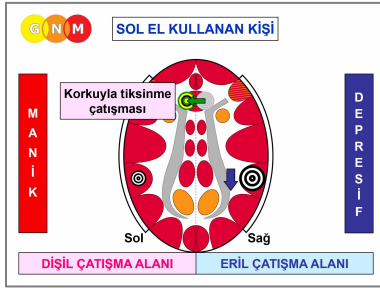


Sağ el kullanan biri (erkek ya da kadın) bir Temporal Loblar Diziliminde, örneğin bir Saldırgan Diziliminde olduğunda ve **mani bağıntılı çatışma** (sol temporal lob) **baskınsa, üçüncü çatışma sol diensefalona** etki eder.

Yeni çatışma meydana geldiği zamanki hormon seviyesini göz önünde bulundurduğumuzda (normal östrojen seviyesinden daha düşük), üçüncü çatışma eril bir tarzda yaşanır. Direnme çatışması, Saldırgan Dizilimine ilave olarak bir Bulimia Dizilimi yaratır. Duygu durumu açısından kişi maniktir (bkz. [primer mani](#)).



Varyasyon: Sağ el kullanan bir kadın Bulimia Diziliminde olduğunda ve korkuyla tikslenme çatışması (sol **diensefalona**) daha güçlüyse, üçüncü çatışma sol kortikal yarı küreyi etkiler. Yeni çatışma meydana geldiği zamanki hormon seviyesini göz önünde bulundurduğumuzda (normal östrojen seviyesinden daha düşük), üçüncü çatışma eril bir tarzda yaşanır. Alanda öfke çatışmasıyla, kadın şimdi bir de Saldırgan Dizilimindedir.



Sol el kullanan biri (erkek ya da kadın) bir Saldırgan Diziliminde olduğunda ve **depresyon bağıntılı çatışma** (sağ temporal lob) **baskınsa, üçüncü çatışma sol diensefalona** etki eder çünkü bu çatışma karşıt beyin yarı küresine aktarılır.

Yeni çatışma meydana geldiği zamanki hormon seviyesini göz önüne aldığımızda (normal testosteron seviyesinden düşük), üçüncü çatışma dişil bir tarzda yaşanır. Korkuyla tikslenme çatışması, Saldırgan Dizilime bir Bulimia Dizilimi ilave eder. Kişinin duygu durumu depresiftir (bkz. [primer depresyon](#)).

Glikoz merkezine ilişkin ilave çatışmalar, mevcut manik veya depresif duygu durumunu değiştirmez.

Çeviren: Nermin UYAR

Kaynak: www.learninggnm.com