



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

ŞİZOFRENİ TANISI ALAN BİREYLERİN  
ALGILADIKLARI DUYGU DIŞAVURUMU İLE  
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ARASINDAKİ İLİŞKİ

ASLIHAN ÇAĞLAR

YRD. DOÇ. DR. SEMRA BARİPOĞLU

İstanbul, 2018

**T.C.**

**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**ŞİZOFRENİ TANISI ALAN BİREYLERİN  
ALGILADIKLARI DUYGU DIŞAVURUMU İLE  
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Aslıhan Çağlar**

**154102082**

**YÜKSEK LİSANS**

**TEZİ**

**DANIŞMAN: YRD. DOÇ. DR. SEMRA BARİPOĞLU**

**İstanbul – 2018**



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 154102082
Öğrenci Adı Soyadı	: Aslıhan Çağlar
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Semra Baripoğlu
Tezin Başlığı	: Şizofreni Tanısı Alan Bireylerin Algıladıkları Duygu Dışavurumu ile İçselleştirilmiş Damgalanma Arasındaki İlişki

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 19.01.2018	Saati	: 16:00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU			
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez <b>KABUL</b> edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin <b>DÜZELTİLMESİ</b> için ..... ay <b>EK SÜRE</b> verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin <b>REDDEDİLMESİ</b> kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi.	<input type="checkbox"/> Değişti.	
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı almıştır.			
<input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile <b>REDDEDİLMİŞTİR.</b>			

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Semra Baripoğlu	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Sinem Zeynep Metin	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Tuğba Arzu Özal İldeniz	

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Şizofreni Tanısı Alan Bireylerin Algıladıkları Duygu Dışavurumu ile İçselleştirilmiş Damgalanma Arasındaki İlişki” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

..../..../.....

Aslıhan ÇAĞLAR

İmza

## TEŞEKKÜR

Öncelikle her zaman yanımda olduğunu hissettiğim, en karanlık günümde bile yolumu aydınlatan, her düőtüđümde koşulsuz sevgisi ve motivasyonu ile beni yeniden ayağa kaldıran, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen canım anneme, her zaman arkamda olduğunu bildiğim babama ve ağabeyime,

Tez çalışması süresince ilgi, yardım ve desteğini esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaőan değerli danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Semra BARİPOĞLU'na,

Araştırma verilerimi toplarken, araőtırmama gönüllü olarak katılan, şizofreni hastalığıyla hayatları değişen ve araştırma sayesinde yollarımızın keőiőtiđi bu güzel insanlara sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

(ÇAĞLAR, Aslıhan, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018)

### *Şizofreni Tanısı Alan Bireylerin Algıladıkları Duygu Dışavurumu İle İçselleştirilmiş Damgalanma Arasındaki İlişki*

Bu çalışma, şizofreni tanısı alan bireylerin algıladıkları duygu dışavurumu ile içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma örneklemini, “Bursa Huzur Özel Bakım Merkezi” ve “Bursa Bizim Aile Özel Bakım Merkezi” nde bakım gören ve bu merkezlere yeni gelen 24’ü kadın, 26’sı erkek 50 şizofreni hastasından oluşmaktadır. Katılımcılara “Sosyodemografik Veri Formu”, “Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği” ve “Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği” uygulanmıştır. Araştırmada yer alan verilerin analiz çalışması, IBM SPSS Statistics 24 programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırma sonucuna göre, şizofrenlerin algıladıkları duygu dışavurumu ile içselleştirilmiş damgalanma arasında bir ilişki olduğu görülmüştür. Buna ek olarak, ölçekler ile bazı alt boyutlar arasında da ilişki bulunmuştur. Tüm bu sonuçlar doğrultusunda, şizofrenlerin algıladığı yüksek duygu dışavurumunu ve içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmak için, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini ve olumlu aile ilişkisini artıracak hem ailesel hem de toplumsal eğitim ve destek çalışmaları yapılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Şizofreni, Duygu Dışavurumu, İçselleştirilmiş Damgalanma

## ABSTRACT

(ÇAĞLAR, Aslihan, Master of Science Thesis, İstanbul, 2018)

### *The Relationship Between Expressed Emotion and Internalized Stigma Perceived by Individuals Who Understand Schizophrenia*

This study was conducted to investigate the relationship between expressed emotion and internalized stigma perceived by individuals who were diagnosed with schizophrenia. The research sample consisted of 50 schizophrenic patients, 24 of whom were female and 26 of whom were male and who were admitted to the “Bursa Peace Special Care Center” and “Bursa Our Family Special Care Center”. “Sociodemographic Data Form”, “Level of Expressed Emotion Scale” and “Internalized Stigma of Mental Illness Scale” were applied to participants. Analysis of the data in the study was performed using the IBM SPSS Statistics 24 program. According to the results of the research, there is a relationship between the expressed emotion perceived by schizophrenics and internalized stigma. In addition, there is a relationship between scales and some sub-dimensions. In the light of all these results, both familial and social education and support studies can be done to increase the quality of life of the patients and their family and the positive family relationship in order to reduce the high expressed emotion perceived by schizophrenics and internalized stigma.

**Key Words:** Schizophrenia, Expressed Emotion, Internalized Stigma

# İÇİNDEKİLER

<b>YEMİN METNİ</b> .....	i
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	ii
<b>ÖZET</b> .....	iii
<b>ABSTRACT</b> .....	iv
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	v
<b>KISALTMALAR</b> .....	vii
<b>TABLO LİSTELERİ</b> .....	viii
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Araştırmanın Amacı .....	2
<b>2. LİTERATÜR</b> .....	3
2.1. Şizofreni.....	4
2.1.1. Şizofreninin Tarihçesi.....	4
2.1.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi ve Risk Etmenleri .....	5
2.1.3. Şizofreninin Etiyolojisi .....	7
2.1.4. Şizofreninin Tanı Kriterleri .....	11
2.1.5. Şizofrenide Klinik Görünüm .....	12
2.1.6. Şizofreninin Tedavisi.....	17
2.2. Şizofreni ve Aile .....	23
2.3. Şizofreni ve Duygu Dışavurumu .....	26
2.4. Şizofreni ve İçselleştirilmiş Damgalanma.....	28
2.4.1. İçselleştirilmiş Damgalanmanın Olumsuz Sonuçları.....	31
2.4.2. Damgalanmayı Azaltmak .....	32
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM</b> .....	33
3.1. Araştırmanın Modeli .....	33
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	33
3.3. Araştırmanın Değişkenleri.....	34
3.4. Veri Toplama Araçları .....	34
3.4.1. Onam Formu .....	34
3.4.2. Sosyodemografik Veri Formu .....	34
3.4.3. Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği (LEE-Level of Expressed Emotion).....	35
3.4.4. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) .....	36
3.5. Verilerin Toplanması.....	36
3.6. İstatistiksel Veri Analizi .....	37



<b>4. BULGULAR</b> .....	37
4.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular .....	37
4.2. Tanımlayıcı İstatistikler ile İlgili Bulgular .....	39
4.2.1. Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği ve Alt Boyut Puanları.....	39
4.2.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları .....	39
4.3. Korelasyon Analizi.....	40
4.3.1. Dalıcılık/Müdahalecilik Alt Boyut Puanının İlişki Durumları .....	40
4.3.2. Duygusal Tepki Alt Boyut Puanının İlişki Durumları.....	41
4.3.3. Hastalığa Karşı Tutum Alt Boyut Puanının İlişki Durumları.....	41
4.3.4. Hoşgörü/Beklentiler Alt Boyut Puanının İlişki Durumları.....	42
4.3.5. LEE Ölçeği Puanının İlişki Durumları .....	42
4.4. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre LEE Ölçeği ve Alt Boyut ile RHİDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması .....	43
4.4.1. Cinsiyete Göre Farklılıklar .....	43
4.4.2. Yaşlara Göre Farklılıklar .....	44
4.4.3. Medeni Durumlarına Göre Farklılıklar.....	45
4.4.4. Eğitim Durumlarına Göre Farklılıklar .....	46
4.4.5. Çalışma Durumlarına Göre Farklılıklar .....	48
4.4.6. Önemli Görülen Kişilere (Anahtar Akraba) Göre Farklılıklar .....	49
4.4.7. Hastalık-Tedavi Hakkındaki Bilgi Durumlarına Göre Farklılıklar.....	51
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	54
5.1. Sınırlılıklar.....	59
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER</b> .....	61
6.1. Sonuçlar .....	61
6.2. Öneriler .....	63
<b>KAYNAKÇA</b> .....	64
<b>EKLER</b> .....	70
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	78

## KISALTMALAR

**APA:** American Psychiatric Association

**BT:** Bilgisayarlı Tomografi

**MRI:** Manyetik Rezonans Görüntüleme

**EKT:** Elektrokonvulsif Tedavi

**RUTBE:** Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi

**LEE Ölçeği:** Level of Expressed Emotion Scale (Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği)

**RHİDÖ:** Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği



## TABLO LİSTELERİ

<b>Tablo 1.</b> Şizofreninin Genetiği ile İlgili Olarak Yapılan Aile ve İkiz Çalışmalarının Özeti.....	8
<b>Tablo 2.</b> DSM-5 Şizofreni Tanı Kriterleri.....	12
<b>Tablo 3.</b> Olumlu Prognoz ve Olumsuz Prognoz.....	17
<b>Tablo 4.</b> Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Dağılımlar.....	38
<b>Tablo 5.</b> LEE Ölçeği ve Alt Boyut, RHİDÖ ve Alt Boyut Puanları ile İlgili Tanımlayıcı İstatistikler.....	39
<b>Tablo 6.</b> LEE Ölçeği ve Alt Boyut ile RHİDÖ ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki Düzeyleri.....	40
<b>Tablo 7.</b> Cinsiyete Göre LEE Ölçeği ve Alt Boyut, RHİDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
<b>Tablo 8.</b> Yaşlara Göre LEE Ölçeği ve Alt Boyut, RHİDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	45
<b>Tablo 9.</b> Medeni Durumlarına Göre LEE Ölçeği ve Alt Boyut, RHİDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
<b>Tablo 10.</b> Eğitim Durumlarına Göre LEE Ölçeği ve Alt Boyut, RHİDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	47
<b>Tablo 11.</b> Çalışma Durumlarına Göre LEE Ölçeği ve Alt Boyut, RHİDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
<b>Tablo 12.</b> Önemli Görülen Kişilere (Anahtar Akraba) Göre LEE Ölçeği ve Alt Boyut, RHİDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	50
<b>Tablo 13.</b> Hastalık-Tedavi Hakkındaki Bilgi Durumlarına Göre LEE Ölçeği ve Alt Boyut, RHİDÖ Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	52
<b>Tablo 14.</b> Hastalık-Tedavi Hakkındaki Bilgi Durumlarına Dalıcılık/Müdahalecilik, Damgalanmaya Karşı Direnç Alt Boyut ve RHİDÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	53

# 1. GİRİŞ

Şizofreni, genellikle gençlik yıllarında başlayan, belirgin pozitif ve negatif semptomlarla giden, gidiş ve prognozun bireysel farklılıklar gösterdiği, diğer hastalıklara göre prognozun daha olumsuz olduğu, ruhsal durumun tüm alanlarında bozulmaların yaşandığı, kronik ve sıklıkla relapslar seyreden bir ruhsal rahatsızlıktır (Yavuz, 2008). Her tür toplumda ve kültürde sıkça görülmektedir. Şizofreni hastalığının insidansı %1 ve yaşam boyu sıklığı %1.5'tir (Kocal ve ark., 2017). Sağlık Bakanlığı'na göre, Türkiye'de yaşam boyu yeti yitimine neden olan hastalıklar arasında şizofreni erkekler arasında 9. ve kadınlar arasında 11. sıradadır (Binbay ve ark., 2010). Yapılan epidemiyolojik çalışmalara göre; kadın ve erkekte eşit oranda görülmekle beraber, erkekte daha erken başlamakta ve sosyoekonomik durumu düşük bireylerde daha fazla gözlenmektedir (Kocal ve ark., 2017).

Şizofreni, düşünme, algı ve davranış bozukluklarının eşlik ettiği bir bozukluktur. Alevlenme ve remisyon dönemleri ile seyretmektedir (Köroğlu ve Hacıoğlu, 2017). Yapılan çalışmalar, ilk hastaneye yatışlarda şizofreni tanısı alanların %30'unun önemli rezidüel semptomlar olmadan iyileştiğini göstermektedir (Vinogradov ve Yalom, 2014). Kadın şizofrenlerde daha az hastaneye yatış, daha kısa sürede orda kalma ve daha az relaps gözlenmektedir. Ayrıca şizofrenlerde intihar riski %50'dir ve %10-15'i ölümlerle sonuçlanmaktadır (Karamustafalıoğlu ve ark., 1998). Şizofreninin bir beyin hastalığı olduğunun kabullenilmesine rağmen, halen tam olarak etiyojisi bilinmemektedir. Ancak tedavisinde, farmakolojik tedavi başta olmak üzere biyolojik ve psikososyal tedaviler beraber kullanılmaktadır.

Şizofreni tedavisinde ve hastalığın seyrinde aile faktörünün etkisi ortaya çıkınca, duygu dışavurumu çalışmaları da önem kazanmıştır. Duygu dışavurumu, psikiyatrik hastalığı olanlara karşı takınılan duygusal tutum ve davranışların tümüdür. Duygu dışavurumu kavramı; eleştirel olma, düşmanca tavır alma, aşırı ilgili ve müdahaleci olma, yakınlık kurma ve olumlu yorumları kapsamaktadır. Yüksek duygu dışavurumu olan aileler çok konuşup az dinlemekte, aşırı müdahaleci, kısıtlayıcı ve suçlayıcı olmakta, verdikleri tepkileri abartmakta, hastayı sürekli eleştirmekte ve hastanın rol yaptığından şüphelenmektedir. Düşük duygu dışavurumu olan aileler ise daha hoşgörülü, yardımsever, ilgili, duyarlı, kabullenici, serinkanlı olmaktadır (Akgülle, 2014). Duygu

dışavurumunun yüksek veya düşük olması, şizofrenlerin relapslarının artıp artmamasıyla ilişkili bulunmuştur (Köroğlu ve Hacıoğlu, 2017). Buna göre, aile içindeki yüksek duygu dışavurumu hastalığın yinelenmesiyle ilişkili bulunmuşken; düşük duygu dışavurumu ise daha olumlu bir prognozla ilişkili bulunmuştur (Ünal, 2000).

Şizofrenlerin hayatlarının ve tedavilerinin önündeki en büyük engellerden biri damgalanma sorunudur. Damgalanma, damgalanan bireye daha az değer verme davranışı ve bu etiketi taşıyanlara neredeyse insan gibi davranılmamasıdır (Bilge ve Çam, 2010). Ruhsal hastalıklar arasından damgalanmaya en fazla maruz kalan kesim, şizofrenlerdir. Toplumdaki bireylerin şizofrenlerin daha saldırgan, daha tehlikeli, suça eğilimli, asla iyileşmeyeceği ve düzelmeyeceği gibi olumsuz inançları, bu bireylerin daha fazla damgalanmasına ve toplum dışına itilmesine neden olmaktadır (Çam ve Çuhadar, 2011). Kişinin toplumdaki bu olumsuz yargıları kendisi için geçerli “gerçekler” olarak kabul etmesi ve böylece değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendini toplumdan geri çekmesine içselleştirilmiş damgalanma denir. İçselleştirilmiş damgalanmada, kişi bizzat bir damgalanmaya maruz kalmamaktadır; ancak yine de kendini damgalanmış gibi hissetmektedir. Bunun en ağır etkisi ise kendini topluma yabancılaştırmaktır. İçselleştirilmiş damgalanma benlik saygısının azalmasına, kişide moral bozukluğuna, sosyal uyumda bozulmaya, suçluluk ve utanmaya neden olmaktadır (Baysal, 2013). Toplumun şizofrenlere karşı takındıkları tutumları görmek, hem şizofrenlerin ailesini hem de şizofrenleri olumsuz yönde etkilemektedir.

Literatür incelendiğinde, toplumun ve hasta akraba ve yakınlarının ruhsal hastalıklara ve şizofrenlere ilişkin tutumlarına yönelik çok fazla çalışma yapılmıştır; ancak görece yeni bir kavram olan içselleştirilmiş damgalanma konusunu ele alan çalışmalar sınırlıdır. Aynı şekilde şizofrenlerin bakımını üstlenen kişilerdeki duygu dışavurumunu değerlendiren çalışmalar da mevcuttur; ancak şizofrenlerin algıladıkları duygu dışavurumu üzerine literatürdeki çalışmalar çok azdır. Dolayısıyla araştırmanın sonucunda elde edilecek veriler yapılacak diğer çalışmalara da yol gösterecek nitelikte olacaktır.

## **1.1. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmada amaç, Şizofreni tanısı alan bireylerin algıladıkları duygu dışavurumu ile içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Araştırmanın hipotezi ise “Şizofreni tanısı alan bireylerin algıladıkları duygu dışavurumunun artması, içselleştirilmiş damgalanmanın fazla olmasına yol açmaktadır.”



## **2. LİTERATÜR**

## 2.1. Şizofreni

Şizofreni, sıklıkla halüsinasyon ve hezeyanlarla giden, düşünce, algı, dikkat, duygu ve davranışlarda belirgin bozukluklarla kendini gösteren, işlevsellik düzeyinde ağır kayıpların yaşandığı, klinik belirtileri ile gidiş-sonlanışı kişiden kişiye ve süreç içinde değişen, etiyolojisi daha tam olarak belirlenemeyen, kronik ve genellikle relapslarla seyreden psikotik bir bozukluktur (Yavuz, 2008; Soygür ve ark., 2007).

### 2.1.1. Şizofreninin Tarihçesi

Şizofreni, yıllar boyunca tanımlanmaya ve sınıflandırılmaya çalışılan ve halen nedenleri tam olarak bilinmeyen bir ruhsal hastalıktır. Tarihsel olarak şizofreni kavramı, Kreapelin ve Bleuler tarafından, çağdaş araştırmalara öncü olacak şekilde tanımlanmıştır. Ancak bu öncü araştırmalara kadar, şizofreni hastalığı olan kişiler, yüzyıllardır şeytani varlıklar veya Tanrı'nın gazabına uğramış kişiler olarak görülüp işkenceye ve ölüm cezalarına maruz kalmışlardır.

19. yüzyılın başlarında Fransız Philippe Pinel bu hastaları, düşünme yeteneğinin kaybolması veya bozulması olarak tanımlanan “demans” terimiyle isimlendirmiştir (Combs ve Gouvier, 2004). Emil Kreapelin, 1896'da, klinisyenlerinde kabul ettiği dementia praecox, katatoni ve hebefreni adlı sendromları, “dementia praecox” adlı tek bir ortak temelde toplamıştır. Bu ortak temeldeki klinik özellikler; varsanılar, sanrılar, içgörü kaybı, negativizm, duygusal küntlük, stereotipler, düşünce yapısında bozulma ve enkoheranstır. Psikiyatrik hastalıkları da sonlanışlarına göre, yıkım gösteren (dementia praecox) ve yıkım göstermeyenler (manik-depresif psikoz) olarak ikiye ayırmıştır. Buna göre, dementia praecox'da hastalık, diğer gruba nazaran erken başlamakta ve daha fazla zihinsel yıkım yaşamaktadır. Böylece kendisi, hastalığın hem gidiş-sonlanımı hem de belirtileri göz önüne alarak, kapsamlı bir tanım yapan ilk hekim olmuştur (Soygür ve ark., 2007; Vinogradov ve Yalom, 2014; Davison ve Neale, 2011; Kocal ve ark., 2017).

Kreapelin'in önemli çalışmalarına katkı yapan, ilk defa “şizofreni” terimini kullanan ve bunu kavramsallaştıran kişi Eugen Bleuler'dir. Bleuler, Kreapelin'in bozukluğun temel belirtileri üzerine olan önermesini kabullenmekle beraber, tanıya verdiği önemden uzaklaşıp bozukluğun temelini anlamaya çalışmıştır. Hastalığın erken başlangıçlı olmadığını ve erken bunamayla sonlanmadığına inanıp, 1911'de dementia

praecox yerine “şizofreni” terimini kullanmıştır. Bu terim, schizein (yarılma) ve phren (akıl) sözcüklerinden türetilip “akılın yarılması” anlamına gelmektedir. Ona göre, bu yarılma, duygu ve düşünce arasında olmakta ve böylece kişinin zihinsel işlevleri arasındaki uyum kaybolmaktadır (Davison ve Neale, 2011). Bleuler, şizofreninin heterojen bir hastalık olduğunu kabul edip çeşitli hastaları ortak bir temele bağlamıştır. Bleuler’in dört A’sı da denen bu ortak temelin birincil belirtileri; assosiasyon bozuklukları, otizm (autism), ambivalans ve affektir. Sanrı, varsanı, katatoni ve motor bozukluklar da ikincil belirtilerdir (Kocal ve ark., 2017).

Kurt Schneider, 1930’larda, şizofreninin tanımlanmasında fenomenolojik kavramları kullanmıştır. Şizofreniye özgü olan birincil ve ikincil belirtileri ileri sürmüştür (Kocal ve ark., 2017). Daha çok varsanı ve hezeyanlar üzerine odaklanmıştır. Düşüncenin çalınması, düşünce sokulması, düşünce yayınlanması, işitme varsanılarının olması, duygu, düşünce ve davranışlarının başkaları tarafından denetlenmesi, gerçeklikten uzaklaşma gibi yaşantılar “ABCD Semptomları” da denilen “Schneiderian Belirtiler”dir (Soygür ve ark., 2007). Kasanin 1933’te yaptığı çalışmalarla şizoaffektif psikoz terimini öne sürerken, Langfeld ise şizofreniform bozukluk terimini ortaya koymuştur (Davison ve Neale, 2011).

“Şizofreni” teriminin kavramı, 20. yüzyılın ilk yarısında Amerika’da daha da genişletilmiştir. Adolf Meyer, şizofreni ve diğer zihinsel hastalıkları yaşamsal streslere verilen bir yanıt olarak görmüştür ve buna da “şizofrenik reaksiyon” adını vermiştir. Harry Stuck Sullivan, toplumsal olarak içe çekilmenin ve yabancılaşmanın şizofreninin belirtisi ve nedeni olabileceğini belirtmiştir (Vinogradov ve Yalom, 2014). Fromm-Reichmann, bireylerde şizofreni görülmesini soğuk, baskıcı, reddedici ve hatta aşırı koruyucu anne modeli olarak tanımladığı “şizofrenojenik anne” terimine bağlamıştır (Davison ve Neale, 2011). Daha birçok araştırmacı şizofreni terimi üzerine yeni tanım ve teoriler oluşturmuştur.

Günümüzde ise şizofreni, çeşitli nedenleri, belirtileri, gidiş ve sonlanımı olan ve bunlara yönelik tedavisini oluşturan heterojen bir ruhsal bozukluktur. Ancak halen tanı ve sınıflandırılması tartışılan bir konu olmaktan çıkamamıştır.

### **2.1.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi ve Risk Etmenleri**



Şizofreni her tür toplumda ve dünyanın her kıtasında sıkça görülmesine rağmen sıklık ve yaygınlığı konusundaki veriler değişkendir. Yapılan çalışmalara göre, şizofreninin insidansı %1 ve yaşam boyu sıklığı %1.5'tir. A.B.D.'de şizofreninin yaşam boyu prevalansı %1.5; Avrupa ve Asya ülkelerinde ise sıklığının %0.85 olduğu bildirilmiştir (Kocal ve ark., 2017). Türkiye'de ise şizofreni epidemiyolojisi üzerine yapılan çalışmalar azdır. Yaşam boyu yaygınlığı 1000 kişide 8,9 olarak bildirilmiştir (Binbay ve ark., 2011). Sağlık Bakanlığı'na göre, Türkiye'de yaşam boyu yeti yitimine neden olan hastalıklar arasında şizofreni erkeklerde 9. sırada ve kadınlarda 11. sıradadır (Binbay ve ark., 2010).

Kadın ve erkekte aynı oranda görülmesine rağmen başlangıç yaşı, gidiş ve sonlanımda farklılıklar mevcuttur. Şizofreni genelde erkeklerde daha genç yaşta başlamaktadır. Kadınlarda başlangıç yaşı 25-35 iken, erkeklerde 15-25'tir (Kocal ve ark., 2017). Belli ve arkadaşları (2007) ise Türkiye'de şizofreninin erkeklerde ortalama başlangıç yaşının 23.1, kadınlarda ise 25.1 olduğunu belirtmiştir. Şizofreni başlangıcının 10 yaşından önce ve 45 yaşından sonra olması nadir bir durumdur (Kocal ve ark., 2017). Erkeklerde hastalık daha erken başladığından ötürü, daha kötü prognoza sahiptirler ve negatif belirtiler hastalık sürecinde daha yoğundur. Kadınlarda ise negatif belirtiler ve sonanımlar daha iyi durumdadır (Karamustafalıoğlu ve ark., 1998).

Şizofreni, gelişmiş toplumların düşük sosyoekonomiğe sahip olan yerlerinde daha sık görülmektedir. Bu durum iki farklı yaklaşımla ele alınmaktadır. Aşağı eğilim varsayımına göre, genetik yapılarında şizofreniye yatkınlık taşıyan ailelerde kuşaklar boyunca sosyo-ekonomide bir düşme görülmektedir. Sosyal nedensellik varsayımına göre ise, düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerde enfeksiyon, doğum öncesi bakım yetersizliği gibi olumsuz yaşam koşulları şizofreniye yatkınlığı artırmaktadır (Kocal ve ark., 2017). Ayrıca Velling ve arkadaşlarına göre (2008b), şizofreni riski, aynı etnik kökene sahip olmayan insanların olduğu yerlerde daha fazladır. Eaton, Mortensen ve Frydenberg (2000) ise, şizofreninin görülme sıklığının büyük şehirlerde yaşayanlarda, kırsal kesime nazaran 3 kat daha fazla olduğunu bildirmiştir.

Birçok çalışma, şizofreni oluşmasının risklerinden birinin mevsimsellik etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Bu kavrama göre, kış sonu ve ilkbahar başında doğan kişilerin şizofren olma riski daha fazladır. Hamileliğin ikinci üç ayı (trimester) sırasında

karşılaşılan ve sıklıkla kış aylarında ortaya çıkan influenza virüsü, şizofreni sıklığında artışa sebep olmaktadır. Çünkü bu aylarda insan beyni kapsamlı ve organize şekilde gelişmektedir ve beyin gelişimini etkileyen bu virüs de şizofreni riskini artırmaktadır. Brown (2006) yaptığı çalışmada, kızamıkçık ve toksoplazmosisin şizofreninin görülme sıklığıyla ilişkisi olduğunu göstermiştir (Akt. Carlson, 2012).

Güncel araştırmalar, şizofreninin göçmenlerde ve onların çocuklarında, özellikle de esmer tenli insanlarda görüldüğünü ortaya koymuştur. Bunun nedeni de kısmen D vitamini yetersizliğine atfedilmektedir. Çünkü esmer tenli insanların derilerindeki pigment mor ötesi ışınlara engel olduğundan, D vitamini eksikliği bu kişilerde daha fazladır. Ayrıca D vitamininin beyin gelişiminde önemli bir rolünün olması, eksikliği durumunda şizofreni için risk oluşturmaktadır (Carlson, 2012).

Bunların dışında yapılan epidemiyolojik araştırmalar babanın yaşının doğumda ileri olması, esrar kullanımı, gebelik esnasında yaşanan olumsuzluklar, doğum komplikasyonları ve doğum travması, erken ebeveyn kaybı gibi çocukluk travmaları da şizofreni riskini geliştirdiğini göstermiştir ve etiyolojik çalışmalara da katkıda bulunmuştur (Binbay ve ark., 2010).

### **2.1.3. Şizofreninin Etiyolojisi**

Şizofreni etiyolojisine dair halen net bir bilgi elde edilmemiştir. Ancak şizofreninin bir beyin hastalığı olduğu kabul edilmekle beraber; klinik belirtiler, gidiş-sonlanım ve tedaviye yanıt heterojen özellik gösterdiğinden şizofreninin nedenleri arasında çeşitli farklılıklar görülmektedir. Başlıca sebepler:

#### **2.1.3.1. Kalıtım**

Yapılan aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları, şizofrenide kalıtsal faktörlerin önemli olduğunu göstermiştir. Gottesman ve arkadaşları (1987), şizofreni geliştirme riskinin hastanın akrabalarında daha fazla olduğunu ve akrabalık derecesi arttıkça bu riskin de arttığını bildirmiştir (Tablo 1). Tek yumurta ikizlerindeki oran (%44.3), çift yumurta ikizlerine göre (%12.8) daha çoktur. Gottesman ve Shields (1972) yaptığı bir çalışmada, tek yumurta ikizlerinde hasta olan kardeşin hastalığı ağırlaşmaya başladıkça, diğerinin şizofren olma riskinin de arttığını ortaya koymuştur (akt. Davison ve Neale,

2011). Fisher (1971), ikizi şizofren olduğu halde, kendisi olmayan diğer kardeşin çocuklarında, genotip sebebiyle şizofren görülme riskinin yüksek olduğunu bildirmiştir.

**Tablo 1. Şizofreninin Genetiği ile İlgili Olarak Yapılan Aile ve İkiz Çalışmalarının Özeti**

<i>Kişiyeye Yakınlık</i>	<i>Şizofrenik Yüzdesi</i>
Eş	1.00
Torun	2.84
Yeğen	2.65
Çocuklar	9.35
Kardeşler	7.30
Çift yumurta ikizleri	12.08
Tek yumurta ikizleri	44.30

Ebeveynlerden sadece birinin hasta olması dahilinde çocuklarının hastalığa yakalanma riskinin %10-15 ve her iki ebeveyn de hasta ise çocuklarının şizofren olma olasılığının %40 olduğu bildirilmiştir (Yavuz, 2008). Sham ve arkadaşlarına (1994) göre, erken doğum yapan kadınların olduğu ailelerde şizofreni riski daha da fazladır (Akt. Davison ve Neale, 2011).

Şizofren anne-babaların çocuklarını bebeklikten itibaren evlat edinen ebeveynler tarafından yetiştirilmesini konu edinen çalışmalarda genetiğin etiyolojideki önemini vurgulamaktadır. Heston'ın (1966) çalışmasına göre, patolojik anneleriyle temas etmeden yetiştirilen çocukların şizofreni tanısı alma olasılığı fazladır ve ayrıca bu çocuklara psikopatik, nevrotik ve mental retardasyon tanısının konma riski de yüksektir (Akt. Davison ve Neale, 2011).

Genetiğin şizofreni etiyolojisinde önemini kavrayan araştırmacılar özgül bir gen arayışına çıkmıştır. Ancak genetik imleyici araştırmaları henüz kanıtlanamamıştır. Cohen (2002) bir araya gelmeleri dahilinde şizofreni riskini artıran iki gen tespit etmiştir ve bu genler düşüncenin karışmasına ve halüsinasyona neden olmaktadır (Akt. Plotnik, 2009).

### **2.1.3.2. Biyolojik Sebepler**

Birçok araştırma bulgusu şizofreni belirtilerinin beyin anormalliklerinin sonucu olduğunu ortaya koymuştur. Bu anormallikler nörotransmitterler üzerine etki ederek, şizofreni belirtilerini de ortaya koymaktadır.

### **2.1.3.2.1. Nöropatoloji, Beyin Görüntüleme Yöntemleri ve Nöropsikolojik Çalışmalar**

Yapılan nöropatolojik çalışmalara bakıldığında, şizofrenlerin %80'inde beyindeki ventriküllerin daha geniş olduğu anlaşılmıştır. Bu genişlik de genel beyin büyüklüğünü azalttığı için şizofreniye sebep olmaktadır. Bilgisayarlı tomografi (BT) taraması, kabul edilen bu bulguya ek olarak, sulkuslarda fazla sıvı bulunma olasılığını da göstermiştir (Plotnik, 2009; Vinogradov ve Yalom, 2014). Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) çalışmalarına göre, şizofrenlerde yan ve üçüncü ventriküllerde genişleme, prefrontal ve temporal alanlarda gri madde azalması ve bazı limbik sistem yapılarında hacim azalması görülmüştür (Yavuz, 2008).

Güncel çalışmalar şizofreni belirtilerinin nedenini araştırmak için prefrontal korteks üzerinde durmuştur. Özellikle de negatif belirtilerin hipofrontalite sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir. Şizofrenlerin daha az nöron ve temporal ile frontal arasında daha az akson olduğunu bildiren araştırmalar da vardır. Bu iki lob arasındaki bağlantının azalması da, şizofrenlerin yönetici işlevlerini yerine getirmesine engel olmaktadır (Plotnik, 2009). Beyin patolojisini anlamının diğer bir yolu da postmodern (ölüm sonrası) çalışmalardır ve bu çalışmalar da BT ve MRI bulgularını doğrulamıştır.

Nöropsikolojik çalışmalarda ise şizofreni hastası testlerde bozulmalar göstermektedir. Ancak hastalık heterojen bir özellik gösterdiğinden, şizofreni hastaları bazı testlerde zorlanırken, bazılarında zorlanmamaktadır. Vinogradov ve Yalom'a (2014) göre, özellikle bellek ve dikkat testlerinde büyük farklılıklar gözlenmektedir.

### **2.1.3.2.2. Biyokimyasal Faktörler**

Beynimizde milyarlarca nöron bulunmaktadır ve bu nöronlardan salgılanan biyokimyasal nörotransmitterler vardır. Bunlardan bazıları, şizofreni hastalarının beyinlerinde fonksiyonel bozulmaya yol açmaktadır. Şizofreniye kalıtımın sebep olduğu düşünülmeleriyle beraber biyokimyasal çalışmalarda başlamıştır. Ancak bulunan önemli bulgular tam olarak kanıtlanamamıştır.

Şizofreni için önemli nörotransmitterlerden biri dopamindir. Dopamin hipotezine göre, şizofreninin pozitif semptomları aşırı duyarlı dopamin reseptörleri ve dopamin

yolaklarındaki artmış faaliyet sonucu ortaya çıkmaktadır. Şizofreni tedavisine yardımcı olan antipsikotiklerin dopamin reseptörlerini bloke etmesi, dopamin işlevini artıran amfetamin ve kokain gibi kötüye kullanılan maddelerin paranoid şizofreniye benzer bir durumu ortaya çıkarması, dopaminin metaboliti olan homovanillik asit (HVA) üzerine olan çalışmalar dopamin hipotezini desteklemektedir. Dopamin reseptörlerinin fazlalığı daha çok pozitif belirtilerle ilgilidir. Mezolimbik yolaktaki artmış dopamin aktivitesi pozitif belirtileri ortaya koyarken, mezokortikal yolaktaki azalmış dopamin ise negatif belirtileri göstermektedir (Vinogradov ve Yalom, 2014; Davison ve Neale, 2011).

Dopamin hipotezinin şizofreni belirtilerine neden olan her şeyi açıklayamaması ve atipik antipsikotiklerin üretilmesiyle serotonin nörotransmitteri üzerinde durulmuştur. Dopamin ve serotonin arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Bazı hastalarda serotonin fazlalığı varken, bazılarında bu durum gözlenmemektedir. Ancak serotonin reseptörlerini bloke eden ilaçların kullanılmasıyla negatif belirtiler de azalma gözlenmiştir.

Şizofrenlerde oluşan artmış noradrenalin aktivitesi, duyuşal girdideki duyarlılığı artırmaktadır. Bilişsel fonksiyonlarda etkili olan glutamatın gerçekleştirdiği nöral iletimin şizofrenlerde bozuk olacağı düşünülmektedir. GABA'nın azalması ise dopamin etkinliğini artırmaktadır (Kocal ve ark., 2017).

### **2.1.3.3. Psikososyal Etkenler**

Kalıtım tam olarak şizofreniye sebep olanı açıklamış olsaydı; tek yumurta ikizlerinin şizofreni geliştirme riski %100 olurdu. İşte bu nedenle genetik ve biyolojik faktörler üzerine yapılan çalışmalar, şizofreninin nedenini tam olarak açıklamadığı için araştırmaların yönü psikososyal nedenlere kaymıştır. Kalıtım ve biyolojik nedenler, şizofreni gelişimine az denemeyecek kadar güçlü bir şekilde sebep olsa da, stresli olaylar da şizofreninin başlamasına neden olabilmektedir.

Saldırgan anne-baba, ebeveynle olumsuz iletişim, zayıf toplumsal ilişkiler, aile patolojisi, anne veya babadan birinin ya da sevilen birinin kaybı, olumsuz yaşamsal olaylar şizofreni başlangıcına neden olmaktadır. Şizofreninin strese biyolojik yatkınlık teorisine göre, stres ve şizofreni geliştirme arasında güçlü bir ilişki mevcuttur. Benes (2007), eğer kişinin şizofreniye yatkınlığı varsa ve stresli bir olayla karşılaşır, şizofreni

geliştirme riskinin artacağını ve bu durumun belirtileri tetikleyeceğini bildirmiştir (Akt. Plotnik, 2009).

#### **2.1.4. Şizofreninin Tanı Kriterleri**

Şizofreni tanısının konulmasından önce hastanın anamnezi alınmalı, görüşme sırasında davranışlarına, duygudurumuna, konuşmasına, düşünce içeriğine, algısına, bilişsel fonksiyonlarına dikkat edilmeli ve bunun yanı sıra fiziksel/nörolojik muayene ile laboratuvar tetkikleri de yapılmalıdır. Böylece ayırıcı tanı dikkate alınıp diğer fiziksel hastalıklar ve madde kullanımı dışlanmış olacaktır.

Şizofreninin sınıflandırılması ve tanılanması üzerine birçok çalışma yapılmıştır. DSM-4-TR’de “Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar” başlığı altında yer alan şizofreni, 2014 yılında yayınlanan DSM-5’te “Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar” başlığı altında yer almaktadır. 295.90 (F20.9) kodlu şizofreni tanı ölçütlerine Tablo 2’de yer verilmiştir (5. Baskı, American Psychiatric Association [APA], 2014):

**Tablo 2. DSM-5 Şizofreni Tanı Kriterleri**

- 
- A.** Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.
1. Sanrılar.
  2. Varsanılar.
  3. Darmadağın konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma).
  4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı.
  5. Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışmama).
- B.** Bu bozukluğun başlangıcında beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu
-

---

bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).

**C.** Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az altı aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca silik (negatif) belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşikaltı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

**D.** Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da ikiye bölünmüş (bipolar) bozukluk dışlanır, çünkü ya 1) açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak yeğin (majör) depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da 2) açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.

**E.** Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

**F.** Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur.

---

## **2.1.5. Şizofrenide Klinik Görünüm**

Şizofreni tanısının konulabilmesi için DSM-5 Tanı Kriterleri gerekmektedir. Ancak bunun dışında, kişiyi hastalığa yatkın hale getiren premorbid (hastalık öncesi) özellikler ve bir bakıma hastalığın habercisi olan prodromal (ön belirti) bulgular da dikkat edilmesi gereken hususlardandır. Ayrıca hastalığın seyrini, süresini ve sonuçlarını öngören prognoz da önemlidir.

### **2.1.5.1. Premorbid ve Prodromal Özellikler**

Şizofreni semptomları, ergenlik döneminden kısa bir süre sonra ortaya çıkmaktadır. Bazı araştırmacılara göre, şizofreninin doğum öncesi başladığı ve ergenlik dönemine kadar uykuda kaldığını, daha sonra nöral dejenerasyonla semptomların ortaya çıktığı söylenmektedir (Carlson, 2012). Semptomlar ilk olarak 15-40 yaş arasında görülse de, 18-25 yaş aralığında yığılma vardır (Yavuz, 2008). Üçok (2008), hastalığın başlangıcında, şizofreninin ilk belirtileri, ilk pozitif belirtilerin meydana gelmesi, ilk tedavi ve ilk hastaneye yatışının dikkate alındığını bildirmiştir. Hastalığın başlangıcı her hastada farklıdır. Sinsi ve yavaş başladığı gibi ansızın da başlayabilmektedir. Başlangıçta yakınlarının anlamadığı hastalık, zamanla kendini gösterir hale gelmektedir.

Şizofreni hastalarının premorbid (hastalık öncesi) döneminde, şizoid veya şizotipal kişilik özellikleri bulunmaktadır. Hasta, premorbid öyküsünde sessiz, pasif, içedönük ve asosyaldır. Kişi, çocukluğundan beri sadece dersleriyle ilgilenmekte, tek başına oyuncaklarıyla oynamakta, çevreye karşı soğuk ve çekingen davranmaktadır. Genelde öz güvenleri düşük, ilgi alanları cansız nesnelere olan ve iletişimi zayıf olan çocuklardır. Belirtilerin sinsi bir şekilde başladığı ergenlik dönemi sonlarında, hasta yavaşça içekapanık hale gelmekte, çevreyle iletişimini kesip evden dışarı çıkmamaya ve kendini arkadaşlarından izole ettiği görülmektedir (Özpoyraz ve Taman; 1998). Karamustafalıoğlu ve arkadaşları (1998), şizofren kadınların erkeklere göre premorbid sosyal işlevselliğinin daha iyi olduğunu belirtmiştir.

Vinogradov ve Yalom'a (2014) göre ilk psikoz deneyimi, bir prodrom (ön belirti) ile başlamaktadır. Prodrom, hastanın birkaç hafta veya ay içinde kendinde yavaş yavaş başladığını gördüğü olağanüstü his, duygu, davranış, algı ve düşünüş biçimleridir. Hastalar, prodrom sırasında psikotik olmayıp şizofreni tanısı da almazlar. İlk başlarda ailesi kişiyi hasta olarak görmemekte ve kişinin gösterdiği tuhaflıkları olağan sorunlar olarak görmektedir; fakat daha sonra bazı tuhaflıklar aile tarafından algılanmaya başlanmaktadır. Örneğin; kişi öncelikle bedensel belirtilerden yakınıp organlarıyla uğraşmakta ve mistik, dinsel, metafiziksel konularla aşırı ilgilenmektedir. Tuhaf düşünce ve davranışlarda bulunmaya, alışılmadık şekilde konuşmaya ve obsesif uğraşlar başlamıştır (Yavuz, 2008).

Genelde bir prodrom, dört ile on hafta arası sürmektedir. Sosyal işlevsellikteki bozulmanın yanı sıra, başlangıçta hastalar belirtiler ağırlaşmadan artan düşünce hızlarından ve çağrışımlardan keyif almakta ve bu dönemde yaratıcı olup parlak fikirler ürettiklerini bildirmektedirler. Bir prodromal hastada, duyguların yoğunluğunda artış yaşanmakta, renkler daha parlak görünüp sesler daha gürültülü olmakta ve uyku düzeni değişmektedir (Vinogradov ve Yalom, 2014).

### **2.1.5.2. Klinik Belirtiler**

1980'li yıllardan beri, şizofreninin temel belirtileri pozitif ve negatif semptomlar olarak ikiye ayrılmaktadır. Andreasen'in sınıflamasına göre pozitif semptomlar normal bir işleyişi bozan halüsinasyon, sanrı, dezorganize konuşma ve davranışlar gibi



aşırılıkları kapsamaktadır. Negatif belirtiler ise normal işlevlerin kaybı olan avolisyon, aloji, anhedoni, duygusal küntlük gibi eksiklikleri kapsamaktadır. Crow ise şizofreni belirtilerini Tip 1 ve Tip 2 olarak ayırmıştır. Tip 1 şizofreniyi pozitif belirtilerin baskın olduğu ve ilaca yanıtın yüksek olduğu şekilde tanımlarken; Tip 2 şizofreniyi negatif belirtilerin baskın olduğu, ilaca yanıtın düşük olduğu ve yapısal bozulmaların bulunduğu şekilde tanımlamıştır (Plotnik, 2009; Özpoyraz ve Taman, 1998).

Şizofreni hastalarında dezorganize konuşma, konuşmada dağınıklık (enkoherans), konuşmanın yinelenmesi (ekolali), konuşmada hızlanma/yavaşlama, stereotipler, hiç konuşmama (mutizm), yeni sözcük uydurma (neolojizm) gibi konuşmayla ilgili problemler görülmektedir (Vinogradov ve Yalom, 2014). Genelde konuşmayı izlemek güçtür, konudan konuya atlarlar. Ses tonu monotondur, göz teması kurmazlar ve duygularını göstermezler.

Çağrışımlarda gevşeklik ya da düşüncenin rayından çıkması, düşünce akışında durma (blog), düşünme hızında artma, kafiyeli sözcükler kullanma (klang çağrışımı), ilkel şekilde düşünme gibi düşünce biçimi ve akımıyla ilgili sorunlar da görülmektedir. Hastanın ilgili bilgiyi ilgisizden ayıramaması, zihninin birçok yöne kaymasına neden olmaktadır. İçsel ve dışsal uyarıları filtreleyememekten dolayı, konuşmadaki önemsiz konuları gözardı edememektedirler. Soyut düşünce yerini somut düşünceye bırakmıştır. Hızlı ve kontrolsüz düşünceler, hastalarda zihinsel yorgunluğa sebep olmaktadır (Vinogradov ve Yalom, 2014; Yavuz, 2008).

Şizofrenlere neden hastaneye yatırıldıkları, onlara ne olduğu sorulduğunda, neden bu durumda olduklarını bilmedikleri ve kendi davranışlarının anormalliğini fark etmedikleri görülmektedir. Hastalarda çok sık görülen bu içgörü kaybı, düşünce içeriğindeki anormallikleri de beraberinde getirmektedir. Düşünce içeriğindeki en önemli anormallik sanrılardır (hezeyan). Şizofrenide sık görülen ve pozitif belirtilerden biri olan sanrı, gerçeğe aykırı olan ve mantıklı bir tartışmayla değiştirilemeyen inançlardır (Carlson, 2012). Yavuz'a (2008) göre genelde sanrılar tuhaf, dağınık, sistemsiz ve tutarsızdır. Örneğin; bazı hastalar düşüncelerinin başkaları tarafından kontrol edildiğine ya da düşünceleri başkasının kafalarına koyduğuna inanmaktadır. En önemli sanrılar; perseküsyon (kötülük görme), referans düşünceleri, erotomanik, somatik, grandiyöz sanrılardır.

Şizofreninin en önemli bir diğer pozitif belirtisi, halüsinasyondur (varsanı). Varsanı, gerçekte olmayan bir uyarıcının algılanmasıdır. Halüsinasyonlar, en sık işitsel olarak görülmektedir. Goode (2003a), şizofrenlerin %50-70'inin onlarla konuşan sesler duyduklarını belirtmektedir (Akt. Plotnik, 2009). Bazı hastalar, seslerin sevecen veya saçma şeyler söylediklerini aktarırken; bazıları kendilerine azap çektiren, acı veren, hakaret yüklü sesler duyduklarını aktarmaktadır. Bazen de sesler emir vericidir ve hastayı yönlendiricidir (Vinogradov ve Yalom, 2014). Bunun dışında görsel ve dokunsal varsanılar seyrek görülmektedir.

Enerjinin olmamasını ve günlük faaliyete olan ilgisizliği tanımlayan avolisyon, şizofrenideki negatif belirtilerdendir. Hastalar öz bakımlarını yapamamakta, günlük aktivitelerinde sebat gösterememekte ve çoğu zamanını boş geçirmektedir. Konuşma fakirliği olan alojide ya konuşma miktarı çok azalmıştır ya da konuşma, konuyla ilgili çok az bilgi vermektedir. Ayrıca hastalar, haz verici faaliyetlerin artık haz vermediğini de belirtmektedir (anhedoni). Bunun dışında şizofrenlerin duygulanımında küntlük ve tekdüzelik vardır (Davison ve Neale, 2011). Cenazede gülmek gibi uygunsuz duygulanımda göstermektedirler. Çevrelerine tepki vermede yavaşlama görülmektedir.

Tüm bu belirtilerin dışında, şizofrenlerde dikkatin çabuk dağılması, zayıf problem çözme, öğrenmede ve hafızada yetersizlik, soyut düşünmede bozulma, yargılamada problem, dürtü kaybı, uyku bozukluğu, beslenme bozukluğu, katatoni, katatonik hareketsizlik, balmumu esnekliği vb. de görülmektedir (Yavuz, 2008).

Şizofrenide hastalıkla beraber bireysel ve toplumsal yetkinlik de bozulmaktadır. Böylece kişinin sosyal ilişkilerinde, mesleki başarılarında, yaratıcılığında, organize ve plan yapma konusunda ve toplumsal rolleri yerine getirmede problem ortaya çıkmaktadır. Hastalığın ağırlaşmasıyla beraber daha da düşen işlevsellik düzeyi bireysel farklılık da göstermektedir. Bu nedenle hastaların yaşam niteliğini artırabilmek için işlevsellik düzeylerine uygun çalışmalarla cesaretlendirilme yoluna gidilip toplumsal ve bireysel yetkinliğin kazanılmasına yardımcı olunması gerekmektedir.

### **2.1.5.3. Prognoz ve Sonlanış**

Şizofreni, değişken prognoz ve sonlanış özelliklerine sahip, başlangıcından sonraki birkaç yılda işlevselliğin belirgin şekilde düştüğü ve bunun düzelme olasılığının

düşük olduğu kronik bir bozukluktur. Prognoz ve sonlanışı değerlendirmede hastalık belirtileri, mesleki uyum, sosyal uyum, hastaneye yatış sayısı ve süresi, bilişsel yetiler, şiddet içeren davranış örüntüleri, genel sağlık durumu ve intihar girişimi gibi durumlar kullanılmaktadır (Kocal ve ark., 2017).

Hastalık, sinsi ve yavaş başlayıp yıllarca sürerken, arada alevlenme dönemleri olmakta ve tekrar yavaş ilerleyip daha çok negatif belirtiler gösteren rezidüel şizofreni türüne dönüşmektedir. Bazı vakalarda da aktif dönemlerden sonra daha iyi bir uyum süreci görülmektedir (Özpoyraz ve Taman, 1998).

Vinogradov ve Yalom'a (2014) göre, ilk hastaneye yatışlarda şizofreni tanısı alanların %30'u önemli rezidüel semptomlar olmadan iyileşmektedir. Diğer %30'luk kısım, hastaya uygun tedavi ve terapilerle iyileşme göstermekte olup bazı rezidüel semptomları taşımaktadır. Geriye kalan %40'lık kısım ise kronik rezidüel psikotik semptomlarla geçen bir seyir yaşamaktadır. Peş peşe gelen ataklarla beraber önceden işe yarayan tedavilerin şu anda etkisini yitirme olasılığı vardır ve tedaviye yanıt için uzun süre beklemek gerekmektedir. Yatış sayıları artıkça yapılan tedaviler daha az etkili olmaya başlamıştır.

Şizofreni hastalığının prognozu bireysel farklılık gösterdiğinden, prognozu tahmin etmek için Tablo 3'te verilen olumlu ve olumsuz prognoz göstergelerine de dikkat edilmelidir:

**Tablo 3. Olumlu Prognoz ve Olumsuz Prognoz**

<b>Olumlu Prognoz</b>	<b>Olumsuz Prognoz</b>
Geç başlangıç	Erken başlangıç
Açık tetikleyici etkenlerin varlığı	Tetikleyici etkenlerin yokluğu
Hastalık öncesi uyumun iyi olması	Hastalık öncesi uyumun kötü olması
Akut başlangıç	Sinsi başlangıç
Evli olma	Boşanmış, bekar veya dul olma
Ailede duygudurum bozukluk öyküsü	Ailede şizofreni öyküsü
Sosyal adaptasyon	Sosyal işlevsizlik
Pozitif belirtilerin baskın olması	Negatif belirtilerin baskın olması

---

Nadiren hastaneye yatma	Yatış süresinin sıklığı ve süresinin uzun olması
İlaç tedavisine iyi yanıt verme	Antipsikotik ilaçlara kötü yanıt verme
Bağımsız yaşayabilme yeteneği	Psikiyatrik bakım kurumları dışında yaşamada zorluk çekme
Ailede şizofreni öyküsünün olmaması	Nörolojik belirti ve bulgular
Dengeli yaşam	Perinatal travma öyküsü
Genel sağlık durumunun iyi olması	3 yılda düzelmenin olmaması
Gerçekçi beklentiler	Ailedeki yüksek duygu dışavurumu
Ailedeki düşük duygu dışavurumu	Saldırganlık öyküsü
İlk atakta hızla tedaviye başlama	Yoksul olma
Orta sınıfta olma	Hastalık öncesi şizotipal kişilik özelliklerinin uzun sürmesi
Prodromun ani ortaya çıkması	Madde kötüye kullanım
	Aşırı stres
	Çok sık nökslerin olması
	İyileşme dönemlerin kısalığı

---

Şizofreninin gidişiyile ilgili olan çalışmalarda, cinsiyet yönünden bir farklılık görülmemiştir. Ancak hastalığın gidişinin kadınlarda, özellikle de hastalığın orta dönemlerinde daha iyi olduğu, hastalık ilerledikçe cinsiyetler arasındaki bu farklılığın azaldığı belirtilmektedir. Ayrıca kadın şizofrenlerde hastalık seyri boyunca sosyal işlevsellik düzeyi erkeklere göre daha yüksektir. Kadın şizofrenlerde daha az hastaneye yatış, daha kısa sürede orada kalma ve daha az relaps gözlenmektedir. Şizofrenlerde intihar riski %50'dir ve %10-15'i ölümlle sonuçlanmaktadır. Birçok çalışmada şizofren erkeklerin daha fazla intihar ettikleri bildirilmiştir (Karamustafalıoğlu ve ark., 1998).

### **2.1.6. Şizofreninin Tedavisi**

Şizofreni hastalığının tedavisinde bireysel farklılıklara özen göstererek uygulanan ve olmazsa olmazlardan biri olan farmakolojik tedavi, elektrokonvulsif tedavi (EKT) ve psikocerrahi gibi biyolojik tedavilerin yanı sıra bilişsel ve davranışçı terapi, grup terapisi, aile terapisi, destekleyici psikoterapi ve ruhsal toplumsal beceri eğitimi gibi psikososyal tedavi yöntemleri de kullanılmaktadır. Şizofreni hastalığı uzman bir tedavi ekibiyle ve eklektik bir yaklaşımla tedavi edilmektedir.

Şizofreninin tedavisinde pek çok problem görülmektedir. Şizofrenlerin içgörülerinin az olması ve tedaviyi reddetmeleri sağaltımdaki önemli problemlerden biridir. Şizofreni hastaları kendilerindeki olağandışı durumu anlayamamakta ve bir uzman yardımına ihtiyaçları olduklarını fark edememektedir. Bu nedenle aile üyeleri,

tedavi sırasında hasta açısından sıkıntılarla karşılaşmaktadır ve bazen de gönülsüz olarak şizofreni hastalarının hastaneye yatırılması gerçekleşmektedir (Davison ve Neale, 2011).

Diğer problemlerden biri de tedaviyi kabul etmelerine rağmen ortaya çıkan tedavi uyumsuzluğu ve tüm bu yaşanan süreç içinde olumsuz etkilenen yaşam niteliğidir. Çünkü tedavinin şizofreni hastası açısından sorunsuz ve uyumlu bir şekilde ilerlemesinin yaşam niteliği için de önemi büyüktür. Hastalık süresi uzadıkça yaşam niteliği düşmektedir ve bu sebepten dolayı yan etkisi daha az olan ilaçlarla beraber uygulanan psikososyal tedaviler yaşam niteliğini artırmayı amaçlamaktadır (Soygür, 2003).

### **2.1.6.1. Farmakolojik Tedavi**

Şizofreninin tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçların 1950'lerde bulunmasıyla sağaltımda büyük bir gelişme yaşanmıştır. Bundan sonra antipsikotik ilaçlar, şizofrenlerin tedavisinde vazgeçilmez unsurlardan biri olmuştur. Antipsikotiklere, güçlü sakinleştirici ya da ajite giderici durumundan dolayı "*majör trankilizan (sakinleştirici)*" (Vinogradov ve Yalom, 2014) veya farmakolojik etkinlikleri ve nörolojik bozuklukların davranışsal yan etkilerine benzer durumlar ortaya çıkardığı için "*nöroleptik ilaçlar*" da denmektedir (Davison ve Neale, 2011).

Antipsikotik ilaçlardan en sık kullanılanlardan biri olan fenotiazinler, 1940'larda antihistaminlerin keşfine kadar dikkat çekmemiştir. Henri Laborit, ameliyat şokunu azaltmak için hastalara antihistamin verilmesinde öncülük etmiştir. Böylece hastalar ameliyattan daha az korkmakta ve uykulu durumda olmaktaydılar. Laborit'in öncülük yaptığı bu çalışmalar, ilaç şirketlerinin dikkatini antihistaminlerin sakinleştirici etkilerinin üzerine yöneltmiştir. 1950 yılında da Fransız kimyacı Charpentier, fenotiazin türevi olan klorpromazin sentezini geliştirmiştir. Klorpromazin (ticari adı Thorazine), ilk kez 1952'de Deniker ve arkadaşları tarafından kullanılmıştır ve bu ilaç şizofreni hastalarını sakinleştirmede etkili olmuştur (Davison ve Neale, 2011; Erdiş ve Ceylan, 1996).

Antipsikotik ilaçların iki türü vardır: tipik ve atipik. Tipik antipsikotikler, dopamin reseptör antagonistleridir. Bu ilaçların dopamin seviyesini düşürmesi, beyinde dopaminin fazla aktif olduğunu ve bu nedenle bazı belirtilerin ortaya çıktığını belirten dopamin teorisini de desteklemektedir. Tipik antipsikotikler, pozitif semptomları azaltmakta; fakat

negatif semptomlara önemli bir etkide bulunamamaktadır (Plotnik, 2009). Klorpromazin ve tiyorizadin gibi düşük potensli ilaçlar sedasyon, ortostatik hipotansiyon, fotosensitivite ve antikolinerjik etkilere sebep olurken; haloperidol gibi yüksek potensli ilaçlar da akatizi, distoni, tardiv diskinezi, ekstrapiramidal yan etkiler (psödoparkinsonizm), antikolinerjik etkilere ve sık rastlanmayan nöroleptik malign sendroma neden olmaktadır (Vinogradov ve Yalom, 2014).

Tipik antipsikotiklerin negatif belirtilere istenilen şekilde etki edememesi ve hastaları rahatsız eden hatta becerilerini sınırlandıran yan etkilerinin fazla olması, şizofreni hastasının prognozunu ve yaşam niteliğini olumsuz yönde etkilemektedir (Soygür ve ark., 2000). Tüm bu olumsuzluklara ek olarak, dopamin dışındaki bazı nörotransmitterlerinde etiyojide etkin olduğu yönündeki bulguların bulunmasıyla tedavide atipik antipsikotikler kullanılmaya başlanmıştır. Bunlar, yeni veya ikinci kuşak antipsikotikler olarak da bilinmektedir. Bu ilaçlar da tipik antipsikotikler gibi dopamin seviyesini düşürmekte olup, onlardan farklı olarak serotonin reseptörlerinin blokajını da yapmaktadır. Böylece pozitif semptomları, negatif semptomları ve nüksetmeyi azaltmaktadır. 1990'larda ilk kez atipik antipsikotik ilaç olan clozapin kullanılmaya başlanmıştır ve daha sonra risperidon, olanzapin gibi ilaçlar geliştirilmiştir. Bu ilaçlar, tipik antipsikotiklere nazaran %5 oranında tardiv diskineziye neden olmaktadır. Ancak yine de bazı yan etkileri mevcuttur. Bunlar; daha az ekstrapiramidal yan etki, hipoglisemi, aşırı kilo alımı, diyabetin başlaması veya kötüleşmesidir (Plotnik, 2009). Atipik antipsikotikler, hastanın tedaviye uyumunu sağlamada ve yaşam kalitesini artırmada da avantajlıdır. Schulz 'a (2000) göre, şizofrenik hastaların %31-60'ının bir yıl içinde belirgin derecede iyileşmesinin sebepleri olarak, atipik nöroleptiklerle tedaviye başlanması veya tipik nöroleptikten bir yarar görmeyen hastaların atipik nöroleptiğe geçmesi çalışmalarla gösterilmektedir (Akt. Plotnik, 2009).

Vinogradov ve Yalom (2014), ilaç kullanan hastaların %50'sine yakını kalıcı iyileşme gösterirken; diğer kalanların ise ilk haftadan sonra tekrarlamalar ve daha iyi bir belirti kontrolü sağlamayla hızlı iyileşme gösterdiklerini belirtmiştir. Ancak yine de iyileşme her hasta için aynı doğru üstünde olmamaktadır. İlaç kullanmayan hastaların ise hastaneye yatırımları yüksek olmakta ve hastalar daha kronik bir vaziyet yaşamaktadır.

İlaç tedavisi hem şizofrenler hem de diğer psikotik hastalar için sağaltımın temel taşıdır. Ancak ortaya çıkan ilaç uyumsuzluğu hem nüksü hem de hastaneye yatış sayısını artırmakta ve bir sürü olumsuzlukları da beraberinde getirmektedir. Sungur'a (2000) göre, çoğu hasta ilaçlarını kullanmaya devam etmesine rağmen semptomların yok olmadığını görmekte ve ilaç alımını kesmektedir. Böylece semptomlar daha şiddetli olarak nüksetmektedir. İlaç uyumsuzluğu içgörü eksikliği, oryantasyon güçlüğü, olumsuz yan etkiler, çevresel stresörler, ilacı düzenli kullanmayı sağlayacak dengeli bir yaşam tarzının eksikliği veya sosyal desteklerin azlığı gibi faktörler sonucu meydana gelmektedir. Hastaneye yatışın fazla olması, hastalık süresinin uzaması, eşyanın varlığı (özellikle de alkol ve madde kötüye kullanımı), ailenin ilaca ve hastalığa karşı olumsuz bakış açısı, ekonomik sıkıntılar da ilaç uyumsuzluğuna neden olmaktadır (Çobanoğlu ve ark., 2003).

Antipsikotiklere ek olarak şizofreni tedavisinde başka ilaçlar da kullanılmaktadır. Benzodiazepinler olarak bilinen minör trankilizanlar, nöroleptiklerin yan etkilerini, özellikle de akatiziyi azaltmada ve kaygıyı gidermede; beta-blokörleri de şizofrenlerde akatiziyi yok etmede kullanılmaktadır. Antidepresan ilaçların ise şizofreni tedavisinde kullanımına dikkat etmek gerekmektedir. Çünkü psikotik semptomlar daha kötüleşebilir ya da yan etkilerine antidepresanın yan etkileri de katılabilir. Bunlar dışında antikolinerjik ilaçlar ve duygudurum düzenleyicileri de ek olarak kullanılmaktadır (Vinogradov ve Yalom, 2014).

### **2.1.6.2. Elektrokonvulsif Tedavi (EKT) ve Psikocerrahi**

Cerletti ve Bini tarafından 1938'de geliştirilen EKT, özellikle depresyon tedavisinde kullanılmaktadır ve oldukça yararlı etki göstermektedir. Şizofreni tedavisinde ise antipsikotiklerin kullanımının başlanmasıyla EKT daha az uygulanmaktadır. Özellikle de katatonik tepkisizlikte, mumsu esneklikte ve mutizmde hızlı bir iyileşme sağlamaktadır (Vinogradov ve Yalom, 2014). Ayrıca ilaçlara dirençli ve taşkın belirtiler gösteren hastalarda güçlü bir tedavi yöntemidir.

1935 yılında, Portekizli bir psikiyatr olan Moniz, prefrontal lobotomiye tedavi yöntemi olarak kullanmaya başlamıştır. Prefrontal lobotomi, frontal lobun beynin diğer alt kısımlarına bağlayan sinir yollarından ayrılmasına yol açan bir ameliyat yöntemidir. Moniz, özellikle saldırgan olan ruhsal hastalarda kullanmıştır ve birçoğunun hastaneden çıkmasını sağlayacak kadar iyi sonuçlar almıştır. Ancak hastanın zihinsel yeteneklerinde büyük düşüşlerin görülmesiyle, 1950'lerden itibaren gözden düşmüştür. Özellikle de davranışsal ve duygusal taşkınlığı azaltan ilaçların ortaya çıkmasıyla artık kullanılmamaya başlanmıştır (Davison ve Neale, 2011).

### **2.1.6.3. Bilişsel ve Davranışçı Terapi**

Bilişsel terapi, işlevsel olmayan düşünce ve inançları değiştirmeyi amaçlamakta olup, özellikle depresyon ve anksiyete tedavisinde etkilidir. Psikotik bozukluklarda ise genelde davranışçı tekniklerle yararlı hale gelmektedir. Şizofreni hastalarına uygulanan jeton ödüllendirme (token economy) ile istenilen davranışlar kazandırılmaktadır. Böylece şizofreni hastaları topluma daha kolay adapte olmaya başlamaktadır (Davison ve Neale, 2011). Bilişsel davranışçı model, şizofreni hastasının hastalığa ilişkin algısını normalleştirerek kendisini damgalamayı, psikotik belirtilerinin sıklık ve şiddetini, anksiyete, depresyon gibi sorunları azaltmayı amaçlarken; benlik saygısını ve iletişim becerilerini artırmayı hedeflemektedir (Mortan ve Sütçü, 2011).

### **2.1.6.4. Grup Terapisi**

Grup terapisi, hastalara sosyalleşme becerilerini öğreten faydalı bir tekniktir. Terapi, şizofrenlerin halüsinasyon gibi semptomların çoğuyla başa çıkmaları için bazı stratejileri öğrenmelerini amaçlamaktadır. Hastaların benzer sorunları paylaştıklarını görmeleri, onların yalnız olmadıklarını hissettirmekte ve birbiriyle kaynaşmalarını sağlamaktadır. Böylece grup içinde, grup arkadaşlarıyla beraber hayatlarındaki problemlere çözüm üretmekte ve bunu ilk olarak grup içinde uygulayarak öğrenmektedir. Bazı araştırmalar, ilaç tedavisinin yanında ek olarak grup terapisinin daha yararlı olacağını bildirmiştir (Vinogradov ve Yalom, 2014).

### **2.1.6.5. Aile Terapisi**



1960'larda uygulanan ailesel müdahalelerin doğasını, şizofreni hastalığının etiolojisi ve gelişimi hakkındaki teoriler yönlendirmekteydi. Örneğin; Murray Brown, şizofreniyi, hastanın kendi ailesinden farklılaşmamasına atfetmektedir ve bu farklılaşmayı engellediğine inandığı olumsuz aile etkileşimlerine müdahalelerde bulunmuştur. Gregory Bateson ve Palo Alto Grubu'na göre, şizofrenlerin iletişimi, ailelerinin ortaya koyduğu çelişkili ifadelerle cevap verme ya da verememe durumudur ve böylece aile bireylerine daha açık, çelişkisiz ve anlayışlı iletişim kurmaları konusunda müdahale edilmektedir. Modern aile terapisi modelleri ise aile içindeki iletişimi daha açık hale getirmek ve duygu dışavurumunu kontrol altına almak için eski müdahalelerden faydalanmaktadır; ancak onlardan farklı olarak şizofreniyi tedavi etmek yerine, ailelere hastalığın nüksetmesinde veya nüksetmemesinde nasıl bir rol oynayabilecekleri konusunda yardımcı olarak hastalığın seyrini durdurmaya çalışmaktadır (Vinogradov ve Yalom, 2014).

Birçok şizofreni hastası hastaneden çıktıktan sonra ailelerinin yanına dönmektedir. Şizofrenlerin hastalıkla başa çıkmalarında ve sosyalleşmedeki en önemli kaynak, aile desteğidir. Bu nedenle hastayla yapılan psiko eğitim veya terapilere ailelerin de katılması, prognoz üzerinde önemli katkı sağlamaktadır. Aile terapisinde, aile bireylerine şizofreniyle ve onunla baş etmeyle ilgili detaylı bilgi verilerek, onların hastaya karşı olumsuz tutum ve davranışlarının değiştirilmesi hedeflenmektedir. Aile terapisi; aile içi gerginliği azaltmada, aile üyelerine sosyal destek vermede, tedavi ekibiyle işbirliği kurmada, tedavi uyumunu sağlamada, topluma daha hızlı adapte olmada, ailelerin yük algısını azaltmada ve öz yeterliliklerini artırmada başarılı olmaktadır (Kocal ve ark., 2017; Yıldırım, ve ark., 2013).

#### **2.1.6.6. Destekleyici Psikoterapi**

Sadece farmakolojik tedavi, hastalara sosyalleşmeyi veya toplumsal rolleri öğrenmeyi sağlamamaktadır. Şizofrenler, hastaneden çıktıklarında tekrar umutsuzluğa kapılmakta ve kendilerini eksik, farklı ve dünyaya yabancı hissetmektedirler. Hayatlarında yaşanan bu tür olumsuzlukları yok etmede destekleyici psikoterapi önemli bir yer tutmaktadır. İlaç tedavisiyle beraber uygulanması da bütüncül bir yaklaşım

sunmaktadır. İlnem ve arkadaşlarına (1998) göre, tedavi planı içinde doğru bir zamanda uygulanan psikoterapi, onların hastalık sebebiyle bölünen hayatlarını birleştirip, problemlerini çözmede etkili çözümler üretmelerine yardımcı olmaktadır.

Destekleyici terapi türü olan bireysel terapide amaç, güven hissinin oluşumunu sağlamak, terapötik ilişki kurmak, hastaların problemleriyle baş etmelerine yardımcı olmak ve onlara umut aşılaktır. Bu amaçları sağlayabilmek için de güven verme, model alma, sınır koyma, öneri sunma ve gerçeklik testi gibi destekleyici terapi teknikleri kullanılıp, hastalara kısmen içgörü kazandırılmaktadır (Vinogradov ve Yalom, 2014). Tüm bunların sağlanması için de, hastanın var olan işlevsellik düzeyini kabullenmek, görüşme sıklığını hastaya göre ayarlamak, hastayla iyi bir ilişki kurmak, model oluşturmak, bağımlılık sorununu ele almak, duygularını söylemesi için ortam hazırlamak, bazı davranışlarını tartışmak, sınır getirmek gerekmektedir (Sungur, 2000).

#### **2.1.6.7. Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi (RUTBE)**

Şizofrenlere ilaç tedavisiyle beraber uygulanan RUTBE, şizofrenlerin işlevselliği için tedavide önemlidir. Ruhsal eğitimi, toplumsal beceri eğitimini, aile eğitimini ve grup terapisini bünyesinde barındırmaktadır. Bu eğitimin hedefleri; şizofrenlere hastalığı, tedavisi, hastalığın prognozu, sonlanımı hakkında bilgi verilerek tedavi konusunda onları cesaretlendirmek, uyarıcı işaretleri tanıyıp nüksetmeyi önlemeye çalışmak, belirtilerin şiddetini ve sıklığını azaltmak, alkol ve uyuşturucudan sakınmalarını sağlamak, iletişim becerilerini geliştirerek toplumsal işlevselliği artırmak, işlevselliği ve yaşam kalitesini artırmaktır (Söğütü ve ark., 2017). Yıldırım ve arkadaşları (2015), RUTBE'nin şizofrenlerde semptomlarını iyileştirdiğini, içgörüyü artırdığını, içselleştirilmiş damgalanmayı azalttığını ve işlevselliği artırdığını bildirip, ilaç tedavisinin yanında ek olarak bu eğitimin de verilmesinin hastalar için olumlu olacağını belirtmiştir.

#### **2.2. Şizofreni ve Aile**

Aile dinamiğiyle ilgili ilk çalışmalarda, aile bireyleri arasındaki anormal etkileşimin çocuğa aktarılıp şizofreni geliştirmesine neden olduğu yönündedir. Ancak günümüzde ailenin olumsuz tutumlarının şizofreni etiolojisinde bir faktör olmadığı; daha çok sağlıklı ailelerin hastalığın başlamasına karşı koruyucu bir ortam oluşturduğu bilinmektedir (Köroğlu ve Hacıoğlu, 2017).

Goldstein ve Strachan, ailenin rolü ile ilgili bir değerlendirme yapmıştır. Aile etkileşiminin üç şekli (iletişim sapması, ailenin duygu dışavurumu ve olumsuz duygusal stil) ile şizofreninin başlangıcı ve seyri üzerinde tutarlı bir bağlantı ortaya koymuştur. Bu değerlendirmeye göre, şizofreni hastalarının ebeveynleri açık veya etkin bir iletişim kurmamakta, ailedeki dengesiz etkileşimler şizofreni başlangıcından önce de var olmakta, bu tür etkileşimler şizofreniye özgü olmamakta, olumsuz etkileşimler şizofreninin seyrini etkilemekte ve son olarak şizofreni riski, genetik yatkınlık ve aile etkileşimleri arasındaki ilişki (stres-yatkınlık modeli) sonucu ortaya çıkmaktadır (Vinogradov ve Yalom, 2014).

Toplumumuzda şizofrenlerin çoğu aileleriyle beraber yaşamaktadır. Aileler, hastaların yaşamlarını daha iyi sürdürebilmeleri için onlara destek vermekte ve bakımlarını üstlenmektedir. Bakım üstlenme, bakım verene ağır yükler getirmektedir. Şizofrenide temel bakım verenin genellikle kadınlar ve anneler olduğuna yönelik veriler mevcuttur (Arslantaş ve Adana, 2011). Yük kavramı, nesnel (gelir kaybı, sosyal faaliyetlerin kısıtlanması vb.) ve öznel (hastayla ilgili yaşanan sıkıntılar vb.) olarak ikiye ayrılmaktadır. Öznel yük, şizofreninin hem pozitif hem de negatif belirtilerin şiddetiyle ilişkili bulunurken; nesnel yük sadece negatif belirtilerin şiddetiyle ilişkilidir. Yapılan çalışmalar, özbakım ve aktiviteyle ilgili sorunların ve yüksek duygu dışavurumunun daha fazla yük getirdiğini bildirmiştir. İyi bir sosyal destek ve hastanın sosyal işlevselliğinin düzelmesi, aile üzerindeki yükü hafifletmektedir (Gülseren, 2002). Arslantaş ve Adana (2011), bakım yükünün azaltılmasında/artırılmasında cinsiyetin, etnik kökenin ve kültürün, bakım verenin sağlık durumunun ve yaşam kalitesinin, sosyal desteğin, şizofreni semptomlarının etkili olduğunu ifade etmiştir. Gülseren ve arkadaşları (2010) ise, yükün azaltılmasında, belirtilerin kontrol altına alınmasının, hastaların sosyal işlevselliğinin artırılmasının, hasta yakınlarının depresyon ve anksiyete düzeylerini azaltılmasının ve sosyal desteğin olmasının yardımcı olduğunu belirtmiştir.

Psikotik hasta ile aile bireylerinin ilişkilerinde geliştirdikleri sağlıksız tutumlar vardır. Bazı aile bireyleri psikotik hastalardaki var olan beceri eksikliğine karşı, aşırı koruyucu, kollayıcı, ilgili ve kısıtlayıcı, yasaklayıcı gibi tutumlar (ev işlerinde sorumluluk vermemek, hatta işi onun yerine yapmak vb.) sergilemektedir. Bu durum da hastanın becerilerini tamamen kaybetmesine neden olmaktadır. Bazı aile üyeleri de, hastanın hasta olduğunu görmezden gelerek, beklentilerini yükseltmektedir. Hasta birey bu beklenti

karşılayamayınca da, ailede çatışma ortaya çıkmaktadır. Aile bireyleri, hastaya karşı düşmanca ve eleştirel bir tutum sergileyerek onları tamamen reddetme davranışı da göstermektedir. Bazen de kendilerini sadece hasta bireye adanmakta ve diğer üyeleri ihmal etmektedir. Bu da, aile içi gerginliklere, suçlamalara, kavgalara, hatta evi terk etmelere ve boşanmalara neden olmaktadır. Ayrıca hastanın kendileri üzerinde bıraktıkları olumsuz duyguları bastırmaları, psikosomatik hastalıklara da yol açmaktadır (Muslu, 2010). Hastaya karşı olan tüm bu sağlıksız tutumlar, hastalığın kötüleşmesine ve aile işleyişinin bozulmasına neden olmaktadır.

Şizofren bir hastaya sahip olan aile, bir yandan hastalıktan ötürü kendilerini suçlamakta ve sorumlu tutmaktayken; bir yandan da yakın çevresi tarafından “bir şizofrenin kardeşi/annesi/babası” damgasının oluşması hastadan utanmalarına ve bu yüzden de hastayı veya hastalığı gizlemelerine neden olmaktadır (Üçok, 2003). Toplumdaki bu damgalanma şizofreni hastasını yalnızlaştırmakta ve böylece hastanın aileye bağımlı hale gelmesine neden olmaktadır (Köroğlu ve Hacıoğlu, 2017).

Hastalarla beraber acı çekmek, onları tam olarak anlayamamak, onlarla uygun iletişimi sağlayamamak ve gelecekle ilgili kaygılar ailelerin yaşadığı diğer sıkıntılardır (Gülseren ve ark., 1999). Ailelerin yaşadıkları bu sıkıntılar o kadar fazladır ki bazen hastaya karşı öfke duymaya başlamaktadırlar ve bu öfke ailenin diğer fertlerine de yansıyor aile işlevlerini bozmaktadır. Bu da, hastalığın gidişini olumsuz yönde etkilemektedir. Aile bireyleri, aynı hastalığın kendi başlarına da gelmesinden korkmaktadır, hastaların refah ve güvenliğinden endişe duymakta, intihar ve saldırganlık konusunda korku yaşamakta ve kendileri öldükten sonra geride kalan şizofreni yakınıyla ilgili kaygılanmaktadır (Köroğlu ve Hacıoğlu, 2017). Ayrıca ilaç kullanmayı reddeden hastaların aileleri çaresizlik de yaşamaktadır. Yaşanılan duygusal sorunlar yanında aile üyelerinin mesleki verimleri düşmektedir ve tedavi masraflarının pahalılığı nedeniyle de maddi güçlükler başlamaktadır (Gülseren, 2002).

Şizofrenlerin duygu, düşünce ve davranışlarındaki bozulma, ailedeki tüm üyeler tarafından hissedilmektedir. İlk psikotik atağını geçiren hastanın ailesinde endişe ve şaşkınlık gözlenirken, ataklar ve hastaneye yatış artıkça ailede bıkkınlık meydana gelmektedir. Aile tüm günlerini hastayla geçirmekte, hastanın bakımını üstlenmekte, bu

süreçte de hastalığın seyri ve hastaya yaklaşım konularında bilgi, beceri, sosyal destek, duygusal destek ve işbirliğine ihtiyaç duymaktadır (Gülseren, 2002).

Kronik ruhsal hastalıklar, evlilik ilişkisini de etkilemektedir. Eşlerden birinin hastalanması, aile içindeki rollerin değişmesine ve ailedeki işleyişi bozmaktadır. Sağlıklı olan eşin sorunlarla uygun şekilde baş edebilmesi, hastalığın seyri açısından da olumlu etkiye sahiptir (Köroğlu ve Hacıoğlu, 2017).

Ünal ve arkadaşları (2004), şizofreni, epilepsi ve iki uçlu duygudurum bozukluklarının aile işlevlerini karşılaştırmıştır ve aile işlevlerinin en sağlıksız olduğu grubun şizofreni olduğu görülmüştür. Danacı ve arkadaşları (2005), aile işlevlerindeki bozulmanın şizofrenlerin sosyal işlevselliğini de etkilediğini ifade etmiştir.

### **2.3. Şizofreni ve Duygu Dışavurumu**

Ünal (2000), aile üyelerinin hastalığın veya hastanın yarattığı stresle başa çıkmak için göstermiş oldukları kişilerarası davranışlara *duygu dışavurumu (expressed emotion)* demiştir. Kazarian (1992), bu tanımı, üyelerinden biri ruhsal hastası olan bir ailenin, o üyeye karşı takındığı duygusal tutum ve davranışlar olarak betimlemiştir (Akt. Akgülle, 2014). Başka bir tanıma göre, ihtiyaç ve beklentilerimizi başkalarına iletmenin yoludur (Köroğlu ve Hacıoğlu, 2017). Duygu dışavurumu yaşamsal stresörlerin, hastayla ilgili gerçek sorunların ve başa çıkmada yaşanan problemlerin etkilerini yansıtmaktadır (Akgülle, 2014).

Duygu dışavurumu kavramı; eleştirel olma, düşmanca tavır alma, aşırı ilgili ve müdahaleci olma, yakınlık kurma ve olumlu yorumları kapsamaktadır. Eleştirel olma; eleştiri niteliğinde diğerini suçlama, onaylamama, beğenmeme ve hoşnutsuzluk gibi ifadeleri içermektedir ve hastanın davranışlarına hoşgörü gösterilmemekte, sevimsiz bulunmaktadır. Düşmancıl olma; doğrudan reddetme, suçlama veya hastanın her şeyini eleştirme şeklindedir ve sadece hastanın davranışlarına değil, kişiliğine de yöneliktir. Aşırı ilgi duyma ve müdahaleci olma; aşırı koruyup kollayıcı, kısıtlayıcı, dalıcı/müdahaleci ve kontrol edici davranışlardır. Hastaya fazla ilgi gösterilmekte ve küçük çocuk muamelesi yapılmaktadır. Yakınlık kurma ve olumlu yorum ise hastaya karşı olan anlayışlı, olumlu, empati ve sevgi içeren, onaylayıcı ve destekleyici tutum ve sözlerdir (Köroğlu ve Hacıoğlu, 2017; Akgülle, 2014).

Yüksek duygu dışavurumu olan aileler çok konuşup az dinlemekte, aşırı müdahaleci ve suçlayıcı olmakta, verdikleri tepkileri abartmakta, hastanın rol yaptığından şüphelenmekte olup bu ortamda olan hastaların da yaşam olaylarına tek başlarına çözüm bulma becerilerinin zayıf olduğu bildirilmiştir. Düşük duygu dışavurumu olan aileler ise daha hoşgörülü, yardımsever, ilgili, duyarlı, kabullenici, serinkanlı olmaktadır (Akgülle, 2014).

Ailenin duygu dışavurumunun niteliği, özellikle hastalığın gidiş ve sonlanışı açısından önemli rol üstlenmektedir (Köroğlu ve Hacıoğlu, 2017). Semptomların alevlenmesinde stres çok önemlidir ve yüksek duygu dışavurumu algılandığı zaman, hasta için stres oluşturmaktadır (Deniz ve ark., 1998). Aile içindeki yüksek duygu dışavurumu hastalığın yinelenmesiyle ilişkili bulunmuşken; düşük duygu dışavurumu ise daha olumlu bir prognozla ilişkili bulunmuştur (Ünal, 2000). Yüksek duygu dışavurumu olan ailelerle beraber yaşayan şizofrenlerde nöksler ve hastaneye yatış sayısı artmaktadır (Berksun, 1992). Deniz ve arkadaşları (1998) yaptığı çalışmada da, yüksek duygu dışavurumu ve kötü aile işlevleri olan hastalarda bozukluğun yeniden başlamasına neden olduğunu ve hastaneye yatışı artırdığını belirtmiştir. Ailedeki tükenmişlik, var olan eleştirel ya da aşırı müdahaleci tutumları ortadan kaldırdığı gibi; düşük duygu dışavurumuna sahip aileler hastalığın alevlenme dönemlerinde yüksek duygu dışavurumu gösterebilmektedir (Köroğlu ve Hacıoğlu, 2017). Arslantaş ve arkadaşları (2009), ailelere ve bakım vericilere verilecek psikoeğitimin hastalığın prognozunda önemli olan duygu dışavurumu açısından yararlı katkılar sağlayacağını belirtmiştir.

Kişilerarası ilişkilerde ve ruh sağlığında önemli olan duyguların ifadesi, şizofrenlerin aileleri içinde önemli bir yer tutmaktadır. Tüzer ve arkadaşları (2008), şizofreni hastalarında aile ortamı değişkenlerinin psikopatoloji şiddeti açısından dikkate alınması gerektiğini bildirmiştir ve aile ortamını düzeltmeye yönelik müdahaleler, hastalığın seyrine olumlu katkıda bulunmaktadır. Ebrinç ve arkadaşları (2001), şizofrenlerin ailelerinde aile içi etkileşiminde duygusal tepki verebilme, ilgi gösterme ve davranış kontrolünde problemler yaşandığını gözlemiştir ve duygu dışavurumunun hastalarda algılanan aile ve sosyal desteği olumsuz yönde etkileyebileceğine de dikkat çekmiştir. Çetin ve arkadaşları (2013), şizofreni hastasının bir araç kullanarak yaptığı (telefon kullanma, otobüsle seyahat etme, para çekme vb.) aktivitelerdeki bağımsızlık

artıkça, bakım vericinin yaşadığı güçlükler ve duygu dışavurumunun azaldığını belirtmiştir. Arslantaş ve Adana (2012), şizofreni hastasının erkek, ilkokul ve altı eğitimde olmasının, sosyal güvencelerinin olmamasının bakım verenin duygu dışavurumunu artırdığını ve bakım vericinin mesleğinin olmaması, eğitim düzeyinin ilköğretim veya altı olması, ailesinin gelir düzeyinin düşük olması bakım vericide duygu dışavurumunu artırdığını bildirmiştir.

## 2.4. Şizofreni ve İçselleştirilmiş Damgalanma

*Damgalanma (stigmatization)*, kişinin içinde yaşadığı toplumun “normal” saydığı ölçütlerin dışında olması nedeniyle, diğer bireyler tarafından kişiye saygınlığını azaltıcı şekilde atıfta bulunmaktır (Bilge ve Çam, 2010). Çam ve Çuhadar’a (2011) göre damgalanma, kişi veya grubun, ruhsal hastalık, etnik grup, ilaç kötüye kullanımı, fiziksel yetersizlik gibi özelliklerinden dolayı kusurlu veya gözden düşmüş şekilde olumsuz değerlendirilmesidir.

Damgalanma, toplumsal ve bireysel damgalanma olarak iki şekilde sınıflandırılmaktadır. *Toplumsal damgalanma*, profesyoneller ve toplum tarafından ruhsal hastalığı olan kişilere karşı olan stereotiplerin kabul edilmesidir. *Bireysel damgalanma* üç şekilde ele alınmaktadır: bireyin damgalanan grup hakkındaki tutumlarını düşünmesi (algılanan damgalanma), ayrımcılığı deneyimlemesi ve toplumun stereotiplerini kendisi için kabullenmesi (içselleştirilmiş damgalanma). Bu üç unsur da kısır döngü oluşturup, damgalanmanın artmasına neden olmaktadır (Assefa et al., 2012). Şizofreni hastalarında toplumsal ve bireysel damgalanma, şizofrenlerin aile üyelerinde ise toplumsal damgalanma yüksektir (Yıldız ve ark., 2012).

Damgalanma pek çok durumda görülse de ruhsal hastalığı olan kişiler, buna en fazla maruz kalan kesimdir. Ruhsal bozuklukların tanı ve tedavilerinin en büyük engellerinden biri olan damgalanma ve bunun sosyal bilişsel yapısını içeren stereotipler (basmakalıp yargılar), önyargılar ve ayrımcılıktır (Baysal, 2013). Ruhsal hastalığı olan kişilerin toplumdaki farklı olduğunun anlaşılmasıyla, toplumdaki bireylerin onlara karşı bazı olumsuz tutumları oluşmaya başlamaktadır. Bu olumsuz tutumlar da hastaların “tehlikeli”, “deli”, “akıl hastası” veya “ne zaman ne yapacağı belli olmayan” kişiler olarak algılanmasına ve bu durumun toplumda kaygı oluşturmaya neden olmaktadır.

Böylece toplum şizofreni gibi ruhsal hastalıklara sahip olan bireyleri damgalayıp dışlamakta ve ayrımcılığa sebep olmaktadır (Çam ve Çuhadar, 2011).

Hastaların toplum tarafından dışlanması ve toplumsal birlikteliğinin sağlanamadığının görülmesiyle *sosyal mesafe* kavramı doğmuştur. Sosyal mesafe, kişilerin sosyal ilişkilerinde ruhsal hastalığı olanları ne kadar kabul ettikleridir. Hastaların saldırgan olarak algılanması ve psikopatolojinin tipi de sosyal mesafeyi etkilemektedir (Baysal, 2013)

Ruhsal hastalıklar içinde şizofreni toplumda en fazla damgalanan hastalıktır. Bu konuda yapılan çalışmalara göre, toplumdaki bireyler ve hasta yakınları şizofrenlerin saldırgan olduğunu, hayatları ile ilgili doğru kararlar alamayacaklarını, şizofrenlerin evlenmemeleri gerektiğini, bir şizofreniye evlerini kiralamayacaklarını, şizofrenlerin toplum içinde serbest dolaşmamaları gerektiğini, şizofreni olan bir komşudan rahatsızlık duyacaklarını, onlarla çalışmak istemediklerini ve bir şizofreniyle evlenmeyeceklerini bildirmiştir (Sağduyu ve ark., 2003; Yıldız ve ark., 2010; Durat ve ark., 2017; Taşkın ve ark., 2002). Almanya ve Avusturya'da yapılan araştırmada, şizofreni yakınlarından yarıya yakını bu hastalığı ruhsal bir zayıflık olarak görmektedir ve İtalya'da yapılan başka bir araştırmada ise hasta yakınlarının şizofrenlerin evlenmemesi ve çocuk sahibi olmaması gerektiğini bildirmiştir (Özbaş ve ark., 2008).

Toplumda oluşturulan olumsuz tutumlardan hekimlerin de etkilenip etkilenmediklerine dair çalışmalarda vardır. Üçok ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, şizofreni ile ilgili olan önyargıların psikiyatri dışındaki hekimlerde de yaygın olduğu görülüp, hekimlerin muayene veya tedavi ettikleri kişinin şizofren olması mesleki uygulamalarını etkilememekte; ama hekimler hastayı potansiyel tehlike olarak görmekte ve komşuluk, sosyal ilişkiler kurma vb. yönden ciddi önyargılara sahip olmaktadır (Akt. Özmen ve ark., 2003). Aker ve arkadaşları (2002), hekimlerin büyük çoğunluğunun şizofreniyi ruhsal bir zayıflık olarak gördüğünü ve şizofrenlerin toplumda serbest dolaşmamaları gerektiğini, saldırgan olduklarını, kendileriyle ilgili doğru kararlar alamadıklarını bildirmiştir. Saillard (2010), psikiyatrların reçetelere veya sevklerle şizofreni tanısı yazmaktan kaçındıklarını ifade etmiştir. Yapılan diğer bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarını içeren son 10 yıldaki



araştırmalar gözden geçirilmiştir ve buna göre çalışmada, tutumların 10 yıl içinde değişmediği, halen reddedici ve dışlayıcı olduğu görülmüştür (Arkan ve ark., 2011).

*Damgalanma algısı*, ruhsal hastalığı olan kişinin dış çevreden gelen olumsuz tutum ve dışlayıcı yaklaşımlardan kaynaklanan ya da hiçbir uyarı olmaksızın damgalanmişlık duygusu taşımasıdır (Baysal, 2013). Bazı bireyler, psikiyatriye başvurunca açık bir ayrımcılık yaşamasa da kendisini değersiz, damgalanmiş ve dışlanmiş hissetmeye başlamaktadır. Bazı çalışmalarda hasta yakınlarının, ailelerinde ruhsal hastalığı olan birinin bulunmasından utanmaları ve bunu gizlemeleri, damgalanma algısını artırmaktadır. Psikopatolojinin tipi, hastalığın uzun sürmesi, yeti yitimi, yatarak tedavi olma, EKT uygulanması ve lityumun kullanılması, sürekli ilaç kullanma gerekliliği, azınlık grubun veya kırsal kesimden birinin ruhsal hastalık tanısı alması da damgalanma algısını artırmaktadır. Ancak hastalıkları ve tedavileri konusunda bilgili olan kişilerin damgalanma algısı düşmektedir (Taşkın, 2007).

*İçselleştirilmiş damgalanma*, kişinin toplumdaki olumsuz yargıları kendi için kabullenmesi ve böylece değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendini toplumdan geri çekmesidir. Bir bakıma damgalanma algısı kişinin damgalandığını hissetmesiye; içselleştirilmiş damgalanma kişinin direkt kendisini damgalamasıdır (Baysal, 2013). İçselleştirilmiş damgalanma ne kadar yüksekse, damgalanma algısı da o kadar yüksektir (Taşkın, 2007). Corrigan ve arkadaşları, içselleştirilmiş damgalanmanın gelişimi ve sonuçlarını üç basamaklı bir modelle tanımlamıştır: stereotiplerin farkında olma, onları onaylama ve kendisine uygulama. Bu damgalanma türü, nesnel olarak dışlanma veya ayrımcılığa maruz kalmadan bağımsızdır; tanı aldıktan sonra kendisini göstermektedir.

Ruhsal hastalığı olan kişiler toplumdan önce kendilerini damgalamaktadır; yani temel kaynak kişinin kendisidir. Kişi, ruhsal hastalık tanısı aldıktan sonra, kişide önceden var olan stereotipler (akıl hastası vb.) canlanmaktadır ve kişi kendisini de “akıl hastası” olarak damgalayıp o grubun üyesi olarak görmeye başlamaktadır. Böylece stereotipler artık kendileri için geçerli “gerçekler” olmuştur ve kişide utanca yol açmaktadır (am ve uhadar, 2011; Baysal, 2013). Kişinin ruhsal hastaları damgalama eğilimi ne kadar fazlaysa, içselleştirilmiş damgalanmada o kadar artmaktadır. Ruhsal hastalığı olan kişilerle ilgili şakalar, yorumlar, medya betimlemeleriyle iletilen kültürel stereotiplere maruz kalındıkça, içselleştirilmiş damgalanma artmaktadır (am ve uhadar, 2011).

Damgalanma ile yapılan çalışmalarda sosyodemografik özelliklerle ilgili bulgular çelişkilidir. Literatürdeki genel yargı, yüksek eğitimi ve genç yaşta olmanın olumlu tutumlarla ilişkili olduğunu gösterse de kesinliği tartışılmaktadır. Ancak düşük sosyal sınıfta olmak damgalanmayı artırmaktadır (Taşkın ve Özmen, 2004). Akdede ve arkadaşları (2004), gençlerin bir kısmında “şizofreni” kelimesine yönelik damgalanma olduğunu ve hatta bu kelimenin bile onları korkuttuğunu bildirmiştir. Başka bir çalışmada da, ergenlerin ruhsal hastalığa ilişkin olumsuz tutumları ve sosyal mesafe koyma isteği olduğu belirtilmiştir (Çam ve Bilge, 2013). Angermeyer ve arkadaşları, kasabada yaşayan hastaların daha fazla damgalandığını bildirmiştir. Çekirdek ailelerin ruhsal hastalığı daha az kabullendiği, endüstrileşmiş toplumlarda şizofreninin daha az dışlandığı çalışmalarda gözlenmiştir. West ve arkadaşları, içselleştirilmiş damgalanma ile sosyodemografik özellikler arasında ilişki bulamamıştır; ama orta yaştaki bireylerin içselleştirilmiş damgalanmadan daha fazla etkilendiği görülmüştür (Akt. Baysal, 2013).

#### **2.4.1. İçselleştirilmiş Damgalanmanın Olumsuz Sonuçları**

İçselleştirilmiş damgalanmanın çok sayıda olumsuz sonuçları vardır. İçselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısıyla da ilişkilidir. Tel ve Ertekin Pınar (2012), içselleştirilmiş damgalanma yükselince, benlik saygısının düştüğünü bildirmiştir. Benlik saygısının azalmasıyla, kişide moral bozukluğu, sosyal uyumda bozulma, suçluluk ve utanma artmaktadır (Baysal, 2013). Damgalanma algısı, psikolojik iyilik haline ulaşımında ve sağaltım sürecinde olumsuz etkiye sahiptir. Damgalanmanın içselleştirilmesi, hastanın psikolojik yardım almasından kaçınmasına neden olmaktadır. Bunun sonucunda hastalık belirtileri kötüleşip, iyileşme gecikmektedir (Çam ve Çuhadar, 2011). Hatta hastanın zihninde antipsikotiklerle ilgili var olan stereotipler bile, tedaviye uyumu engellemektedir. Bu ilaçların yan etkileri hastayı küntleşme, parkinsonizm gibi özelliklere ittiği için toplumun onları damgalaması kolaylaşmaktadır. Ancak yeni

geliştirilen atipik antipsikotikler, bu etkileri azalttığından, damgalanma üzerinde de olumlu etki bırakması beklenmektedir (Üçok, 2003).

Bir diğer olumsuz sonuç, hastaların kendilerini topluma ait hissedememeleridir. Damgalanma algısı yüzünden hastalar, eski mesleki ve toplumsal rollerine geri dönememektedir. Bu durum hastaların kendilerini toplumdan izoleştirmesine ve davranışsal kaçınmaya neden olmaktadır (Çam ve Çuhadar, 2011). İçselleştirilmiş damgalanma, depresyon, anksiyete, pozitif ve negatif semptomların yanı sıra umutta, özgüvende ve yaşam kalitesinde azalmayla ilişkili bulunmuştur (Sibitz et al., 2009).

#### **2.4.2. Damgalanmayı Azaltmak**

Ruhsal bozukluğa sahip bir bireyin damgalanmanın olmadığı bir dünyada yaşaması için, toplumun hastalıklar hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir. Toplumun eğitmek, etiketleyici ve yanlış olan tutumları değiştirip damgalanmayı azaltacaktır (Bostancı, 2004). Fakat bir kişinin tutumunu değiştirmek çok da kolay değildir. Çünkü kişiler kendi tutumlarıyla aynı olamayanları algılamama eğilimindedir. Buna rağmen o tutumun ortaya çıkmasına neden olan psikolojik gereksinimin ve kullanılan savunma mekanizmalarının anlaşılmasıyla tutumlar değiştirilmektedir (Bilge ve Çam, 2010).

Ruhsal hastalıklara yönelik damgalanmayı ortadan kaldırmak için ruhsal hastalığın özellikleri hakkında düşünceleri öğretmek, bu tutumlara yönelik topluma eğitim vermek, olumlu tutumları ergenlik ve yetişkinlikte geliştirmek, travmayla başa çıkma yollarını öğrenmek, hastalığın belirtileri ve tedavisi hakkında araştırmaları artırmak, ruhsal hastalığa sahip birinin bakımındakilere destek olmak, destek ve tedavi hizmetlerinin kalitesini yükseltmek, ruhsal hastalığı olan birini yok saymak yerine hastalığı hakkında açıkça konuşulması gerekmektedir. Böylece daha bilinçli bir toplum oluşacaktır (Bostancı, 2004). Ayrıca çeşitli ülkelerde de damgalanmayı daha iyi anlamak ve onunla mücadele etmek için araştırmalar yapıp eğitimler verilmektedir. Özellikle Dünya Psikiyatri Birliği'nin birçok ülkede gerçekleştirdiği damgalanmayla mücadele çalışmaları tüm dünya üzerinde dikkat çekmektedir (Bilge ve Çam, 2010).



### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

Araştırmanın bu bölümünde, çalışma ile ilgili araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, verilerin elde edildiği ölçme araçları, verilerin işlem ve analizi hakkında bilgi verilmiştir.

#### **3.1. Araştırmanın Modeli**

Bu araştırma, şizofreni tanısı alan bireylerin algıladıkları duygu dışavurumu ile içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Bu araştırmanın modeli tarama modelidir.

#### **3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Bu araştırma, “Bursa Huzur Özel Bakım Merkezi” ve “Bursa Bizim Aile Özel Bakım Merkezi”nde yapılmıştır. Bu merkezler; psikotik bozukluklar, şizofreni, bipolar

bozuklukarı, atipik psikoz, alzheimer, demans, zihinsel engelliler gibi takibi zorunlu olan 19 yaş ve üzerindeki bireylere hizmet vermektedir. Araştırmanın evrenini, “Bursa Huzur Özel Bakım Merkezi” ve “Bursa Bizim Aile Özel Bakım Merkezi”nde bakım gören şizofreni hastaları oluşturmaktadır.

Araştırmada evrenden örneklem seçimine gidilmeyip merkezlere yeni gelen (birkaç ay önce), 18 yaş üstü, şizofreni tanısı alan, iletişim kurabilen ve işbirliğine açık olan, gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden, formların uygulanmasını etkileyecek düzeyde herhangi bir fiziksel (işitme, konuşma bozukluğu), nörolojik bozukluğu veya zihinsel engelliliği bulunmayan hastalar seçilmiştir. Böylece araştırmanın örnekleminde, “Bursa Huzur Özel Bakım Merkezi”nde ve “Bursa Bizim Aile Özel Bakım Merkezi”nde şizofreni tanısı almış, 20-74 yaş aralığında, 24’ü (%48) kadın, 26’sı (%52) erkek olan, gönüllü 50 katılımcı yer almaktadır.

### **3.3. Araştırmanın Değişkenleri**

Araştırmada “Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)” ile “Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği (LEE)” puan ortalamaları *bağımlı*, sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, ailesinde önemli gördüğü kişi) ve hastalık özellikleri (hastalık-tedavi hakkındaki bilgi durumu) *bağımsız değişkenleri* oluşturmaktadır.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında, Onam Formu (EK-1), Sosyodemografik Veri Formu (EK-2), Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği (EK-3) ve Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (EK-4) kullanılmıştır.

#### **3.4.1. Onam Formu**

Katılımcılara, araştırmanın gönüllülük esasına dayandığını, katılmaları için herhangi bir zorlamanın olmadığını, katılmaları halinde rahatsızlık hissettikleri anda bırakabileceklerini, sorulara verilen yanıtların sadece araştırmacı tarafından bilineceğini ve başka kimselere bildirilmeyeceğini anlatan ve böylece araştırmaya katılmaları için onaylarının alındığı bir formdur.

#### **3.4.2. Sosyodemografik Veri Formu**

Sosyodemografik veri formu, araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Kullanım amacı, uygulanan ölçeklere katkı sağlaması için katılımcılar hakkında detaylı bilgi edinmektir. Bu form, hastaları tanıtıcı özelliklerini içeren cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, mesleği, aile içinde önemli gördükleri kişiler (LEE Ölçeği ile ilişkili bir soru), hastalık-tedavi hakkında bilgisi ile ilgili bilgileri içeren 8 sorudan oluşmaktadır.

### **3.4.3. Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği (LEE-Level of Expressed Emotion)**

Cole ve Kazarian tarafından 1988 yılında geliştirilmiş olan LEE Ölçeği, 60 soruluk bir ölçektir. Ülkemizde ölçeğin Türkçe'ye çevrilmesi ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi, Berksun ve arkadaşları tarafından 1993 yılında yapılmıştır. Bu ölçeğin Türkçe Formu'nun iç tutarlılığı 0.93 (Kuder-Richardson 20 formülü ile), test-tekrar test güvenilirliği ise 0.84 bulunmuştur.

Ölçek, hastalar tarafından birlikte yaşadıkları, kendileri için önemli bir aile üyesi (anne, baba, eş, çocuklar, diğer yakını) göz önüne alınarak ve son 1 yılı düşünülerek doldurulmaktadır. Ölçeğin kullanım amacı, hasta için önemli birisiyle arasındaki duygusal havayı anlamak ve ilişkinin bazı özelliklerini değerlendirmektir. "Doğru-Yanlış" olarak doldurulan ölçekte 0-1 arası puanlar verilmektedir. 30 soruda doğru yanıt "1", diğer 30 soruda yanlış yanıt "1" puan verilmektedir ve ölçekte puanlar yükseldikçe duygu dışavurumu düzeyi de yükselmektedir (Berksun ve ark., 1993).

Ölçeğin her biri 15 madde içeren 4 alt ölçeği mevcuttur. Alt ölçekler ve maddeleri:

1. Dahlılık/Müdahalecilik (Intrusiveness): 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37, 41, 45, 49, 53, 57
2. Duygusal Tepki (Emotional Response): 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38, 42, 46, 50, 54, 58
3. Hastalığa Karşı Tutum (Attitude Toward Illness): 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39, 43, 47, 51, 55, 59
4. Hoşgörü/Beklentiler (Tolerance/Expectation): 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48, 52, 56, 60

### 3.4.4. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)

Ritsher ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilen RHİDÖ, ruhsal hastalığı olanların damgalanmaya ilişkin içsel yaşantılarını yansıtan içselleştirilmiş damgalanmayı ölçmektedir. RHİDÖ, içselleştirilmiş damgalanmayı ölçen tek ölçektir ve 29 maddeden oluşmaktadır. Ersoy ve Varan (2007) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve psikometrik özellikleri değerlendirilmiştir. Buna göre, ölçeğin alt ölçeklere ait Cronbach alfa katsayıları .63 ve .87 arasında değişirken, tüm ölçek için Cronbach alfa katsayısı .93 ve iki-yarım güvenilirliği ise .89 olarak hesaplanmıştır.

RHİDÖ'de yer alan maddeler “kesinlikle aynı fikirde değilim”, “aynı fikirde değilim”, “aynı fikirdeyim” ve “kesinlikle aynı fikirdeyim” şeklinde dördümlü Likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır ve puanlar 1-4 arasında değişmektedir. “Damgalanmaya Karşı Direnç” alt ölçeğinin maddeleri ters yanıtlanmıştır. Bu ölçekten alınan yüksek puan, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğunu göstermektedir (Ersoy ve Varan, 2007).

RHİDÖ, beş alt ölçek çerçevesinde kişilerin içsel damgalanma yaşantılarını değerlendirmektedir. Bu alt ölçekler ve maddeleri:

1. Yabancılaşma (6 madde): 1, 5, 8, 16, 17, 21
2. Kalıp Yargıların Onaylanması (7 madde): 2, 6, 10, 18, 19, 23, 29
3. Algılanan Ayrımcılık (5 madde): 3, 15, 22, 25, 28
4. Sosyal Geri Çekilme (6 madde): 4, 9, 11, 12, 13, 20
5. Damgalanmaya Karşı Direnç (5 madde): 7, 14, 24, 26, 27

### 3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, “Bursa Huzur Özel Bakım Merkezi”nde ve “Bursa Bizim Aile Özel Bakım Merkezi”nde görüşme için uygun bir odada yapılmıştır. Ölçekler, araştırmacı tarafından elden verilmiş, araştırmacı gözetiminde doldurulmuş ve bitiminde elden toplanmıştır. Ancak bazı katılımcıların sorulardan bazılarını anlayamadığı için

sorular katılımcıya detaylı olarak anlatılmıştır. Araştırma sorularının yanıtlanması 35-40 dakika sürmüştür.

### 3.6. İstatistiksel Veri Analizi

Araştırmada elde edilen veriler, IBM SPSS Statistics 24 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmış olup, farklılıklarının belirlenmesinde Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis H Test teknikleri ve bağımsız örneklem iki yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Ayrıca ölçekler arasındaki ilişki düzeylerini belirlemek için Spearman Korelasyon Analizi uygulanmıştır.



## 4. BULGULAR

Bu bölümde, şizofreni tanısı alan kişilerin sosyodemografik özellikleri ve ölçek puanlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

### 4.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Şizofreni tanısı alan kişilerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin istatistiksel veriler aşağıda yer almaktadır.

**Tablo 4. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Dağılımlar**

N=50		n	%
Cinsiyet	Kadın	24	48
	Erkek	26	52
Yaş	44 Yaş Altı	29	58
	44 Yaş ve Üstü	21	42
Medeni Durum	Bekâr	22	44
	Evli	5	10
	Dul/Boşanmış	23	46



<b>Eğitim Düzeyi</b>	Okur-Yazar Değil	4	8
	İlkokul	25	50
	Ortaokul	6	12
	Lise	10	20
	Üniversite	5	10
<b>Çalışma Durumu</b>	Hiç Çalışmamış	10	20
	Çalışmıyor	14	28
	Geçici İşlerde Çalışmış	20	40
	Çalışıyor	6	12
<b>Önemli Görülen Kişi</b>	Anne	12	24
	Baba	7	14
	Eş	6	12
	Çocuklar	6	12
	Kardeş	11	22
<b>Hastalık-Tedavi Hakkında Bilgi Durumu</b>	Diğer Bir Yakınıyla	8	16
	Yok	14	28
	Var-Az	16	32
	Var-Orta	20	40

Tablo 4'te şizofreni tanısı alan kişilerin cinsiyet dağılımlarına bakıldığında; 24'ünün kadın (%48), 26'sının erkek (%52) olduğu gözlenmiştir.

Hastaların yaş dağılımlarında, 44 yaş altında 29 kişi (%58), 44 yaş ve üstünde ise 21 kişi (%42) olduğu görülmüştür.

Medeni durumlarına bakıldığında; hastalardan 22 kişinin bekâr (%44), 5 kişinin evli (%10), 23 kişinin ise dul/boşanmış (%46) olduğu gözlenmiştir.

Okur-yazar olmayan 4 kişi (%8), ilkokul mezunu olan 25 kişi (%50), ortaokul mezunu olan 6 kişi (%12), lise mezunu olan 10 kişi (%20), üniversite mezunu olan 5 kişi (%10) olduğu gözlenmiştir.

Çalışma durumlarına bakıldığında; hastalardan 10 kişinin hiç çalışmamış olduğu (%20), 14 kişinin çalışmadığı (%28), 20 kişinin geçici işlerde çalışmış olduğu (%40), 6 kişinin ise çalıştığı (%12) gözlenmiştir.

Hastalar için önemli olan kişiler (anahtar akraba) arasında annesi olan 12 kişi (%24), babası olan 7 kişi (%14), eşi olan 6 kişi (%12), çocukları olan 6 kişi (%12), kardeşleri olan 11 kişi (%22), diğer bir yakını olan 8 kişi (%16) olduğu gözlenmiştir.

Hastalar arasında, hastalık-tedavi hakkında bilgisi olmayan 14 kişinin (%28), az düzeyde bilgisi olan 16 kişinin (%32), orta düzeyde bilgisi olan 20 kişinin (%40) olduğu gözlenmiştir.

## 4.2. Tanımlayıcı İstatistikler ile İlgili Bulgular

Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği (LEE Ölçeği) ve alt boyut puanlarının ve Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) ve alt boyut puanlarının tanımlayıcı istatistikleri ile ilgili dağılımlar aşağıda yer almaktadır.

**Tablo 5. LEE Ölçeği ve Alt Boyut, RHİDÖ ve Alt Boyut Puanları ile İlgili Tanımlayıcı İstatistikler**

N=50		Ort.	S. Sapma	Min.	Max.
<b>Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği (LEE)</b>	Dalıcılık/Müdahalecilik	5,76	2,93	1	12
	Duygusal Tepki	5,90	4,12	0	15
	Hastalığa Karşı Tutum	4,50	3,18	1	11
	Hoşgörü/Beklentiler	5,18	4,36	0	13
	<b>LEE</b>	<b>21,34</b>	<b>11,78</b>	<b>6</b>	<b>44</b>
<b>Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)</b>	Yabancılaşma	14,64	4,33	7	23
	Kalıp Yargıların Onaylanması	16,86	4,52	7	26
	Algılanan Ayrımcılık	12,74	4,21	5	19
	Sosyal Geri Çekilme	15,86	4,15	7	23
	Damgalanmaya Karşı Direnç	12,86	3,43	5	20
	<b>RHİDÖ</b>	<b>72,96</b>	<b>15,91</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

### 4.2.1. Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği ve Alt Boyut Puanları

“Dalıcılık/Müdahalecilik” alt boyut puan ortalamasının 5,76 olduğu, “Duygusal Tepki” alt boyut puan ortalamasının 5,90 olduğu, “Hastalığa Karşı Tutum” alt boyut puan ortalamasının 4,50 olduğu, “Hoşgörü/Beklentiler” alt boyut puan ortalamasının 5,18 olduğu ve Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği (LEE)’nin puan ortalamasının ise 21,34 olduğu gözlenmiştir (Tablo 5).

### 4.2.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları

“Yabancılaşma” alt boyut puan ortalamasının 14,64 olduğu, “Kalıp Yargıların Onaylanması” alt boyut puan ortalamasının 16,86 olduğu, “Algılanan Ayrımcılık” alt boyut puan ortalamasının 12,74 olduğu, “Sosyal Geri Çekilme” alt boyut puan ortalamasının 15,86 olduğu, “Damgalanmaya Karşı Direnç” alt boyut puan ortalamasının

12,86 olduğu ve Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)'nin ise puan ortalamasınının 72,96 olduğu gözlenmiştir (Tablo 5).

### 4.3. Korelasyon Analizi

Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği (LEE) ve alt boyut ile Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) ve alt boyut puanları arasındaki ilişki düzeylerine yönelik korelasyon analiz sonuçları aşağıda yer almaktadır.

**Tablo 6. LEE Ölçeği ve Alt Boyut ile RHİDÖ ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki Düzeyleri**

N=50		Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği					RHİDÖ	
		Yabancılaşma	Kalıp Yargıların Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Damgalanmaya Karşı Direnç		
LEE Ölçeği	Dalıcılık-Müdahalecilik	r	0,20	0,11	0,10	0,17	-0,20	0,10
		p	0,16	0,43	0,51	0,23	0,17	0,50
	Duygusal Tepki	r	0,35	0,26	0,28	0,42	0,19	0,38
		p	<b>0,013**</b>	0,07	0,051	<b>0,00*</b>	0,19	<b>0,006*</b>
	Hastahğa Karşı Tutum	r	0,48	0,29	0,28	0,34	0,30	0,44
		p	<b>0,00*</b>	<b>0,04**</b>	<b>0,003*</b>	<b>0,02**</b>	<b>0,04**</b>	<b>0,00*</b>
	Hoşgörü/Beklentiler	r	0,28	0,23	0,23	0,31	0,20	0,31
		p	0,053	0,11	0,10	<b>0,03**</b>	0,17	<b>0,03**</b>
	LEE	r	0,37	0,23	0,24	0,38	0,12	0,34
		p	<b>0,009*</b>	0,10	0,10	<b>0,006*</b>	0,39	<b>0,02**</b>

\*p<0,01 ; \*\*p<0,05

#### 4.3.1. Dalıcılık/Müdahalecilik Alt Boyut Puanının İlişki Durumları

- “Dalıcılık/Müdahalecilik” ile “Yabancılaşma” alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir (r=0,20; p>0,05).
- “Dalıcılık/Müdahalecilik” ile “Kalıp Yargıların Onaylanması” alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir (r=0,11; p>0,05).
- “Dalıcılık/Müdahalecilik” ile “Algılanan Ayrımcılık” alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir (r=0,10; p>0,05).
- “Dalıcılık/Müdahalecilik” ile “Sosyal Geri Çekilme” alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir (r=0,170; p>0,05).
- “Dalıcılık/Müdahalecilik” ile “Damgalanmaya Karşı Direnç” alt boyutları puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir (r=-0,20; p>0,05).
- “Dalıcılık/Müdahalecilik” alt boyutu ile RHİDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir (r=0,10; p>0,05) (Tablo 6).

### 4.3.2. Duygusal Tepki Alt Boyut Puanının İlişki Durumları

- “Duygusal Tepki” ile “Yabancılaşma” alt boyut puanları arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ( $r=0,35$ ;  $p<0,05$ ).
- “Duygusal Tepki” ile “Kalıp Yargıların Onaylanması” alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ( $r=0,26$ ;  $p>0,05$ ).
- “Duygusal Tepki” ile “Algılanan Ayrımcılık” alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ( $r=0,28$ ;  $p>0,05$ ).
- “Duygusal Tepki” ile “Sosyal Geri Çekilme” alt boyut puanları arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ( $r=0,42$ ;  $p<0,01$ ).
- “Duygusal Tepki” ile “Damgalanmaya Karşı Direnç” alt boyutları puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ( $r=0,19$ ;  $p>0,05$ ).
- “Duygusal Tepki” alt boyutu ile RHİDÖ puanları arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ( $r=0,38$ ;  $p<0,01$ ) (Tablo 6).

### 4.3.3. Hastalığa Karşı Tutum Alt Boyut Puanının İlişki Durumları

- “Hastalığa Karşı Tutum” ile “Yabancılaşma” alt boyut puanları arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ( $r=0,48$ ;  $p<0,01$ ).
- “Hastalığa Karşı Tutum” ile “Kalıp Yargıların Onaylanması” alt boyut puanları arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ( $r=0,29$ ;  $p<0,05$ ).
- “Hastalığa Karşı Tutum” ile “Algılanan Ayrımcılık” alt boyut puanları arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ( $r=0,28$ ;  $p<0,05$ ).
- “Hastalığa Karşı Tutum” ile “Sosyal Geri Çekilme” alt boyut puanları arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ( $r=0,34$ ;  $p<0,05$ ).
- “Hastalığa Karşı Tutum” ile “Damgalanmaya Karşı Direnç” alt boyut puanları arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ( $r=0,30$ ;  $p<0,04$ ).

- “Hastalığa Karşı Tutum” alt boyutu ile RHİDÖ puanları arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ( $r=0,44$ ;  $p<0,01$ ) (Tablo 6).

#### 4.3.4. Hoşgörü/Beklentiler Alt Boyut Puanının İlişki Durumları

- “Hoşgörü/Beklentiler” ile “Yabancılaşma” alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ( $r=0,37$ ;  $p>0,05$ ).
- “Hoşgörü/Beklentiler” ile “Kalıp Yargıların Onaylanması” alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ( $r=0,23$ ;  $p>0,05$ ).
- “Hoşgörü/Beklentiler” ile “Algılanan Ayrımcılık” alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ( $r=0,23$ ;  $p>0,05$ ).
- “Hoşgörü/Beklentiler” ile “Sosyal Geri Çekilme” alt boyut puanları arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ( $r=0,3$ ;  $p<0,05$ ).
- “Hoşgörü/Beklentiler” ile “Damgalanmaya Karşı Direnç” alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ( $r=0,20$ ;  $p>0,05$ ).
- “Hoşgörü/Beklentiler” alt boyutu ile RHİDÖ puanları arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ( $r=0,31$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 6).

#### 4.3.5. LEE Ölçeği Puanının İlişki Durumları

- LEE Ölçeği ile “Yabancılaşma” alt boyutu puanları arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ( $r=0,37$ ;  $p<0,01$ ).
- LEE Ölçeği ile “Kalıp Yargıların Onaylanması” alt boyutu puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ( $r=0,23$ ;  $p>0,05$ ).
- LEE Ölçeği ile “Algılanan Ayrımcılık” alt boyutu puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ( $r=0,24$ ;  $p>0,05$ ).
- LEE Ölçeği ile “Sosyal Geri Çekilme” alt boyutu puanları arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ( $r=0,38$ ;  $p<0,01$ ).
- LEE Ölçeği ile “Damgalanmaya Karşı Direnç” alt boyutu puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ( $r=0,12$ ;  $p>0,05$ ).
- LEE Ölçeği ile RHİDÖ puanları arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ( $r=0,34$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 6).

#### 4.4. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre LEE Ölçeği ve Alt Boyut ile RHİDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Şizofreni tanısı alan kişilerin sosyodemografik özelliklerine göre LEE Ölçeği ve alt boyut, RHİDÖ ve alt boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiş olup sonuçlar aşağıda yer almaktadır.



##### 4.4.1. Cinsiyete Göre Farklılıklar

Tablo 7. Cinsiyete Göre LEE Ölçeği ve Alt Boyut, RHİDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

N=50		Cinsiyet	N	Sıra Ort.	Z	p
LEE ÖLÇEĞİ	Dahıcılık/Müdahalecilik	Kadın	24	27,54	-0,959	0,34
		Erkek	26	23,62		
	Duygusal Tepki	Kadın	24	28,65	-1,472	0,14
		Erkek	26	22,60		
	Hastalığa Karşı Tutum	Kadın	24	26,17	-0,313	0,75
		Erkek	26	24,88		
Hoşgörü/Beklentiler	Kadın	24	27,48	-0,929	0,35	
	Erkek	26	23,67			
LEE	Kadın	24	28,13	-1,225	0,22	
	Erkek	26	23,08			
RHİDÖ	Yabancılaşma	Kadın	24	27,58	-0,975	0,33
		Erkek	26	23,58		
	Kalıp Yargıların Onaylanması	Kadın	24	26,92	-0,664	0,51
		Erkek	26	24,19		
	Algılanan Ayrımcılık	Kadın	24	26,75	-0,585	0,56
		Erkek	26	24,35		

<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	Kadın	24	27,75	-1,053	0,29
	Erkek	26	23,42		
<b>Damgalanmaya Karşı Direnç</b>	Kadın	24	27,21	-0,801	0,42
	Erkek	26	23,92		
<b>RHİDÖ</b>	Kadın	24	27,19	-0,787	0,43
	Erkek	26	23,94		

Z=Mann Whitney U Testi

Tablo 7'ye bakıldığında; kadınların erkeklere göre “Dahıcılık/Müdahalecilik”, “Duygusal Tepki”, “Hastalığa Karşı Tutum”, “Hoşgörü/Beklentiler” alt boyut ve LEE Ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, şizofreni tanısı alan kişilerin cinsiyetlerine göre, LEE Ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Kadınların erkeklere göre “Yabancılaşma”, “Kalıp Yargıların Onaylanması”, “Algılanan Ayrımcılık”, “Sosyal Geri Çekilme”, “Damgalanmaya Karşı Direnç” alt boyut ve RHİDÖ puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, şizofreni tanısı alan kişilerin cinsiyetlerine göre, RHİDÖ ve alt boyut puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ( $p>0,05$ ).

#### 4.4.2. Yaşlara Göre Farklılıklar

**Tablo 8. Yaşlara Göre LEE Ölçeği ve Alt Boyut, RHİDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması**

N=50		Yaş	n	Sıra Ort.	Z	p
LEE ÖLÇEĞİ	<b>Dahıcılık/Müdahalecilik</b>	44 Yaş Altı	29	26,52	-0,585	0,56
		44 Yaş ve Üstü	21	24,10		
	<b>Duygusal Tepki</b>	44 Yaş Altı	29	26,84	-0,770	0,44
		44 Yaş ve Üstü	21	23,64		
	<b>Hastalığa Karşı Tutum</b>	44 Yaş Altı	29	24,34	-0,664	0,51
		44 Yaş ve Üstü	21	27,10		
	<b>Hoşgörü/Beklentiler</b>	44 Yaş Altı	29	26,07	-0,327	0,74
		44 Yaş ve Üstü	21	24,71		
	<b>LEE</b>	44 Yaş Altı	29	26,28	-0,443	0,66
		44 Yaş ve Üstü	21	24,43		
RHİDÖ	<b>Yabancılaşma</b>	44 Yaş Altı	29	25,40	-0,059	0,95
		44 Yaş ve Üstü	21	25,64		
	<b>Kalıp Yargıların Onaylanması</b>	44 Yaş Altı	29	23,62	-1,077	0,28
		44 Yaş ve Üstü	21	28,10		
	<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	44 Yaş Altı	29	26,10	-0,346	0,73
		44 Yaş ve Üstü	21	24,67		

<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	44 Yaş Altı	29	25,29	-0,118	0,91
	44 Yaş ve Üstü	21	25,79		
<b>Damgalanmaya Karşı Direnç</b>	44 Yaş Altı	29	22,41	-1,770	0,08
	44 Yaş ve Üstü	21	29,76		
<b>RHİDÖ</b>	44 Yaş Altı	29	24,48	-0,580	0,56
	44 Yaş ve Üstü	21	26,90		

Z=Mann Whitney U Testi

Tablo 8'e bakıldığında; 44 yaş altında olan kişilerin, 44 yaş ve üstünde olan kişilere göre "Dalıcılık/Müdahalecilik", "Duygusal Tepki", "Hoşgörü/Beklentiler" alt boyut ile LEE Ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu; "Hastalığa Karşı Tutum" alt boyut puanlarının ise daha düşük olduğu gözlenmiştir. Yapılan analiz sonucunda; şizofreni tanısı alan kişilerin yaşlarına göre, LEE Ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ( $p>0,05$ ).

44 yaş altında olan kişilerin, 44 yaş ve üstünde olan kişilere göre "Yabancılaşma", "Kalıp Yargıların Onaylanması", "Sosyal Geri Çekilme", "Damgalanmaya Karşı Direnç" alt boyut ve RHİDÖ puanlarının daha düşük olduğu; "Algılanan Ayrımcılık" alt boyut puanının ise daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Yapılan analiz sonucunda; şizofreni tanısı alan kişilerin yaşlarına göre, RHİDÖ ve alt boyut puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ( $p>0,05$ ).

#### 4.4.3. Medeni Durumlarına Göre Farklılıklar

**Tablo 9. Medeni Durumlarına Göre LEE Ölçeği ve Alt Boyut, RHİDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması**

N=50		Medeni Durum	N	Sıra Ort.	$\chi^2$	p
LEE ÖLÇEĞİ	<b>Dalıcılık/Müdahalecilik</b>	Bekâr	22	24,45	0,764	0,68
		Evli	5	30,70		
		Dul/Boşanmış	23	25,37		
	<b>Duygusal Tepki</b>	Bekâr	22	25,80	0,397	0,82
		Evli	5	28,90		
		Dul/Boşanmış	23	24,48		
	<b>Hastalığa Karşı Tutum</b>	Bekâr	22	26,84	1,831	0,40
		Evli	5	31,60		
		Dul/Boşanmış	23	22,89		
	<b>Hoşgörü/Beklentiler</b>	Bekâr	22	25,98	0,266	0,88
		Evli	5	27,90		
		Dul/Boşanmış	23	24,52		
	<b>LEE</b>	Bekâr	22	25,95	0,832	0,66
		Evli	5	30,40		
		Dul/Boşanmış	23	24,00		
<b>RHİDÖ</b>	<b>Yabancılaşma</b>	Bekâr	22	26,07	0,489	0,78
		Evli	5	21,20		



<b>Kalıp Yarguların Onaylanması</b>	Dul/Boşanmış	23	25,89	3,358	0,19
	Bekâr	22	25,84		
	Evli	5	14,50		
	Dul/Boşanmış	23	27,57		
<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	Bekâr	22	24,48	0,391	0,82
	Evli	5	23,70		
	Dul/Boşanmış	23	26,87		
	Bekâr	22	28,52		
<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	Evli	5	21,40	1,790	0,41
	Dul/Boşanmış	23	23,50		
	Bekâr	22	25,05		
	Evli	5	21,70		
<b>Damgalanmaya Karşı Direnç</b>	Dul/Boşanmış	23	26,76	0,540	0,76
	Bekâr	22	26,80		
	Evli	5	18,40		
	Dul/Boşanmış	23	25,80		
<b>RHİDÖ</b>	Bekâr	22	26,80	1,371	0,50
	Evli	5	18,40		
	Dul/Boşanmış	23	25,80		
	Bekâr	22	26,80		

$\chi^2$ -Kruskal Wallis H Testi

Tablo 9'a bakıldığında; evli olan kişilerin diğer kişilere göre "Dalcılık/Müdahalecilik", "Duygusal Tepki", "Hastalığa Karşı Tutum", "Hoşgörü/Beklentiler" alt boyut ile LEE Ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, şizofreni tanısı alan kişilerin medeni durumlarına göre LEE Ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Evli olan kişilerin diğer kişilere göre "Yabancılaşma", "Kalıp Yarguların Onaylanması", "Algılanan Ayrımcılık", "Sosyal Geri Çekilme", "Damgalanmaya Karşı Direnç" alt boyut ve RHİDÖ puanlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, şizofreni tanısı alan kişilerin medeni durumlarına göre RHİDÖ ve alt boyut puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ( $p>0,05$ ).

#### 4.4.4. Eğitim Durumlarına Göre Farklılıklar

**Tablo 10. Eğitim Durumlarına Göre LEE Ölçeği ve Alt Boyut, RHİDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması**

N=50		Eğitim Düzeyi	n	Sıra Ort.	Z	p
<b>LEE ÖLÇEĞİ</b>	<b>Dalcılık/Müdahalecilik</b>	Lise Altı	35	25,89	-0,288	0,77
		Lise ve Üstü	15	24,60		
	<b>Duygusal Tepki</b>	Lise Altı	35	25,70	-0,149	0,88
		Lise ve Üstü	15	25,03		
	<b>Hastalığa Karşı Tutum</b>	Lise Altı	35	24,66	-0,630	0,53
		Lise ve Üstü	15	27,47		
	<b>Hoşgörü/Beklentiler</b>	Lise Altı	35	26,10	-0,448	0,65
		Lise ve Üstü	15	27,47		

<b>RHİDÖ</b>	<b>LEE</b>	Lise ve Üstü	15	24,10	-0,032	0,98
		Lise Altı	35	25,46		
	<b>Yabancılaşma</b>	Lise ve Üstü	15	25,60	-0,351	0,73
		Lise Altı	35	25,97		
	<b>Kalıp Yargıların Onaylanması</b>	Lise ve Üstü	15	24,40	-1,139	0,26
		Lise Altı	35	27,03		
	<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	Lise ve Üstü	15	21,93	-0,223	0,82
		Lise Altı	35	25,20		
	<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	Lise ve Üstü	15	26,20	-0,021	0,98
		Lise Altı	35	25,53		
	<b>Damgalanmaya Karşı Direnç</b>	Lise ve Üstü	15	25,43	-0,298	0,77
		Lise Altı	35	25,10		
	<b>RHİDÖ</b>	Lise ve Üstü	15	26,43	-0,222	0,82
		Lise Altı	35	25,80		
		Lise ve Üstü	15	24,80		

Z=Mann Whitney U Testi

Tablo 10'a bakıldığında; lise altında eğitimi olan kişilerin, lise ve üstünde eğitimi olan kişilere göre “Dalıcılık/Müdahalecilik”, “Duygusal Tepki” ve “Hoşgörü/Beklentiler” alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu; “Hastalığa Karşı Tutum” ve LEE Ölçeği puanlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, şizofreni tanısı alan kişilerin eğitim durumlarına göre LEE Ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Lise altında eğitimi olan kişilerin, lise ve üstünde eğitimi olan kişilere göre “Yabancılaşma”, “Kalıp Yargıların Onaylanması”, “Sosyal Geri Çekilme” alt boyut ve RHİDÖ puanlarının daha yüksek olduğu; “Algılanan Ayrımcılık” ve “Damgalanmaya Karşı Direnç” alt boyut puanlarının ise daha düşük olduğu gözlenmiştir. Yapılan analiz sonucunda şizofreni tanısı alan kişilerin eğitim durumlarına göre RHİDÖ ve alt boyut puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ( $p>0,05$ ).

#### 4.4.5. Çalışma Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo 11. Çalışma Durumlarına Göre LEE Ölçeği ve Alt Boyut, RHİDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

N=50		Çalışma Durumu	N	Sıra Ort.	Z	p
LEE ÖLÇEĞİ	Dahıcılık/Müdahalecilik	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	24	26,06	-0,264	0,79
		Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	26	24,98		
	Duygusal Tepki	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	24	29,04	-1,657	0,10
		Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	26	22,23		
	Hastalığa Karşı Tutum	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	24	27,23	-0,813	0,42
		Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	26	23,90		
	Hoşgörü/Beklentiler	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	24	27,63	-0,997	0,32
		Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	26	23,54		
	LEE	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	24	27,92	-1,128	0,26
		Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	26	23,27		
RHİDÖ	Yabancılaşma	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	24	28,42	-1,364	0,17
		Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	26	22,81		
	Kalıp Yargıların Onaylanması	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	24	26,38	-0,410	0,68

	Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	26	24,69		
<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	24	26,60	-0,517	0,61
	Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	26	24,48		
<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	24	27,48	-0,926	0,35
	Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	26	23,67		
<b>Damgalanmaya Karşı Direnç</b>	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	24	24,85	-0,303	0,76
	Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	26	26,10		
<b>RHİDÖ</b>	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	24	27,23	-0,806	0,42
	Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	26	23,90		

Z=Mann Whitney U Testi

Tablo 11'e bakıldığında; hiç çalışmamış/çalışmayan kişilerin, geçici işlerde çalışmış/çalışan kişilere göre "Dalcılık/Müdahalecilik", "Duygusal Tepki", "Hastalığa Karşı Tutum", "Hoşgörü/Beklentiler" alt boyut ve LEE Ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, şizofreni tanısı alan kişilerin çalışma durumlarına göre LEE Ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Hiç çalışmamış/çalışmayan kişilerin, geçici işlerde çalışmış/çalışan kişilere göre "Yabancılaşma", "Kalıp Yargıların Onaylanması", "Algılanan Ayrımcılık", "Sosyal Geri Çekilme" alt boyut ve RHİDÖ puanlarının daha yüksek olduğu; "Damgalanmaya Karşı Direnç" alt boyut puanının ise daha düşük olduğu gözlenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, şizofreni tanısı alan kişilerin çalışma durumlarına göre RHİDÖ ve alt boyut puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ( $p>0,05$ ).

#### 4.4.6. Önemli Görülen Kişilere (Anahtar Akraba) Göre Farklılıklar

**Tablo 12. Önemli Görülen Kişilere (Anahtar Akraba) Göre LEE Ölçeği ve Alt Boyut, RHİDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması**

N=50		Önemli Görülen Kişiler	n	Sıra Ort.	$\chi^2$	p
<b>LEE ÖLÇEĞİ</b>	<b>Dalcılık/Müdahalecilik</b>	Anne/Baba	19	29,24	3,277	0,19
		Eş/Çocuklar	12	26,83		
		Diğer Bir Yakınıyla	19	20,92		
	<b>Duygusal Tepki</b>	Anne/Baba	19	28,21	1,069	0,59
		Eş/Çocuklar	12	23,75		
		Diğer Bir Yakınıyla	19	23,89		
	<b>Hastalığa Karşı Tutum</b>	Anne/Baba	19	24,11	0,921	0,63
		Eş/Çocuklar	12	28,96		
		Diğer Bir Yakınıyla	19	24,71		
<b>Hoşgörü/Beklentiler</b>	Anne/Baba	19	27,71	0,744	0,69	

<b>RHİDÖ</b>	<b>LEE</b>	Eş/Çocuklar	12	24,71		
		Diğer Bir Yakınıyla	19	23,79		
	<b>Yabancılaşma</b>	Anne/Baba	19	28,03	1,222	0,54
		Eş/Çocuklar	12	25,75		
	<b>Kalıp Yargıların Onaylanması</b>	Diğer Bir Yakınıyla	19	22,82	0,453	0,80
		Anne/Baba	19	27,08		
	<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	Eş/Çocuklar	12	23,54	2,230	0,33
		Diğer Bir Yakınıyla	19	25,16		
	<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	Anne/Baba	19	25,34	0,540	0,76
		Eş/Çocuklar	12	27,33		
	<b>Damgalanmaya Karşı Direnç</b>	Diğer Bir Yakınıyla	19	23,66	2,906	0,23
		Anne/Baba	19	25,42		
	<b>RHİDÖ</b>	Eş/Çocuklar	12	19,96	5,025	0,08
		Diğer Bir Yakınıyla	19	29,08		
		Anne/Baba	19	20,47	1,219	0,54
		Eş/Çocuklar	12	24,79		
		Diğer Bir Yakınıyla	19	30,97		
		Anne/Baba	19	24,92		
		Eş/Çocuklar	12	22,29		
		Diğer Bir Yakınıyla	19	28,11		

$\chi^2$ =Kruskal Wallis H Testi

Tablo 12'ye bakıldığında; önemli görülen kişiler (anahtar akraba) arasında anne/babasını tercih eden kişilerin, diğer kişilere göre “Dalıcılık/Müdahalecilik”, “Duygusal Tepki”, “Hoşgörü/Beklentiler” alt boyut ve LEE Ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu; “Hastalığa Karşı Tutum” alt boyut puanının daha düşük olduğu gözlenmiştir. Yapılan analiz sonucunda şizofreni tanısı alanlar için önemli görülen kişilere göre LEE Ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Önemli olan kişiler (anahtar akraba) arasında anne/babasını tercih eden kişilerin, diğer kişilere göre “Yabancılaşma” puanının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Önemli olan kişiler (anahtar akraba) arasında diğer bir yakınlarını tercih eden kişilerin, diğer kişilere göre “Kalıp Yargıların Onaylanması”, “Sosyal Geri Çekilme”, “Damgalanmaya Karşı Direnç” alt boyut ve RHİDÖ puanlarının daha yüksek olduğu; “Algılanan Ayrımcılık” alt boyut puanının ise daha düşük olduğu gözlenmiştir. Yapılan analiz sonucunda şizofreni tanısı alan kişiler için önemli olan kişilere göre RHİDÖ ve alt boyut puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ( $p>0,05$ ).

#### 4.4.7. Hastalık-Tedavi Hakkındaki Bilgi Durumlarına Göre Farklılıklar

Tablo 13. Hastalık-Tedavi Hakkındaki Bilgi Durumlarına Göre LEE Ölçeği ve Alt Boyut, RHİDÖ Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

N=50		Hastalık-Tedavi Hakkındaki Bilgi Durumu	n	Sıra Ort.	$\chi^2$	p
LEE ÖLÇEĞİ	Dahıcılık/Müdahalecilik	Yok	14	18,36	8,629	0,01*
		Var-Az	16	22,97		
		Var-Orta	20	32,53		
	Duygusal Tepki	Yok	14	29,61	1,685	0,43
		Var-Az	16	24,88		
		Var-Orta	20	23,13		
	Hastalığa Karşı Tutum	Yok	14	32,25	4,275	0,12
		Var-Az	16	22,41		
		Var-Orta	20	23,25		
	Hoşgörü/Beklentiler	Yok	14	30,57	2,612	0,27
		Var-Az	16	24,81		
		Var-Orta	20	22,50		
LEE	Yok	14	28,43	0,849	0,65	
	Var-Az	16	23,69			
	Var-Orta	20	24,90			
RHİDÖ	Yabancılaşma	Yok	14	32,39	4,494	0,11
		Var-Az	16	21,91		
		Var-Orta	20	23,55		
	Kalıp Yargıların Onaylanması	Yok	14	32,07	3,997	0,14
		Var-Az	16	22,88		
		Var-Orta	20	23,00		

<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	Yok	14	29,79	2,080	0,35
	Var-Az	16	22,16		
	Var-Orta	20	25,18		
<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	Yok	14	32,46	4,533	0,10
	Var-Az	16	22,16		
	Var-Orta	20	23,30		
<b>Damgalanmaya Karşı Direnç</b>	Yok	14	38,71	16,872	<b>0,00*</b>
	Var-Az	16	22,63		
	Var-Orta	20	18,55		
<b>RHİDÖ</b>	Yok	14	34,68	7,725	<b>0,02*</b>
	Var-Az	16	21,69		
	Var-Orta	20	22,13		

\*p<0,05

$\chi^2$ =Kruskal Wallis H Testi

Hastalık-tedavi hakkındaki bilgisi olmayan kişilerin, diğer kişilere göre “Duygusal Tepki”, “Hastalığa Karşı Tutum”, “Hoşgörü/Beklentiler” alt boyut ve LEE Ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu; “Dalıcılık/Müdahalecilik” alt boyut puanlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, şizofreni tanısı alan kişilerin hastalık-tedavi hakkındaki bilgi durumlarına göre “Duygusal Tepki”, “Hastalığa Karşı Tutum”, “Hoşgörü/Beklentiler” alt boyut ve LEE Ölçeği puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $p>0,05$ ); “Dalıcılık/Müdahalecilik” alt boyut puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0,05$ ) gözlenmiştir (Tablo 13). Farklılıkların hastalık-tedavi hakkındaki hangi bilgi düzeyleri arasında olduğuna dair Mann Whitney U Test sonucuna bakılmıştır (Tablo 14).

Hastalık-tedavi hakkındaki bilgisi olmayan kişilerin, diğer kişilere göre “Yabancılaşma”, “Kalıp Yargıların Onaylanması”, “Algılanan Ayrımcılık”, “Sosyal Geri Çekilme”, “Damgalanmaya Karşı Direnç” alt boyut ve RHİDÖ puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, şizofreni tanısı alan kişilerin hastalık-tedavi hakkındaki bilgi durumlarına göre “Yabancılaşma”, “Kalıp Yargıların Onaylanması”, “Algılanan Ayrımcılık” ve “Sosyal Geri Çekilme” alt boyut puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $p>0,05$ ); “Damgalanmaya Karşı Direnç” alt boyutu ve RHİDÖ puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0,05$ ) gözlenmiştir (Tablo 13). Farklılıkların hastalık-tedavi hakkındaki hangi bilgi düzeyleri arasında olduğuna dair Mann Whitney U Test sonucuna bakılmıştır (Tablo 14).

**Tablo 14. Hastalık-Tedavi Hakkındaki Bilgi Durumlarına Dalıcılık/Müdahalecilik, Damgalanmaya Karşı Direnç Alt Boyut ve RHİDÖ Puanlarının Karşılaştırılması**

Hastalık-Tedavi Hakkında Bilgi Durumu		Dalıcılık/Müdahalecilik (p)	Damgalanmaya Karşı Direnç (p)	RHİDÖ (p)
<b>Yok</b>	Var-Az	0,38	<b>0,00*</b>	<b>0,01*</b>
	Var-Orta	<b>0,01*</b>	<b>0,00*</b>	<b>0,02*</b>
<b>Var-Az</b>	Yok	0,38	<b>0,00*</b>	<b>0,01*</b>
	Var-Orta	0,05	0,22	0,98
<b>Var-Orta</b>	Yok	<b>0,01*</b>	<b>0,00*</b>	<b>0,02*</b>
	Var-Az	0,05	0,22	0,98

\*p<0,025

Z=Mann Whitney U Testi

Tablo 14 incelendiğinde; hastalık-tedavi hakkında bilgisi olmayan kişiler ile az düzeyde bilgisi olan kişilerin “Damgalanmaya Karşı Direnç” alt boyutu, RHİDÖ puanları arasındaki farklılıkların anlamlı olduğu ( $p<0,025$ ); “Dalıcılık/Müdahalecilik” alt boyut puanları arasındaki farklılıkların anlamlı olmadığı ( $p>0,025$ ) gözlenmiştir.

Hastalık-tedavi hakkında bilgisi olmayan kişiler ile orta düzeyde bilgisi olan kişilerin “Dalıcılık/Müdahalecilik” ve “Damgalanmaya Karşı Direnç” alt boyutu, RHİDÖ puanları arasındaki farklılıkların anlamlı olduğu gözlenmiştir ( $p<0,025$ ).

Hastalık-tedavi hakkında az düzeyde bilgisi olan kişiler ile orta düzeyde bilgisi olan kişilerin “Dalıcılık/Müdahalecilik” ve “Damgalanmaya Karşı Direnç” alt boyutu, RHİDÖ puanları arasındaki farklılıkların anlamlı olmadığı gözlenmiştir ( $p<0,025$ ).



## 5. TARTIŞMA

Şizofreni tanısı alan bireylerin algıladıkları duygu dışavurumu ile içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları, literatür dikkate alınarak tartışılmıştır.

Şizofreni, insanın duygu, düşünce ve davranışlarında önemli değişiklikler yaratan, hem kendisinin hem de çevresindekilerin yaşamını büyük ölçüde farklılaştıran bir bozukluktur (Arslantaş ve ark., 2009). Araştırmada, şizofreni hastalarının %52'sinin erkek olduğu, %58'inin 44 yaş ve altında olduğu, %44'ünün hiç evlenmemiş ve %46'sının ise dul veya boşanmış olduğu, %50'sinin ilkokul düzeyinde eğitime sahip olduğu, %40'nın geçici işlerde çalışmış olduğu görülmüştür. Yılmaz'ın (2011) yaptığı çalışmada, hastaların %74.6'sının erkek olduğu, %55.6'sının ilkokul düzeyinde eğitime sahip olduğu, %46'sının ise hiç çalışmadığı bulunmuştur. Karaağaç Özçelik'in (2015) yaptığı çalışmada ise hastaların %70'inin erkek olduğu, %62'sinin bekar olduğu, %35'inin ilkokul mezunu olduğu, %31'inin geçici işlerde çalışmış olduğu görülmüştür. Araştırmanın hastalara ait sosyodemografik ile ilgili bulguları, literatürdeki bulgularla desteklenmiştir. Buna göre, şizofreninin erken yaşlarda başladığı ve semptomlarının önemli ölçüde işlevselliği düşürdüğü göz önüne alındığında, hastaların medeni

durumunun, eğitim durumunun ve çalışma durumunun olumsuz olarak etkilendiği araştırmada gözlenmiştir.

Şizofreninin tam olarak nedeni bilinmese bile, biyopsikososyal etmenlerin üzerinde durulmaktadır. Özellikle hastalığın seyrinde ailenin hastaya karşı olumlu veya olumsuz tutumu önemli bir role sahiptir. Şizofreni gibi ağır ruhsal hastalığa sahip olan aileler korku, endişe, şaşkınlık, utanç, suçluluk, öfke gibi birçok duyguyla baş etmektedir. Bu tür duygular da “Duygu dışavurumu” kavramını ortaya çıkarmıştır (Arslantaş ve ark., 2009). Bu çalışmada, LEE Ölçeği'nin toplam ortalama puanı,  $21.34 \pm 11.78$ 'dir. Ancak araştırmada, literatürdeki çalışmalarla uyumlu olması açısından, sadece genel puanlar dikkate alınmıştır ve bu sebeple puanların yüksek veya düşük olma durumu hakkında bilgi elde edilmemiştir.

Şizofrenlerin LEE Ölçeği'nin alt boyutlarından en fazla etkilenme sırası, “Duygusal Tepki”, “Dalıcılık/Müdahalecilik”, “Hoşgörü/Beklentiler” ve “Hastalığa Karşı Tutum”dur. Tüzer ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında ise “Dalıcılık/Müdahalecilik”, “Duygusal Tepki”, “Hoşgörü/Beklentiler” ve “Hastalığa Karşı Tutum”dur. Elde edilen bulgular, literatür ile karşılaştırıldığında, ölçeğin alt boyutlarından en fazla etkilenme “Duygusal Tepki” ve “Dalıcılık/Müdahalecilik” alt boyutlarında olduğu görülmüştür.

LEE Ölçeği'nin toplamında, hasta tarafından diğer gruplara göre en fazla seçilen anahtar akraba, yani onların önemli gördükleri kişiler, ebeveynlerdir ( $\bar{x}=28,03$ ). Bu kişilerin de %24'ü annesini tercih etmiştir. İkinci olarak seçilen anahtar akraba ise kardeşlerdir (%22). Literatüre bakıldığında, Gibbson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, %50'si yakınıyla beraber yaşamaktadır ve anahtar akrabanın çoğunluğu, kadın olarak seçilmiştir (Deniz ve ark., 1998). İlnem ve arkadaşlarının (1998) yaptığı çalışmada ise anahtar akraba, %66 oranında ebeveyn olarak seçilmiştir ve bunların %60'ı kadındır. Bu doğrultuda, çalışmadaki sonuçlar, literatürdeki sonuçlarla desteklenmiştir. Literatürde şizofrenlerin hiç evlenmemiş olma oranı oldukça yüksektir (İlnem ve ark., 1998). Bunu kanıtlayan bu çalışmada da bekar olan şizofrenlerin oranı %44'tür. Bu durum da, doğal olarak seçilen anahtar yakının ebeveyn olma yüzdesini artırmıştır. Ancak seçilen anahtar akrabanın cinsiyeti ile LEE Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatüre bakıldığında ise, Deniz ve arkadaşları (1998), LEE Ölçeği ve

alt ölçeklerinin anahtar yakının cinsiyeti (kadın) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde etmiştir.

Şizofreni hastalarıyla ilgili diğer sosyodemografik bulgular ile (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu), LEE Ölçeği ve alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde, LEE Ölçeği ve alt ölçeklerinin puanları ile sosyodemografik verilerin oluşturduğu değişkenlerin ilişkisi yerine, bağımlı değişkenlerle (relaps gibi) ilişkisine dikkat edilmiştir ve açıklanmıştır.

Hastalık-tedavi hakkındaki bilgi durumu ile “Dalıcılık/Müdahalecilik” alt boyutu puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Hastalık ve tedavi hakkında orta düzeyde bilgisi olanların “Dalıcılık/Müdahalecilik” alt boyut puan ortalaması, diğer gruplara göre daha fazladır ( $\bar{x}=32.53$ ). Buna göre, orta düzeyde bilgisi olanların anahtar akraba tarafından algıladıkları müdahaleci, kısıtlayıcı davranışlar daha fazladır. Ancak, literatürde bunu destekleyen bir çalışma görülmemiştir.

Şizofreni hastalığının iyileşmesindeki engellerden olduğu düşünülen içselleştirilmiş damgalanma son zamanların ilgi çekici konusudur. Bu çalışmada da, içselleştirilmiş damgalanmanın puan ortalaması  $72.96\pm 15.91$ 'dir. RHİDÖ puan ortalaması dikkate alındığında, içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin ortalamanın üzerinde olduğu görülmüştür. Brohan ve arkadaşları (2010), şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın düzeyini yüksek bulmuştur. Ersoy ve Varan'ın (2007) yapmış olduğu çalışmada da, içselleştirilmiş damgalamanın şizofreni hastalarında yüksek olduğu görülmüştür. Sevindik ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir diğer çalışma ise, depresyon ve psikotik hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri karşılaştırılmıştır ve psikotik hastaların çok az bir farkla daha fazla içselleştirilmiş damgalanma yaşadıkları görülmüştür. Çalışmadaki bulgu, tüm bu bilgileri kanıtlar niteliktedir.

Bu araştırmada, şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanmadan en fazla etkilendiği alt boyutlar sırasıyla “Kalıp Yargıların Onaylanması”, “Sosyal Geri Çekilme”, “Yabancılaşma”, “Damgalanmaya Karşı Direnç” ve “Algılanan Ayrımcılık”tır. Elde edinilen bulgular, literatürle paralellik göstermektedir. Yılmaz'ın (2012) çalışmasında, en fazla etkilenen boyutlar, bu çalışmadaki gibi “Kalıp Yargıların Onaylanması” ve “Sosyal Geri Çekilme”dir. Aynı şekilde bunlar, Tel ve Ertekin Pınar'ın

(2012) çalışmasında da hastaların en fazla etkilendiği alt boyutlardır. Bu sonuçlara göre, şizofrenlerin stereotipleri içselleştirmesi ve böylece sosyal yaşamdan uzaklaşması yüksek bir durumdur.

Literatür incelendiğinde, içselleştirilmiş damgalanmayla yapılan çalışmalarda sosyodemografik özelliklerle ilgili bulgular çelişkilidir. Ersoy ve Varan'ın (2007) çalışmasında cinsiyet ile içselleştirilmiş damgalanma arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ve buna göre, erkeklerin içselleştirilmiş damgalanma puanları daha fazla olduğu görülmüştür. Ancak başka çalışmalarla karşılaştırıldığında, tutarlı sonuç vermemektedir. Kamışlı ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında evli hastalarda, bekar ve boşanmışlara göre daha fazla içselleştirilmiş damgalanma görülmüşken; Tel ve Ertekin Pınar'ın (2012) çalışmasında medeni durum ile içselleştirilmiş damgalanma arasında ilişki görülmemiştir. Coşkun ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, içselleştirilmiş damgalanmanın eğitim düzeyi arttıkça azaldığı; Özten ve arkadaşlarının başka bir çalışmasında da, eğitim düzeyindeki artışın ruhsal hastalıklara yönelik damgalanmayı azalttığı açısından çelişkili veriler elde edilmiştir (Sevindik ve ark., 2014). Ancak bu çalışmada, şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri ile RHİDÖ ve alt boyutlarının ilişkisine bakıldığında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Taşkın (2007), içselleştirilmiş damgalamayı yordamada sosyodemografik özelliklerin çok önemli olmadığını vurgulamıştır.

Çalışmada, hastalık-tedavi hakkındaki bilgi durumu ile “Damgalanmaya Karşı Direnç” alt boyutu ve RHİDÖ puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Hastalık-tedavisi hakkında bilgisi olmayanlar ile az veya orta bilgisi olanlar karşılaştırıldığında, bilgisi olmayanın damgalanmaya daha fazla direndiği ( $\bar{x}=38,71$ ); ancak yine de daha fazla içselleştirilmiş damgalanma yaşadığı ( $\bar{x}=34,68$ ) görülmüştür. Bu bilgilerle tutarlı olarak da Taşkın (2007), hastalıkları özellikle de tedavileri hakkında bilgileri olan hastaların daha az damgalanmış hissettiklerini bildirmiştir.

Phillips ve arkadaşlarına (2002) göre, duygu dışavurumu üzerine yapılan çalışmalar, aile üyeleri arasında hastaya karşı yüksek duygu dışavurumu olduğunu

varsaymıştır. Ailelerde bulunan yüksek duygu dışavurumunun hastalığı sürdüren bir faktör olduğu bilinmektedir (Hatfield et al., 1987). Duygu dışavurumu hakkındaki araştırmalar, genellikle hastalığın relapsı konusunda yapılanlarla sınırlıdır; ancak çalışmalar, henüz damgalanma değişkeni üzerine yoğunlaşmamıştır. Var olan damgalanma, aile sistemi içindeki stresi arttırabilmekte ve böylece yüksek duygu dışavurumuna yol açmaktadır. Ayrıca tam tersi olarak, aile bireylerinin duygu dışavurumu düzeyleri, onların ve hastaların damgalanma ve ayrımcılık üzerine algılarını etkileyebilmektedir. Phillips ve arkadaşlarının çalışmasındaki en önemli bulgu, hem aile hem de hasta açısından damgalanmanın etkisi ile duygu dışavurumu düzeyi arasında güçlü bir ilişkinin olduğunun bulunmasıdır. Diğer değişkenler kontrol altına alındığında, duygu dışavurumu düzeyinin, hastaların ve diğer aile üyelerinin yaşamlarında algılanan damgalanmanın etkisini yordayan en önemli değişken olduğunu ifade etmiştir. Literatürdeki bu bilgiyi destekleyen bu araştırmada ise şizofrenlerin duygu dışavurumu ile içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişkiye bakıldığında; iki bağımlı değişken arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu sonuca bağlı olarak, şizofrenler tarafından algılanan duygu dışavurumunun artması ile hastadaki içselleştirilmiş damgalanma da artacaktır.

Elde edilen bulgulara ek olarak, LEE Ölçeği ile RHİDÖ'nün ve alt boyutlarının bazıları arasında da ilişki ortaya çıkmıştır. Buna göre şizofrenlerin algıladıkları duygu dışavurumu ile “Sosyal Geri Çekilme” ve “Yabancılaşma” alt boyutları arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Bu sonuç, şizofrenlerin algıladıkları duygu dışavurumunun artmasıyla, içselleştirilmiş damgalanmanın en önemli sonuçlarından olan yalnızlaşmayı ve sosyallikten uzaklaşmayı artırdığını göstermektedir. Berksun (2002) da, duygu dışavurumu artıkça, hastaların fonksiyon düzeylerinin düştüğünü ifade etmiştir.

İçselleştirilmiş damgalanma ile “Hoşgörü/Beklentiler”, “Duygusal Tepki” ve “Hastalığa Karşı Tutum” alt boyut puanları arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Başka bir deyişle, şizofrenlerin aileleri ile etkileşimlerindeki aşırı duygusal tepkiler ve hastadan beklentilerin yükselmesi, onların içselleştirilmiş damgalanmasını arttırmaktadır. Ayrıca ailenin hastalığa karşı oluşan olumsuz tutumları ne kadar artarsa, hastanın içselleştirilmiş damgalanmasının da o kadar arttığı görülmüştür.

Elde edilen bu sonuçlar ile literatür paralellik göstermektedir. Taşkın (2007), kişinin ve çevresinin “ruhsal hasta” kavramına yönelik stereotipleri ne kadar çoksa, kendini damgalama eğiliminin de o kadar yüksek olacağını ifade etmiştir.

“Hastalığa Karşı Tutum” alt boyut puanı ile “Damgalanmaya Karşı Direnç”, “Sosyal Geri Çekilme”, “Algılanan Ayrımcılık”, “Kalıp Yargıların Onaylanması” ve “Yabancılaşma” alt boyut puanları arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Kısacası, şizofrenlerin ailelerinin hastalığa karşı oluşan olumsuz tutumları artınca, hastaların daha fazla ayrımcılık algıladıkları, yalnızlaştıkları, stereotipleri kabul ettikleri görülürken; daha az sosyalleştikleri görülmüştür. Literatüre bakıldığında, hasta yakınları hastanın hastalığına karşı olumsuz bir tutum takınarak, hastanın gerçekten hasta olduğundan şüphe duymaktadır (Tüzer ve ark., 2003). Taşkın (2007) da, damgalanmanın ilk olarak kişinin kendisinde ve ailesinde başladığını bildirmiştir ve içselleştirilmiş damgalanmayla kişinin kendisini hem toplum tarafından hem de ailesi tarafından dışlanmış, yalnız ve damgalanmış hissettiğini ifade etmiştir.

“Duygusal Tepki” alt boyut puanı ile “Sosyal Geri Çekilme” ve “Yabancılaşma” alt boyut puanı arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Son olarak, “Hoşgörü/Beklentiler” alt boyut puanı ile de “Sosyal Geri Çekilme” puanı arasında da aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Şizofrenlerin ailesinin beklentileri yükseldikçe, hastanın aile ve çevresiyle olan iletişimlerini azalttığı gözlenmiştir. Ayrıca ailenin şizofreniye karşı olan kızgınlık veya şiddetli kaygı gibi aşırı duygusal tepkileri, şizofrenlerin kendini dış dünyaya kapatmasına ve çevresinden uzaklaşmasına yol açmaktadır. Literatür incelendiğinde, ruhsal hastaya sahip olan bazı aile üyeleri, hastaya karşı öfke beslemekte, böyle bir hastaya sahip olmaktan dolayı utanç duymakta ve hastayı yakın çevresinden gizlemeye çalışmaktadır. Bu durumda, hasta tarafından damgalanmanın içselleştirilmesi artmakta ve kendini toplumdan dışlanmış hissetmektedir (Taşkın, 2007; Köroğlu ve Hacıoğlu, 2017).

## **5.1. Sınırlılıklar**

Her araştırmada olduğu gibi bu araştırmada da sınırlılıklar mevcuttur. Bunlar:

- Araştırmanın örneklemi, sadece “Bursa Huzur Özel Bakım Merkezi” ve “Bursa Bizim Aile Özel Bakım Merkezi”nde bakım gören şizofreni hastalarından ve

sadece Bursa içindeki şizofreni hastalarından seçilmesi, sonuçların evrene genellenmesi açısından sınırlılık oluşturmaktadır.

- Araştırmadaki örneklemin sayısı azdır.
- Örnekleme bakım merkezine sadece yeni gelen (birkaç ay önce) hastalar alınmıştır.
- Örneklem seçilirken hastalık süresi, relaps, yatış sayısı gibi değişkenlere dikkat edilmemiştir.
- Ölçek sonuçlarının, katılımcıların kişisel ifadelerine dayalı olması sınırlılıktır.
- Şizofrenlerin kişisel bilgileri, “Sosyodemografik Veri Formu”nda verilenlerle sınırlıdır.
- Duygu dışavurumuna ilişkin veriler, sadece “Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği” ile alınan puanlarla sınırlıdır.
- Hastanın ailesini algısı, psikopatolojinin etkisiyle çarpıtılmış olabilir.
- Hasta ve hasta yakınlarının problemleri farklı algılama durumları da olabilir.
- İçselleştirilmiş damgalanmaya ilişkin veriler sadece “Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği” ile alınan puanlarla sınırlıdır.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Şizofreni tansı alan bireylerin algıladıkları duygu dışavurumu ile içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları ve gelecekte yapılacak çalışmalara ışık tutması açısından verilecek öneriler aşağıda verilmiştir.

### 6.1. Sonuçlar

1. Şizofreni hastaların çoğunluğunun erkek, dul/boşanmış, ilköğretim mezunu olduğu, hastalıktan dolayı geçici işlerde çalışmak zorunda kaldığı saptanmıştır.
2. Şizofreni hastaların duygu dışavurumunun ortalama puanı,  $21.34 \pm 11.78$ 'dir ve hastaların alt boyutlardan en fazla etkilenme sırası; “Duygusal Tepki”, “Dalcılık/Müdahalecilik”, “Hoşgörü/Beklentiler” ve “Hastalığa Karşı Tutum”dur.
3. LEE Ölçeği'nin toplamında, hasta tarafından diğer gruplara göre en fazla seçilen anahtar akraba, yani onların önemli gördükleri kişiler, ebeveynlerdir. Bu kişilerin de çoğunluğu annesini tercih etmiştir. İkinci olarak seçilen anahtar akraba ise kardeşlerdir. Ancak ölçek puanları ile anahtar akraba arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.



4. Hastalık-tedavi hakkındaki bilgi durumu ile “Dalicılık/Müdahalecilik” alt boyutu puanlarının arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Hastalık ve tedavi hakkında orta düzeyde bilgisi olanların “Dalicılık/Müdahalecilik” alt boyutu puan ortalaması, diğer gruplara göre daha fazladır.
5. Şizofreni hastaların, içselleştirilmiş damgalanmasının puan ortalaması  $72.96 \pm 15.91$ ’dir.
6. Şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanmadan en fazla etkilendiği alt boyutlar sırasıyla; “Kalıp Yargıların Onaylanması”, “Sosyal Geri Çekilme”, “Yabancılaşma”, “Damgalanmaya Karşı Direnç” ve “Algılanan Ayrımcılık”tır.
7. Hastalık-tedavi hakkındaki bilgi durumu ile “Damgalanmaya Karşı Direnç” alt boyutu ile RHİDÖ puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Hastalık-tedavisi hakkında bilgisi olmayanlar ile az veya orta bilgisi olanlar karşılaştırıldığında, bilgisi olmayanın damgalanmaya daha fazla direndiği; ancak yine de daha fazla içselleştirilmiş damgalanma yaşadığı görülmüştür.
8. Şizofrenlerin algıladıkları duygu dışavurumu ile içselleştirilmiş damgalanma arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Buna göre, algılanan duygu dışavurumu arttıkça içselleştirilmiş damgalanma da artacaktır.
9. Şizofrenlerin algıladıkları duygu dışavurumu ile “Sosyal Geri Çekilme” ve “Yabancılaşma” alt boyutları arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir.
10. İçselleştirilmiş damgalanma ile “Hoşgörü/Beklentiler”, “Duygusal Tepki” ve “Hastalığa Karşı Tutum” alt boyut puanları arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.
11. “Hastalığa Karşı Tutum” alt boyut puanı ile “Damgalanmaya Karşı Direnç”, “Sosyal Geri Çekilme”, “Algılanan Ayrımcılık”, “Kalıp Yargıların Onaylanması” ve “Yabancılaşma” alt boyut puanları arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.
12. “Duygusal Tepki” alt boyut puanı ile “Sosyal Geri Çekilme” ve “Yabancılaşma” alt boyut puanı arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir.

13. “Hoşgörü/Beklentiler” alt boyut puanı ile de “Sosyal Geri Çekilme” puanı arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir.

## 6.2. Öneriler

- Hastaların aileleri ile ilgili algıladıkları tutumları ölçen ölçeğin daha doğru sonuçlar vermesi için, aile yakınlarına da, onların hastaya karşı olan tutumlarını ölçmek amacıyla bir ölçek verilebilir ve böylece daha tutarlı sonuçlar elde edilebilir.
- Şizofrenlerin algıladığı yüksek duygu dışavurumu, aile içinde bazı çatışmalara neden olabilir ve bu durum, hem ailenin işlevselliğini hem de hastalığın seyrini olumsuz etkileyebilir. Bu durumları azaltmak için de, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini ve olumlu aile ilişkisini artıracak aile eğitim ve destek çalışmaları yapılabilir.
- İçselleştirilmiş damgalanmayı etkileyen faktörlerin neler olduğu üzerine araştırma yapılarak, bu faktörleri azaltmaya yönelik hizmetler verilebilir.
- Ruhsal hastalıklara yönelik kalıplaşmış yargılara ve medya tarafından yanlış anlatılan haberlere karşı çıkılıp; kitap, gazete, kamu spotlarıyla geniş kitlelere yanlış bilgi, inanç, tutum ve davranışları değiştirmeye yönelik eğitimler verilip ve ruhsal hastalığı olan kişilerle iletişim kurulup, onların içselleştirilmiş damgalanma algılarıyla mücadele etmeleri için toplumsal bir girişim planlanabilir.

## KAYNAKÇA

Aker, T., Özmen, E., Ögel, K., Sağduyu, A., Uğuz, Ş., Tamar, D., Boratav, C. ve Liman, O., 2002, “Birinci Basamak Hekimlerinin Şizofreniye Bakış Açısı”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(1): 5-13.

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, (Çev., E. Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.

Arkan, B., Bademli, K. ve Çetinkaya Duman, Z., 2011, “Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye’de Yapılan Çalışmalar”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2): 214-231.

Arslantaş, H. ve Adana, F., 2011, “Şizofreninin Bakım Verenlere Yüğü”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2): 251-227.

Arslantaş, H. ve Adana, F., 2012, “Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin Yük Algısını ve Duygu Dışavurumunu Etkileyen Etkenler”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13: 8-15.

Arslantaş, H., Sevinçok, L., Uygur, B., Balcı, V. ve Adana, F., 2009, “Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Yapılan Psikoeğitimin Hastalardaki Klinik Gidişe ve Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu Düzeylerine Olan Etkisi”, *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 10(2): 3-10.

Assefa, D., Shibre, T., Asher, L. and Fekadu, A., 2012, “Internalized Stigma Among Patients With Schizophrenia in Ethiopia: A Cross-Sectional Facility-Based Study”, *BMC Psychiatry*, 12: 239.

Belli, H., Özçetin, A., Ertem, Ü., Alpay, E., Bahçebaşı, T., Kıran, Ü. K., Baykız, A. F. ve Bayık, Y., 2007, “Şizofreni Hastalarında Bazı Sosyodemografik Özellikler ve Tedavi ile İlişkin Etkenler”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8: 102-112.

Berksun, O. E., 1992, “Şizofrenide Aile Faktörü: Expressed Emotion Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Denemesi”, Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Ankara.

Berksun, O. E., Soykan, Ç., Soykan, A. ve Ünlüoğlu, G., 1993, “Dışavurulan Duygulanım Ölçeği: Ölçek Uyarlama Üzerine Bir Pilot Çalışma”, *Türk Psikoloji Dergisi*, 8(29): 10-15.

Bilge, A. ve Çam, O., 2010, “Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1): 71-78.

Binbay, T., Ulaş, H. ve Alptekin, K., 2010, “Şizofreni Epidemiyolojisine Türkiye’den Katkı Yapmak: Nasıl ve Neden?”, *Klinik Psikiyatri*, 13(1): 9-15.

Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H. ve Alptekin, K., 2011, “Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemik Bir Gözden Geçirme”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(1): 40-52.

Bostancı, N., 2004, “Şizofreni Hastalarına Yönelik Stigma ve Bunun Azaltılmasına İlişkin Girişimler”, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 13(53): 199-209.

Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N. and Thornicroft, G., 2010, “Self-Stigma, Empowerment and Perceived Discrimination Among People With Schizophrenia in 14 European Countries: The GAMIAN-Europe Study”, *Schizophrenia Research*, 122(1-3): 232-238.

Carlson, N. R., Fiziyojik Psikoloji Davranışın Nörolojik Temelleri, (Çev., M. Şahin), Sekizinci Basım, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2012.

Ceylan, M. E. ve Erdiş, F., 1996, “Nöroleptikler”, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 1(4): 11-27.

Cole, J. D. and Kazarian, S. S., 1988, “The Level of Expressed Emotion Scale: A New Measure of Expressed Emotion”, *Journal of Clinical Psychology*, 44: 392-397.

Combs, D. R. and Gouvier, Wm. D., 2004, “The Role of Attention in Affect Perception: An Examination of Mirsky’s Four Factor Model of Attention in Chronic Schizophrenia”, *Schizophrenia Bulletin*, 30(4): 727-738.

Corrigan, P. W., Larson, J. E. and Rüşch, N., 2009, “Self-Stigma and The “Why Try” Effect: Impact on Life Goals and Evidence-Based Practices”, *World Psychiatry*, 8: 75-81.

Çam, O. ve Bilge, A., 2013, “Türkiye’de Ruhsal Hastalığa/Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci: Sistemik Derleme”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2): 91-101.

Çam, O. ve Çuhadar, D., 2011, “Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3): 136-140.

Çatan Akgülle, Ö. B., 2014, “Şizofreni Hastalarının Yakınlarında Duygu Dışavurumunun ve Aile İşlevselliğinin Suç İşleme Üzerine Etkisi”, Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul.

Çetin, N., Demiralp, M., Oflaz, F. ve Özşahin, A., 2013, “Şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi ile Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Dışa Vuran Duygu Durumu İlişkisi”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14: 19-26.

Danacı, A. E., Karaca, N. ve Deveci, A., 2005, “Şizofreni Hastalarında Aile İşlevselliği ile Sosyal İşlevsellik Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi”, *Türkiye’de Psikiyatri*, 7(3): 103-108.

Davison, G. C. and Neale, J. M., Anormal Psikoloji, (Çev., İ. Dağ), Yedinci Baskı, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 2011.

Deniz, H., İlnem, C. and Yener, F., 1998, “Şizofren Bireyin Algıladığı Duygu Dışavurum Düzeyinin Relapsla ve Aile İşlevleriyle İlişkisi”, *Düşünen Adam*, 11(3): 5-15.

Doğanavşargil Baysal, G. Ö., 2013, “Damgalanma ve Ruh Sağlığı”, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(2): 239-251.

Durat, G., Atmaca, G. D., Açıl, H. C. ve Oksal, H. A., 2017, “Şizofreni Hastası Olan Hasta Yakınlarının Şizofreniye İlişkin Tutumları”, *Osmangazi Tıp Dergisi*, 39: 43-50.

Eaton, W. W., Mortensen, P. B. and Frydenberg, M., 2000, “Obstetric Factors, Urbanization and Psychosis”, *Schizophrenia Research*, 43: 117-123.

Ebrinç, S., Çetin, M., Başoğlu, C., Ağargün, M. Y., Seçil, M., Can, S. ve Çobanoğlu, N., 2001, “Şizofren Hasta ve Ailelerinde Aile İşlevselliği, Sosyal Destek ve Duygu Dışavurumunun İncelenmesi”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(1): 5-14.

Ersoy, M. A. ve Varan, A., 2007, “Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu’nun Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2): 163-171.

Fischer, M., 1971, “Psychoses in The Off-Spring of Schizophrenic Monozygotic Twins and Their Normal Co-Twins”, *British Journal of Psychiatry*, 118: 43-52.

Gottesman, I. I., McGuffin, P. and Farmer, A. E., 1987, “Clinical Genetics as Clues to The “Real” Genetics of Schizophrenia (A Decade of Modest Gains While Playing for Time)”, *Schizophrenia Bulletin*, 13(1): 23-47.

Gülseren, L., 2002, “Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2): 143-151.

Gülseren, L., Çam, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danacı, A. E., Çubukçuoğlu, Z., Taş, C., Gülseren, Ş. ve Mete, L., 2010, “Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(3): 203-212.

- Gülseren, L., Turgut, S., Yaprak, S. ve Kültür, S., 1999, “Şizofreni Tanısı Konmuş Bir Grup Hastanın Aileleriyle Sosyometrik Psikodramatik Grup Terapisi Süreci”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(4): 325-331.
- Hatfield, A. B., Spaniol, L. and Zippel, A. M., 1987, “Expressed Emotion: A Family Perspective”, *Schizophrenia Bulletin*, 13(2): 221-226.
- İlnem, C., Çete, T., Deniz, H. ve Yener, F., 1998, “Şizofreni ve Major Depresyonda Yaşam Olayları ile Bireyin Algıladığı Duygu Dışavurum Düzeyi”, *Düşünen Adam*, 11(4): 12-20.
- İlnem, C., Deniz, H. ve Yener, F., 1998, “Şizofreni Üzerine Kimi Söylenceler ve Gerçekler”, *Düşünen Adam*, 11(3): 16-22.
- Kamışlı, S., Dil, S., Daştan, L. ve Eni, N., 2016, “Özgürlük Duygusu ve İçselleştirilmiş Damgalanma: Ayaktan ve Yatarak Psikiyatrik Tedavi Alan Hastaların Karşılaştırılması”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(4): 251-256.
- Karaağaç Özçelik, E., 2015, “Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı, İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzincan.
- Karamustafalıoğlu, N., Tomruk, N. ve Alpay, N., 1998, “Şizofrenide Cinsiyet Farklılıkları: Bir Gözden Geçirme”, *Düşünen Adam*, 11(2): 22-32.
- Kıvırcık Akdede, B. B., Alptekin, K., Topkaya, Ş. Ö., Belkiz, B., Nazlı, E., Özsin, E., Piri, Ö. ve Saraç, E., 2004, “Gençlerde Şizofreniyi Damgalama Düzeyi”, *Yeni Symposium* 42(3): 113-117.
- Kocal, Y., Karakuş, G. ve Sert, D., 2017, “Şizofreni: Etiyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi”, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2): 251-267.
- Köroğlu, A. ve Hacıoğlu, Ç., 2017, “Şizofreninin Aile Üzerine Olan Etkisi”, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3): 170-175.
- Kuş Saillard, E., 2010, “Ruhsal Hastalara Yönelik Damgalamaya İlişkin Psikiyatrist Görüşleri ve Öneriler”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1): 14-24.
- Mortan, O. ve Tekinsav Sütçü, S., 2011, “İşitsel Varsanılarda Bilişsel Davranışçı Terapi”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(4): 647-663.
- Muslu, S., 2010, “Şizofrenide Sosyal Desteğin ve Aile Tutumunun Hastanın Tedaviye Uyumu Üzerindeki Etkisinin Araştırılması”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Özbaş, D., Küçük, L. ve Buzlu, S., 2008, “Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye Sahip Ailelerin Hastalığa Karşı Tutumları”, *Düşünen Adam*, 21(1-4): 14-23.
- Özmen, E., Ögel, K., Sağduyu, A., Tamar, D., Boratav, C. ve Aker, T., 2003, “Psikiyatri Dışı Uzman Hekimlerin Ruhsal Bozukluklar Konusunda Bilgi ve Tutumları”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4: 5-12.

- Özpoyraz, N. ve Taman, L., 1998, “Şizofrenik Bozukluk”, *Galenos Journal*, Ocak.
- Phillips, M. R., Pearson, V., Li, F., Xu, M. and Yang, L., 2002, “Stigma and Expressed Emotion: A Study of People With Schizophrenia and Their Family Members in China”, *British Journal of Psychiatry*, 181: 488-493.
- Plotnik, R., Psikoloji'ye Giriş, (Çev., T. Geniş), Birinci Basım, Kaknüs Yayıncılık, İstanbul, 2009.
- Sağduyu, A., Aker, T., Özmen, E., Uğuz, Ş., Ögel, K. ve Tamar, D., 2003, “Şizofrenisi Olan Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(3): 203-212.
- Sevindik, C. S., Özer, Ö. A., Kolat, U. ve Önem, R., 2014, “Major Depresif Bozukluğu veya Psikotik Bozukluğu Bulunan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma ve İşlevsellik Üzerine Etkisi”, *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 48(3): 198-207.
- Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T. and Amering, M., 2011, “Stigma Resistance in Patients With Schizophrenia”, *Schizophrenia Bulletin*, 37(2): 316-323.
- Soygür, H., 2003, “Şizofreni ve Yaşam Niteliği”, *Klinik Psikiyatri*, 1: 9-14.
- Soygür, H., Alptekin, K., Atbaşoğlu, E. C. ve Herken, H. (Ed.), Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar, Birinci Baskı, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 2007.
- Soygür, H., Aybaş, M., Hınçal, G. ve Aydemir, Ç., 2000, “Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği: Güvenirlilik ve Yapısal Geçerlik Çalışması”, *Düşünen Adam*, 13(4): 204-210.
- Söğütlü, L., Özen, Ş., Varlık, C. ve Güler, A., 2017, “Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Şizofreni Hastalarına Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi Uygulanması ve Sonuçları”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(2): 121-128.
- Sungur, M. Z., 2000, “Şizofreni: Mitler ve Gerçekler”, *Klinik Psikiyatri*, 1: 5-12.
- Taşkın, E. O. (Ed.), İçselleştirilmiş Damga ve Damgalanma Algısı, Birinci Baskı, Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama, Meta Basım Matbaacılık, İzmir, 2007, 31-40.
- Taşkın, E. O. ve Özmen, E., 2004, “Sosyodemografik Etmenlerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlara Etkileri”, *3P Dergisi*, 12(3): 13-24.
- Taşkın, O., Şen, F. S., Aydemir, Ö., Demet, M., Özmen, E. ve İçelli, İ., 2002, “Türkiye’de Kırsal Bir Bölgede Yaşayan Halkın Şizofreniye İlişkin Tutumları”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(3): 205-214.
- Tel, H. ve Ertekin Pınar, Ş., 2012, “Ayaktan İzlenen Psikiyatri Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısı”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2): 61-66.

Tüzer, V., Zincir, S., Başterzi, A. D., Aydemir, Ç., Kısa, C. ve Göka, E., 2003, “Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı ve Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi”, *Klinik Psikiyatri*, 6: 198-203.

Üçok, A., 2003, “Şizofreni Hastası Neden Damgalanır?”, *Klinik Psikiyatri*, 1:3-8.

Üçok, A., 2008, “Şizofreninin Erken Döneminde Klinik Özellikler ve Tedavi İlkeleri”, *Klinik Psikiyatri*, 11(2): 3-8.

Ünal, S., 2000, “Şizofrenide Öznel Yaşantılar ve Duyguların İfadesi”, *Klinik Psikiyatri*, 3:131-136.

Ünal, S., Kaya, B. ve Çekem, B., 2004, “Şizofreni, İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve Epilepsi Hastalarında Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4): 291-299.

Üstünsoy Çobanoğlu, Z. S., Aker, T. ve Çobanoğlu, N., 2003, “Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları”, *Düşünen Adam*, 16(4): 211-218.

Veling, W., Susser, E., Os, J. V., Mackenbach, J. P., Selten, J. P. and Hoek, H. W., 2008, “Ethnic Density of Neighborhoods and Incidence of Psychotic Disorders Among Immigrants”, *Am J Psychiatry*, 165: 66-73.

Vinogradov, S. and Yalom, I. D., (Ed.), Şizofreni Terapisi, (Çev., F. Kaya), İkinci Basım, Prestij Yayınları, İstanbul, 2014.

Yavuz, R., 2008, “Şizofreni”, İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar, Sempozyum Dizisi, 62: 49-58.

Yıldırım, A., Buzlu, S., Hacıhasanoğlu Aşlar, R., Camcıoğlu, T. H., Erdiman, S. ve Ekinci, M., 2013, “Şizofreni Hastalarının Ailelerine Uygulanan Aileden Aileye Destek Programının Hastalık Hakkında Bilgi, Aile Yükü ve Öz Yeterlilik Üzerine Etkisi”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24: 1-7.

Yıldırım, A., Buzlu, S., Hacıhasanoğlu Aşlar, R., Camcıoğlu, T. H., Erdiman, S. ve Karaağaç, E., 2015, “Effect of Psychosocial Skills Training on Disease Symptoms, Insight, Internalized Stigmatization, and Social Functioning in Patients With Schizophrenia”, *Rehabilitation Nursing*, 6(40): 341-348.

Yıldız, M., Özten, E., Işık, S., Özyıldırım, İ., Karayün, D., Cerit, C. ve Üçok, A., 2012; “Şizofreni Hastaları, Hasta Yakınları ve Majör Depresif Bozukluk Hastalarında Kendini Damgalama”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13: 1-7.

Yıldız, M., Yazıcı, A., Çetinkaya, Ö., Bilici, R. ve Elçim, R., 2010, “Şizofreni Hastalarının Yakınlarının Hastalıkla İlgili Bilgi ve Görüşleri”, *Türk Psikiyatri Dergisi*.

Yılmaz, E., 2012, “Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanmanın Tedaviye Uyuma Etkisi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.



## **EKLER**

### **EK-1**

#### **ONAM FORMU**

Sizi Üsküdar Üniversitesi, Klinik Psikoloji Bölümü Yüksek Lisans Programı bitirme tezim için yapılan araştırmaya davet ediyorum. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa ya da daha fazla bilgi isterseniz lütfen bana sorunuz.

Araştırmaya katılmak tamamen **GÖNÜLLÜLÜK** esasına dayanmaktadır. Size sorulan soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu sorulardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır ve **KESİNLİKLE GİZLİ TUTULACAKTIR**.

Katılmayı reddetme veya kendinizi rahatsız hissettiğinizde soruları yanıtlamama hakkına sahipsiniz. Araştırmaya katılmayı kabul etmiş olsanız dahi istediğiniz zaman bırakabilirsiniz. Ankette isim veya isim yerine geçebilecek herhangi bir bilgi

istenmemektedir. Araştırmanın sağlıklı yürütülmesi için soruları eksiksiz ve samimiyetle yanıtladığınız önemlidir.

TEŞEKKÜRLER

ASLIHAN ÇAĞLAR

**EK-2**

## **SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU**

**1.Cinsiyet:**

K  E

**2. Yaş:.....**

**3. Medeni durum:**

Bekar  Evli  Dul/Boşanmış

**4. Eğitim düzeyi:**

Okur-yazar değil  İlkokul

Ortaokul  Lise

**5. Mesleği:.....**

**6. Çalışma durumu:**

Hiç çalışmamış  Çalışmıyor

Geçici işlerde çalışmış  Çalışıyor

**7. Önemli Görülen Kişi (Aile içinde):**

Anne  Baba  Eş  Çocuklar  Diğer bir yakını

**8. Hastalık - tedavisi hakkında bilgi durumu:**

Yok  Var-az  Var-orta

**EK-3**

**DUYGU DIŞAVURUMU DÜZEYİ ÖLÇEĞİ**

**AÇIKLAMA:** Aşağıda, birinin size karşı davranışlarını tanımlayan cümleler vardır.

Lütfen birlikte yaşadığınız, sizin için önemli olan bir insanı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan biçimde davranıp davranmadığını doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.

**(D) (Y)** 1-Bazen konuşmak istemezsem beni anlayışla karşılar ve zorlamaz.

**(D) (Y)** 2-Sinirlendiğimde o beni yatıştırır.

**(D) (Y)** 3-Benim kendime ait kontrolümü yitirdiğimi söyler.

**(D) (Y)** 4-Beklentilerimi doyumadığım zamanlarda bile bana hoşgörülü davranır.

**(D) (Y)** 5-Ben konuşurken müdahale etmez.

**(D) (Y)** 6-Benim sinirlerimi bozmaz.

**(D) (Y)** 7-İyi değilim dediğimde benim ilgi çekmek istediğimi söyler.

- (D) (Y) 8-Beklentilerimi doyuramadığım için suçluluk duymama neden olur.
- (D) (Y) 9-Bana karşı aşırı bir koruyucu-kollayıcılığı yoktur.
- (D) (Y) 10-Kendimi iyi hissetmediğim zamanlarda öfkelenir.
- (D) (Y) 11-Hasta ve keyifsiz olduğumda bana karşı anlayışlıdır.
- (D) (Y) 12-Benim olaylara bakış açımı anlayabilir.
- (D) (Y) 13-Her zaman müdahalecidir.
- (D) (Y) 14-Bir şeyler kötüye gitmeye başlayınca korku ve heyecana kapılmaz.
- (D) (Y) 15-Kendimi iyi hissetmediğimde bana yardım aramam için cesaret verir.
- (D) (Y) 16-Ona birçok sorun yaşattığımı düşünmez.
- (D) (Y) 17-Bir şeyleri benimle yapmak konusunda ısrar etmez.
- (D) (Y) 18-İşler sarpa sarıcınca doğru dürüst düşünemez.
- (D) (Y) 19-Keyifsiz-huzursuz olduğumda bana yardımcı olmaz.
- (D) (Y) 20-Benden umduğunu bulamazsa beni aşağılar.
- (D) (Y) 21-Yanımdan ayrılmamak, sürekli benimle olmak gibi bir düşüncesi yoktur.
- (D) (Y) 22-Yolunda gitmeyen işler için beni suçlar.
- (D) (Y) 23-Benim bir insan olarak değerli olduğumu hissettirir.
- (D) (Y) 24-Keyifsiz huzursuz ya da kafam karışık olduğunda bu duruma tahammül gösteremez.
- (D) (Y) 25-Beni çaresizliğim ve bunalımımınla öylece bir kenarda bırakır.
- (D) (Y) 26-Kötü olduğum zamanlarda benim duygularımı nasıl ele alacağını bilemez.
- (D) (Y) 27-Sorunlarımı ondan öğ almak için yarattığımı söyler.
- (D) (Y) 28-Benim özelliklerimi, özelliklerimin sınırlarını, neyi becerip beceremeyeceğimi bilir.
- (D) (Y) 29-Ne yaptığımı bilmek için beni sık sık kontrol eder.
- (D) (Y) 30-Zor durumlar karşısında soğukkanlılığını ve kendine hakimiyetini koruyabilir.
- (D) (Y) 31-Hasta olduğumda benim kendimi iyi hissetmem için uğraşır.
- (D) (Y) 32-Benim neyi becerip neyi beceremeyeceğim konusunda gerçekçidir.
- (D) (Y) 33-Her zaman işlerime burnunu sokar.

- (D) (Y) 34-Söylediğim şeyleri sonuna kadar dinler.
- (D) (Y) 35-Uzman yardımı aramanın doğru olmayacağını söyler.
- (D) (Y) 36-İşler yolunda gitmediği zaman bana öfkelenir.
- (D) (Y) 37-Hakkımda her şeyi mutlaka öğrenmek ister.
- (D) (Y) 38-O yanımda olduğu zaman huzurlu ve rahat hissetmemi sağlar.
- (D) (Y) 39-İyi olmadığımı söylediğimde beni abartmakla suçlar.
- (D) (Y) 40-Bir şeyler yolunda gitmese bile bana karşı sabırlıdır.
- (D) (Y) 41-Gittiğim yeri mutlaka ısrarla öğrenmek ister.
- (D) (Y) 42-Bana sebepsiz yere öfkelenir.
- (D) (Y) 43-Hasta olduğum zaman ilgili biri olur.
- (D) (Y) 44-Desteğine ihtiyacım olduğu zaman esirgemez.
- (D) (Y) 45-Benim özel meselelerime karışır.
- (D) (Y) 46-Zor, stres yaratan bir durumla kolayca başa çıkar.
- (D) (Y) 47-Kendimi iyi hissetmiyorsam durumumu merak eder ve anlamak ister.
- (D) (Y) 48-Bir hata yaparsam anlayışla karşılar.
- (D) (Y) 49-Hayatıma burnunu sokmaz.
- (D) (Y) 50-İyi olmadığım zaman bana tahammülü yoktur.
- (D) (Y) 51-Kendimi kötü hissettiğimde bundan dolayı beni suçlamaz.
- (D) (Y) 52-Benden çok fazla şey bekler.
- (D) (Y) 53-Şahsıma ait çok özel konularda fazla soru sormaz.
- (D) (Y) 54-İşler yolunda gitmediği zamanlar o işleri daha da kötüleştirir.
- (D) (Y) 55-Kendimi iyi hissetmediğim zaman, o bunları benim yarattığımı söyleyerek sık sık beni suçlar.
- (D) (Y) 56-Ben bir şeyi beceremeyince zıvanadan çıkar, çok öfkelenir.
- (D) (Y) 57-Geliş gidiş saatlerim konusunda onu haberdar etmezsem huzursuz olur.
- (D) (Y) 58-İşler iyi gitmediği zamanlar huzursuz olur.
- (D) (Y) 59-Kendimi iyi hissetmediğim zamanlarda bana güven verir, destek olur.
- (D) (Y) 60-Kendimi iyi hissetmediğimde bile benden aynı gayreti bekler.

#### EK-4

### RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ (RHİDÖ)

Bu testte sık sık geçen ‘‘ruhsal hastalık’’ terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer;

‘‘Kesinlikle aynı fikirde değilim’’ diyorsanız ( 1 ) rakamını ;

‘‘Aynı fikirde değilim’’ diyorsanız ( 2 ) rakamını ;

‘‘Aynı fikirdeyim’’ diyorsanız ( 3 ) rakamını ;

‘‘Kesinlikle aynı fikirdeyim’’ diyorsanız ( 4 ) rakamını daire içine alarak,

okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini iŐaretleyiniz.

		Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1	Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.	1	2	3	4

2	Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	1	2	3	4
3	Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	1	2	3	4
4	Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum.	1	2	3	4
5	Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	1	2	3	4
6	Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	1	2	3	4
7	Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	1	2	3	4
8	Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	1	2	3	4
9	Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	1	2	3	4
10	Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	1	2	3	4
11	İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	1	2	3	4
12	Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	1	2	3	4
13	Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.	1	2	3	4
14	Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	1	2	3	4
15	Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	1	2	3	4
16	Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	1	2	3	4
17	Ruhsal hastalığımanın olması hayatımı berbat etti.	1	2	3	4
18	İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımanın olduğunu anlayabilirler.	1	2	3	4

19	Ruhsal hastalığımdan dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4
20	Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	1	2	3	4
21	Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	1	2	3	4
22	Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	1	2	3	4
23	Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkımlarım olamaz.	1	2	3	4
24	Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.	1	2	3	4
25	Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yakınlaşmak istemez.	1	2	3	4
26	Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	1	2	3	4
27	Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	1	2	3	4
28	İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.	1	2	3	4
29	Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	1	2	3	4





## ÖZGEÇMİŞ

### **Kişisel Bilgiler:**

Adı-Soyadı: Aslıhan Çağlar

Doğum Yeri: Bursa

Doğum Tarihi: 09.01.1993

### **Eğitim Durumu:**

2015-2018: Üsküdar Üniversitesi, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

2015-2011: Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü  
(Derecelerim: Bölüm Birinciliği ve Fakülte İkinciliği)

2011-2007: Özel Asiye Coşkun Lisesi

### **Yabancı Dil:**

İngilizce (orta)

Almanca (az)

**Bilgisayar Bilgileri:**

Microsoft Office Programları (word, excel, powerpoint)

**Alınan Eğitimler/Testler:**

MMPI Puanlama ve Yorumlama Eğitimi: Dr. Psikolog Umut Yıldız, Türk Psikologlar Derneği

**Yapılan Stajlar:**

2014-2015: Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2016-2017: NP İstanbul Beyin Hastanesi

