

137170

T.C.  
FIRAT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
SOSYOLOJİ ANA BİLİM DALI

DEPRESYONUN SOSYOLOJİK AÇIDAN  
İNCELENMESİ: ELAZIĞ ÖRNEĞİ

DOKTORA TEZİ

137170

DANIŞMAN  
Prof. Dr. Halil NARMAN

HAZIRLAYAN  
M. Ruhat YAŞAR

ELAZIĞ-2003

T.C.  
FIRAT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
SOSYOLOJİ ANA BİLİM DALI

**DEPRESYONUN SOSYOLOJİK AÇIDAN  
İNCELENMESİ: ELAZIĞ ÖRNEĞİ**

**DOKTORA TEZİ**

Bu tez, 10.10.2023 tarihinde, aşağıda isimleri belirtilen jüri tarafından oybirliği ile kabul edilmiştir.

  
Danışman

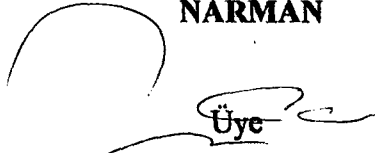
Prof. Dr. Halil  
NARMAN

  
Üye

Prof. Dr. Mahmut  
ATAY

  
Üye

Yrd. Doç. Dr. Mehmet  
YALVAÇ

  
Üye

Prof. Dr. Cemalettin  
ÇOPUROĞLU

  
Üye

Yrd. Doç. Dr. Ömer  
AYTAC

Yukarıda ismi belirtilen jüri üyelerinin imzaları ile tasdik olunur.

Prof. Dr. Ahmet BURAN  
Enstitü Müdürü

## ÖNSÖZ

Bu çalışmanın hemen her safhasında, sıcak ve güven veren tavırlarıyla, beni sürekli motive eden, bilimsel tecrübeleri, değerli yorum ve önerileriyle bu çalışmaya rehberlik eden; özendirici titizliği ve dikkatiyle bu tezin emin adımlarla şekillenmesinde, sonuçlanmasında asıl büyük katkıyı yapan, değerli hocam Prof. Dr. Halil Narman'a saygı ve şükranlarımı arz ediyorum. Ayrıca, bizleri sosyolojiyle, kitapla buluşturan ve bir kütüphane gibi, farklı bakış açılarıyla, derin bilgilerini, analizlerini bizlerle paylaşmaktan zevk duyan Prof. Dr. Mahmut Atay'a, tez izleme komitesindeki yardımlarından dolayı Prof. Dr. Cemalettin Çopuroğlu'na, bizlere ve tezimize gösterdiği yakın ilgi ve destekleri için Yrd. Doç. Dr. Mehmet Yalvaç'a, ruhsal hastalıklar konusunu seçip seçmemek konusundaki tereddütlerimi gideren ve bu konuyla ilgili tartışmalarımızda, verdiği bilgilerle, ilham verici, alternatif yorumlarıyla, yorumlarımıza zenginlik katan Yrd. Doç. Dr. Ömer Aytaç'a her türlü yardımlarından, desteklerinden ötürü, teşekkür ediyorum.

Alandaki çalışmalarımızın başlangıcından sonuna kadar bu tezin amacına ulaşmasında değerli katkılarda bulunan, yoğun çalışma tempolarına rağmen, hastalarla görüşme yapmamıza fırsat tanıyan, gerektiğinde, hastalara, görüşmeyle ilgili açıklamalarda bulunan, kitaplarını, kaynaklarını bizlerle paylaşan, gözlem ve önerileriyle bu konuda bizlere yardımcı olan Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi psikiyatrlarından Dr. Mustafa Namlı ve Dr. Ömer Deniz'e, en içten duygularıyla teşekkür ediyorum. Ayrıca, Elazığ Sigorta Hastanesi'ndeki çalışmalarımızda, hastalarla görüşmemize kolaylık tanıyan psikiyatr Dr. Kemal Bayır'a ve bu çalışmamıza zemin hazırlayan her iki hastanenin değerli idarecilerine en içten duygularıyla, saygı ve şükranlarımı ifade etmek istiyorum. Yine, araştırmaya başlamadan önce, hastaların genel durumlarıyla ilgili olarak gözlemlerini bizimle paylaşan ve hazırladığımız sorular hakkında, eleştirilerinden, önerilerinden faydalandığımız psikolog İsmail Argun ve Nesrin Karadağ'a, buradan, teşekkür ediyorum.

Gece gündüz demeden hastanede görev yapan, ağır sorumluluklarına, zor çalışma koşullarına rağmen, şefkatlerini emek bilen ve bizlere, hastanedeki çalışmalarımızda, her fırsatta yardımda bulunan, hastalarla yapacağımız görüşmelerimizi ayarlayan ve bu konuda bizlere öncülük eden Hale Görüşük ve Ferda Balun başta olmak üzere Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 4. ve 7. servis çalışanı hemşirelerine; ayrıca, Elazığ

**Sigorta Hastanesi Psikiyatri Servisi çalışanlarından sorumlu hemşire Sunay Gören, Suna Kendi'ye teşekkürlerimizi arz ediyorum.**

**Son olarak, bazen, çok bitkin ve halsiz olsalar da, bütün içtenlikleriyle, bizlere iç dünyalarının kapılarını açan ve bu araştırmanın sonuçlanmasına katkıda bulunan depresyon hastalarına sağlık ve şifa dilerken, yaptığımız görüşmelerde, gösterdikleri sabır ve hoşgörüden ötürü kendilerine teşekkür ediyorum.**

**Elazığ**

**Mayıs-2003**

**M.Ruhat YAŞAR**





**ÖZET****Doktora Tezi****Depresyonun Sosyolojik Açıdan İncelenmesi****M.Ruhat YAŞAR****Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü****Sosyoloji Ana Bilim Dalı**

Şimdiye kadar, genel olarak sadece, psikolojik ve psikiyatrik bir hastalık olarak değerlendirilen depresyonun, gerek nedenleri ve gerekse sonuçları itibariyle ekonomik, ruhsal maliyeti yüksek olan sosyal bir problem olduğunu söyleyebiliriz. Ülkemizde ve araştırma evrenimizde, sürekli arttığı tespit edilen bu hastalığın, sosyal-ekonomik yapıyla karşılıklı ilişkileri vardır. İntihar olgusunda en büyük paya sahip olan bu hastalığın, ümitsizlik, çaresizlik ve yabancılaşmayla iç içe geçen görünümü, sosyal yapı ve sosyal çözülme bağlamında sosyolojik bir analizi gerekli kılmaktadır. Bu anlamda, cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, kişilik, zihniyet-dindarlık, sosyal sınıf, meslek, gelir durumu, aile geçmişi ve aile yapısı, evlilik ilişkileri, coğrafi köken ve ikâmet yeri, göç, sosyal hareketlilik ve sosyal ilişki düzeyi gibi çeşitli sosyo-ekonomik değişkenlerin, depresyonla yakından ilgili olduğu tespit edilmiştir.

Bu çalışma, Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde ve Sigorta Hastanesi Psikiyatri Bölümü'nde yatarak tedavi gören depresyon hastaları üzerinde yapılmıştır. Anket ve mülâkat yaparak görüştüğümüz 100 hastanın 58'ini erkekler, 42'sini ise, kadınlar oluşturmaktadır. Görüştüğümüz kişilerin büyük kısmını orta yaştaki evliler oluşturmaktadır. Çoğunluğu, alt sosyo-ekonomik düzeydeki düşük eğitilmiş kişilerden oluşan bu hastaların, sosyal köken itibariyle de, alt tabaka ailelerden geldiklerini ve genel olarak şehirde ikamet ettiklerini söyleyebiliriz. Araştırmamızda, hastaların genel olarak iki sorun nedeniyle depresyona girdiklerini söyleyebiliriz. Bu iki genel sorun, aile huzursuzluğu ve ekonomik sorunlardır. Hastaların çoğunun, bu iki sorunu ve bu sorunların sonucu olan farklı sıkıntıları, ağırlığı kişiden kişiye değişse de, genelde iç içe geçmiş sorunlar olarak birlikte yaşadıklarını, yani bu sorunların sadece, biriyle karşı karşıya olmadıklarını söyleyebiliriz. Ayrıca, hastaların yaşadıkları bu sorunlarının,

genelde çocukluk yıllarına kadar götürülebilecek bir süreklilik taşıdığını ifade edebiliriz. Geçmişte, aile içi huzursuzluklara, çatışmalara ve baskılara şahit olan hastaların, bugün de ailelerinde, aşağı yukarı aynı sorunları tekrar yaşadıklarını veya bu sorunlarına, ayrıca, farklı sorunların eklendiğini söyleyebiliriz. Aile içi sorunlar ise, genelde, ekonomik sorunlarla iç içe olup, iletişimsizlik, geçimsizlik ve terk etme sorunundan, boşanma ve aldatmaya kadar uzanan bir dizi sorunu kapsamaktadır. Yine, geçmişte, maddi sıkıntılar nedeniyle sorunlar yaşayan hastaların da, aynı şekilde bugün, alt sınıf üyesi olmanın sorunlarıyla karşı karşıya kaldıklarını ifade edebiliriz. Hastaların yaşadıkları ekonomik sorunlar ise, genelde yapısal sorunlarla ilgili olup, işsizlikten, aşırı borçlanma ve para sıkıntısına, dolandırılma, iflas ve hacizden çalışma sorunlarına kadar uzanan ciddi sorunlardır. Genel olarak, hastaların ağır nitelikteki birden fazla sosyo-ekonomik sorunu aynı anda ve kronikleşecek kadar sürekli olarak yaşamaları, onların tükenerek depresyona girmelerinde önemli bir rolü olmuştur. Bu ciddi sorunlarına rağmen sosyal destekten yoksun ve yalnız olmaları, onların hastalanmaları üzerinde etkili olmuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Depresyon, sağlık-hastalık, sosyal ilişki, sosyo-kültürel yapı, toplumsal hareketlilik, göç, sosyal sınıf, aile, evlilik, anomi, yabancılaşma.

**ABSTRACT****Ph. D. Thesis****Sociological Investigation Of Depression: Elazığ Sample****Fırat University****Institute of Social Sciences****Sociology Department**

We can assume that the depression is generally realized as only psychic and psychiatric illness up to now is a social problem of which the psychic and economic cost is high in aspect of both reasons and consequences. This illness of which increasing in our country and research field was made firm has mutual relation with socio-economic structure. This illness has the greatest portion in suiciding fact. The view of this illness which has connection with hopelessness, helplessness and alienation necessitates a sociological analyse in aspect of social structure and social disorganization. In this sense, it has been made firm that same socio-economic variations such as sex, age, educational level, personality, mentality-piety, social class, occupation, income, background of family and structure of family, marriage relationship, geographical origin, residence, migration, social mobility and the level of social relation have connected closely with depression.

This study has been practiced on the depressive patients having been cured in Elazığ Mental Hospital and Psychiatry service of S.S.K. Hospital. 58 of the 100 patients who we have talked with by survey and interviewing were male and 42 of them were female. Most of people who we interviewed consist of married in middle age. We can say the most of this patients consisting of lower educated people coming from low socio-economic status have originated from low stratum families in aspect of social extraction and are generally living in cities. In our study, we can convey that patients generally become ill due to two general problems which are the family trouble and economical problems. We can utter that most of the patients are experiencing this two problems and troubles results of these problems as generally mixed each other. That is, they don't come face to face with only one of these problems. In addition, we can convey that these problems experienced by patients generally have continuity since their childhood. We can say express that these patients who experienced the troubles, conflicts and pressures in family have been still experiencing the same problems today

and different problems have been added to present problems. The problems in family generally become together with economical problems and involve a lot of problems such as lack of communication, discord, abandoning, deceiving and divorcing. We can express that the patients who had economic difficulties in their background at the same time, face to face with the troubles of belonging to low class, today. The economic problems that patients have experienced were joblessness, to be get in to debt, money trouble, to be swindled, insolvency, seizure and working problems related with structural affair. Broadly, their experiencies related with a lot of serious socio-economic problems in simultaneously play an important role on their becoming ill by being exhausted. In spite of their heavy problems, them to be lack of social support and be alone have been effective on their depressive disorders.

**Key Words:** Depression, health-illness, social relation, socio-cultural structure, social mobilite, migration, social class, family, marriage, anomie, alionation.

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
<b>ÖNSÖZ</b> .....	I
<b>ÖZET</b> .....	III
<b>ABSTRACT</b> .....	V
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	VII
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	X
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Sosyolojinin Konusu.....	11
1.2. Sosyoloji ve Diğer Disiplinler.....	16
1.3. Medikal Sosyoloji.....	20
1.4. Ruhsal Sağlık ve Hastalık Kavramı.....	25
<b>2. TEORİK ÇERÇEVE</b> .....	28
<b>2.1. Ruhsal Hastalık Teorileri ve Depresyon</b> .....	28
<b>2.2. Bazı Psikolojik Teoriler</b> .....	30
2.2.1 Bilişsel Teori.....	30
2.2.2. Davranışçı Teori.....	35
2.2.3. Psikodinamik Teori.....	37
2.2.4. Kaos Teorisi.....	39
<b>2.3. Sosyolojik Teoriler</b> .....	40
2.3.1. Sosyal Çatışma Teorisi.....	40
2.3.1.1. Sosyal Sınıf Teorisi.....	44
2.3.2. Fonksiyonalist Teori.....	48
2.3.2.1. Anomi Teorisi.....	53
2.3.3. Sembolik Etkileşim Teorisi.....	56
2.3.3.1. Sosyal Öğrenme Teorisi.....	58
2.3.3.2. Sosyal Sapma ve Etiketleme Teorisi.....	60
2.3.3.3. Kişiler Arası İlişkiler ve Sosyal Alışveriş Teorisi.....	66
2.3.4. Stres ve Zedelenebilirlik Teorisi.....	68
<b>3. DEPRESYON KAVRAMI VE TARİHÇESİ</b> .....	75
3.1. Depresyonun Tanımı ve Belirtileri.....	75
3.2. Depresyonun Türleri.....	78
3.3. Tarihsel Açıdan Ruhsal Hastalıklar ve Depresyon.....	81
3.4. Selçuklu'lardan Günümüze, Ruhsal Hastalıklar ve Tedavileri.....	89

<b>4. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ.....</b>	<b>91</b>
4.1. Araştırmanın Konusu ve Amacı.....	95
4.2. Araştırma Yerinin Seçilmesi.....	96
4.3. Araştırmanın Evreni.....	97
4.4. Örneklemenin Seçimi.....	98
4.5. Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.....	100
<b>5. BULGULAR VE DEĞERLENDİRME.....</b>	<b>102</b>
<b>5.1. Depresyon Hastalarının Genel Özellikleri.....</b>	<b>102</b>
5.1.1. Depresyon ve Cinsiyet .....	102
5.1.2. Depresyon ve Yaş.....	106
5.1.3. Depresyon ve Medeni Durum.....	111
5.1.4. Depresyon ve Kişilik.....	114
<b>5.2. Sosyo-Demografik Özellikler ve Depresyon.....</b>	<b>134</b>
5.2.1. Yerleşim Yeri ve Depresyon.....	134
5.2.2. Göç ve Depresyon.....	140
5.2.3. Yalnızlık, Ayrılık ve Depresyon.....	146
<b>5.3. Sosyo-Ekonomik Özellikler ve Depresyon .....</b>	<b>152</b>
5.3.1. Sosyal Sınıflar ve Depresyon.....	152
5.3.2. Meslek, Çalışma Ortamı ve Depresyon.....	162
5.3.3. Aile Yapısı ve Depresyon.....	168
5.3.4. Evlilik Yaşamı ve Depresyon.....	178
5.3.5. Sosyal Destek ve Depresyon.....	193
5.3.6. Sosyal Yapı Bağlamında Depresyonun Sebepleri.....	197
<b>5.4. Depresyon ve Sosyo-Kültürel Yapı.....</b>	<b>209</b>
5.4.1. Dünya Görüşü, Dindarlık ve Depresyon.....	209
5.4.2. Anomi ve Depresyon.....	230
5.4.3. Yabancılaşma ve Depresyon.....	241
5.4.4. Boş Zamanlar ve Depresyon.....	257
5.4.5. Ümitsizlik ve Depresyon.....	273
5.4.6. Alkol Kullanımı ve Depresyon.....	279
5.4.7. Ölüm Düşüncesi ve Depresyon.....	282
5.4.8. Yas ve Depresyon.....	294
5.4.9. Depresyon ve İntihar.....	303

<b>5.5. Hastaların Şifa Arayışları.....</b>	<b>327</b>
5.5.1. Geleneksel Tedavi Arayışları.....	327
5.5.2. Tıpsal Tedavi Arayışları.....	336
<b>6. ÖRNEK OLAYLAR.....</b>	<b>351</b>
6.1. Örnek Olay 1 (ÖO1).....	351
6.2. Örnek Olay 2 (ÖO2).....	355
6.3. Örnek Olay 3 (ÖO3).....	359
6.4. Örnek Olay 4 (ÖO4).....	363
6.5. Örnek Olay 5 (ÖO5).....	365
6.6. Örnek Olay 6 (ÖO6).....	371
6.7. Örnek Olay 7 (ÖO7).....	374
6.8. Örnek Olay 8 (ÖO8).....	378
6.9. Örnek Olay 9 (ÖO9).....	381
6.10. Örnek Olay 10 (ÖO10).....	384
<b>7. GENEL DEĞERLENDİRME, SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>387</b>
<b>8. KAYNAKLAR.....</b>	<b>437</b>
<b>9. EKLER.....</b>	<b>452</b>
9.1. Anket Formu.....	452
9.2. Araştırmayla İlgili İzin Belgeleri.....	465
9.3. Özgeçmiş.....	469

## TABLOLAR LİSTESİ

	<b>Sayfa</b>
<b>Tablo 1:</b> Hastaların Cinsiyetlere Göre Dağılımları.....	102
<b>Tablo 2:</b> Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yaş Dağılımları.....	106
<b>Tablo 3:</b> Hastaların Cinsiyetlerine Göre Medeni Durumlarının Dağılımı.....	111
<b>Tablo 4:</b> Ailelerin, Çocukluk Yıllarındaki Hastalara Yönelik Tutumlarıyla Hastaların Kendi Kişiliklerine Yönelik İfadelerinin Dağılımı.....	118
<b>Tablo 5:</b> Hastaların Doğru Bildiklerini Yapabilmelerinde Kendilerine Olan Güvenlerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	120
<b>Tablo 6:</b> Hastaların Örf ve Âdetlerin Değişmesiyle İlgili Görüşlerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	123
<b>Tablo 7:</b> Hastaların Bir Haksızlık Durumundaki Davranışlarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	125
<b>Tablo 8:</b> Hastaların Bir Haksızlık Anında Gösterdikleri Davranışların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	128
<b>Tablo 9:</b> Hastaların Utanma Duygularıyla İlgili İfadelerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	130
<b>Tablo 10:</b> Hastaların Başkalarıyla İlgili Sorunlarını Çözebilme Davranışlarının Cinsiyetlere Göre Dağılımları.....	132
<b>Tablo 11:</b> Hastaların İkamet Yerlerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.....	134
<b>Tablo 12:</b> Hastaların Yaşadıkları Yerlere İlişkin Düşüncelerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.....	136
<b>Tablo 13:</b> Hastaların Çoğunlukla Yaşadıkları Yerlerle, Şu Anda İkamet Ettikleri Yerlerin Dağılımı.....	141
<b>Tablo 14:</b> Hastaların Göç Sebepleri ve Göçten Sonra Karşılaştıkları Sorunların Dağılımı.....	142
<b>Tablo 15:</b> Daha Önce Ailesinden Ayrı Kalan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	147
<b>Tablo 16:</b> Hastaların Şu Anda Birlikte Kaldığı Kişiler.....	148
<b>Tablo 17:</b> Yakınlarından Ayrı Olan Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımları.....	149



<b>Tablo 18:</b>	Hastaların Cinsiyetlerine Göre Arkadaşlık İlişkilerinin Dağılımları.....	150
<b>Tablo 19:</b>	Hastaların Gelir Düzeylerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.....	153
<b>Tablo 20:</b>	Hastaların Eğitim Durumlarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	155
<b>Tablo 21:</b>	Hastaların Son Zamanlarda Yaşadıkları Ekonomik Problemlerin Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	157
<b>Tablo 22:</b>	Hastaların Mesleki Dağılımları.....	162
<b>Tablo 23:</b>	Hastaların Meslekleriyle İlgili Problemleri.....	166
<b>Tablo 24:</b>	Hastaların Cinsiyetleri Açısından Ailelerinden Gördükleri Tutumların Dağılımı.....	168
<b>Tablo 25:</b>	Aile Üyeleriyle Geçinemediklerini Belirten Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.....	169
<b>Tablo 26:</b>	Hastaların Cinsiyetleri Açısından Ailelerinden Gördükleri Tutumların Dağılımı.....	170
<b>Tablo 27:</b>	Hastaların Cinsiyetlerine Göre Kardeş Sayılarının Dağılımları.....	174
<b>Tablo 28:</b>	Çocukluk ve Gençlik Yıllarında Sarsıcı Olaylar Yaşayan Hastaların Depresyon Sebeplerine İlişkin İfadelerinin Dağılımı.....	176
<b>Tablo 29:</b>	Eşle Tartışma Sıklığının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	178
<b>Tablo 30:</b>	Hastaların Cinsiyetlerine Göre Birlikte Kaldıkları Kişilerin Dağılımları.....	179
<b>Tablo 31:</b>	Eşle Tartışma Nedenlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	181
<b>Tablo 32:</b>	Eşle Tartışma Sıklığının Evlenme Şekline Göre Dağılımı.....	182
<b>Tablo 33:</b>	Evlilikle İlgili Problemlerin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	183
<b>Tablo 34:</b>	Hastaların Depresyon Sebeplerine İlişkin İfadelerinin Çocukluk ve Gençlik Yıllarında Yaşadıkları Sarsıcı Olaylara Göre Dağılımları.....	184
<b>Tablo 35:</b>	Hastaların Öğrenim Durumlarının Eşlerinin Öğrenim Durumları Açısından Dağılımları.....	186
<b>Tablo 36:</b>	Hastaların Evlenme Yaşlarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.....	187

<b>Tablo 37:</b>	Ailesinde Alkol Kullanılan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	187
<b>Tablo 38:</b>	Eşle Tartışma Sıklığının Ailede Alkol Kullanan Kişilere Göre Dağılımı.....	188
<b>Tablo 39:</b>	Hastaların Kardeş Sayılarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.....	190
<b>Tablo 40:</b>	Hastaların Sahip Oldukları Çocuk Sayılarının Cinsiyetlerine Göre dağılımları.....	192
<b>Tablo 41:</b>	Arkadaşlık ve Dostluk İlişkilerinin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	194
<b>Tablo 42:</b>	Geçmişte Yaşanan Sarsıcı Olayların Cinsiyete Göre Dağılımları.....	201
<b>Tablo 43:</b>	Çocukluk ve Gençlik Yıllarında Sarsıcı Olaylar Yaşayan Hastaların Depresyon Sebeplerine İlişkin İfadelerinin Dağılımı.....	202
<b>Tablo 44:</b>	Hastaların Depresyon Sebeplerine İlişkin Cinsiyete Göre Dağılımları.....	203
<b>Tablo 45:</b>	Hastaların Son Zamanda Yaşadıkları Ekonomik Sorunların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	205
<b>Tablo 46:</b>	Hastaların Son Dönemlerdeki Üzüntü Sebeplerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	206
<b>Tablo 47:</b>	Hastaların Kendini Ait Hissettiği Grupların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	212
<b>Tablo 48:</b>	Hastaların Kendileriyle İlgili Değerlendirmelerinin İnançla İlgili Davranışları Açısından Değerlendirilmesi.....	214
<b>Tablo 49:</b>	Hastaların Üzücü Olaylara Yönelik Değerlendirmelerinin Cinsiyete Göre Dağılımları.....	217
<b>Tablo 50:</b>	Hastaların Üzücü Olayları Değerlendirme Tarzlarının Kendilerini Ait Hissettiği Gruplara Göre Dağılımları.....	219
<b>Tablo 51:</b>	Hastaların İsteklerine Ulaşma Düzeyleriyle, Kendilerini Ait Hissettikleri Grupların Dağılımı.....	221
<b>Tablo 52:</b>	Hastalıkla Birlikte İnançlarda Yaşanan Değişmelerin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	223

<b>Tablo 53:</b>	Hastaların Rahatsızlıklarına İlişkin Değerlendirmelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	231
<b>Tablo 54:</b>	Hataların Geçmiş Yaşamlarından Duydukları Tatmin Düzeylerinin Cinsiyete Göre Dağılımları.....	233
<b>Tablo 55:</b>	Hastaların Gelecekleriyle İlgili Ümitlerinin Cinsiyete Göre Dağılımları.....	235
<b>Tablo 56:</b>	İnsanlara Güven Duygusunun Cinsiyete Göre Dağılımları.....	237
<b>Tablo 57:</b>	Hastaların Kendileriyle İlgili Duygularının Zikrediliş Sırasına Göre Dağılımları.....	244
<b>Tablo 58:</b>	Hastaların Depresyona İlişkin Genel Değerlendirmelerinin Cinsiyetlere Göre Dağılımları.....	246
<b>Tablo 59:</b>	Hastaların Hayatın Anlam ve Amacına İlişkin Görüşlerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	248
<b>Tablo 60:</b>	Hastaların Arkadaşlık ve Dostluk İlişkilerinin Cinsiyete Göre Dağılımları.....	250
<b>Tablo 61:</b>	Hastaların Siyasetle İlgili Görüşlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	254
<b>Tablo 62:</b>	Boş Zamanların Değerlendirilmesinin Cinsiyetlere Göre Dağılımları.....	259
<b>Tablo 63:</b>	Hastane Öncesinde Boş Zaman Değerlendirmesinin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	261
<b>Tablo 64:</b>	En Fazla İzlenen Program Türlerinin Cinsiyete Göre Dağılımları.....	264
<b>Tablo 65:</b>	En Fazla Dinlenen Müzik Türlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	266
<b>Tablo 66:</b>	Gelecekle İlgili Düşüncelerin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	274
<b>Tablo 67:</b>	Hastaların Yönetimle İlgili Düşüncelerin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	276
<b>Tablo 68:</b>	Hastaların İnsanlara Olan Güvenlerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	278
<b>Tablo 69:</b>	Ailesinde Alkol Kullanan Kişilerin Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	279
<b>Tablo 70:</b>	Hastaların Hastalık Öncesinde, Ölümüne İlişkin Düşüncelerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	284

<b>Tablo 71:</b>	Hastaların İsteklerine Ulaşma Düzeylerinin Ölüm Düşüncelerine Göre Dağılımı.....	287
<b>Tablo 72:</b>	Hastaların Ölümle İlgili Düşüncelerinin Depresyon Sebepleri Açısından Dağılımı.....	288
<b>Tablo 73:</b>	Hastaların Hastalanmadan Önce, Ölümle İlgili Düşüncelerinin İfade Edilme Sırasına Göre Dağılımları.....	290
<b>Tablo 74:</b>	Hastaların Ölümle İlgili Düşüncelerinin İntiharla İlgili Düşüncelerinin Dağılımı.....	292
<b>Tablo 75:</b>	Yakınları Ölen Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımları.....	295
<b>Tablo 76:</b>	Hastaların Depresyon Sebepleriyle, Geçmişte, Çocukluk Yıllarında Yaşadıkları Sarsıcı Olaylar Arasındaki İlişimin Dağılımı.....	298
<b>Tablo 77:</b>	Hastaların Ölen Yakınları İle İlgili Duygularının İfade Ediliş Sıralarına Göre Dağılımı.....	300
<b>Tablo 78:</b>	Hastaların İntiharla İlgili Düşüncelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	304
<b>Tablo 79:</b>	Hastaların İntiharla İlgili Düşüncelerinin Depresyon Nedenleri Açısından Dağılımı.....	305
<b>Tablo 80:</b>	Hastaların İntiharla İlgili Düşüncelerinin Eşleriyle Tartışma Sıklığına Göre Dağılımı.....	306
<b>Tablo 81:</b>	Hastaların İntiharla İlgili Düşüncelerinin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.....	307
<b>Tablo 82:</b>	Hastaların İnsanlara Duydukları Güvenin Geçmişte Yaşadıkları Olaylara Göre Dağılımı.....	309
<b>Tablo 83:</b>	Hastaların Yetiştikleri Aile Ortamlarının İntihara İlişkin Düşünceleri Açısından Dağılımı.....	310
<b>Tablo 84:</b>	Ailede Alkol Kullanımıyla Hastaların İntihar Düşünceleri Arasındaki İlişkinin Dağılımı.....	311
<b>Tablo 85:</b>	İntihar Etmekten Alıkoyan Nedenlerin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	312

<b>Tablo 86:</b>	Hastaların İntihar Düşüncelerinin Aile Genişlikleri Açısından Dağılımı.....	313
<b>Tablo 87:</b>	İntihar Düşüncelerinin Hastaların Ailelerinden Ayrı Kalmaları Açısından Dağılımı.....	315
<b>Tablo 88:</b>	İntiharla İlgili Düşüncelerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	316
<b>Tablo 89:</b>	Hastaların İntiharla İlgili Düşüncelerinin Mesleklere Göre Dağılımı.....	318
<b>Tablo 90:</b>	İntihar Girişimlerinin Ekonomik Sıkıntılara Göre Dağılımları.....	320
<b>Tablo 91:</b>	Hastaların İntiharla İlgili Düşüncelerinin Geleceğe İlişkin Ümitleri Açısından Dağılımı.....	322
<b>Tablo 92:</b>	Hastaların Geçmişle ilgili Düşünceleri ve İntihar Düşünceleri Arasındaki İlişkinin Dağılımı.....	323
<b>Tablo 93:</b>	Üzücü Olayları Yorumlama Tarzının İntihar Düşünceleri Açısından Dağılımı.....	324
<b>Tablo 94:</b>	Hastaların İntihar Düşüncelerinin İkamet Yerleri Açısından Dağılımı.....	326
<b>Tablo 95:</b>	Hastaların Geleneksel İyileştiricilere Başvurularıyla İlgili Memnuniyetlerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	328
<b>Tablo 96:</b>	Hastaların Yakınlarının Rahatsızlıklarla İlgili örüşlerinin Cinsiyete Göre Dağılımları.....	331
<b>Tablo 97:</b>	Hastaların Hastaneyle İlgili Görüşlerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.....	333
<b>Tablo 98:</b>	Hastalığın İlk Anlarındaki Çözüm Arayışlarının Cinsiyetlere Göre Dağılımları.....	337
<b>Tablo 99:</b>	Hasta Yakınlarının Hastalık Sebebine İlişkin Yorumlar.....	339
<b>Tablo100:</b>	Hastaların Depresyonla İlgili Bilgilerinin Eğitim Durumları Açısından Dağılımı.....	341
<b>Tablo101:</b>	Hastaların Tedavi Öncesinde, Hastaneye Gelmeyle İlgili Düşüncelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	342

<b>Tablo102 :</b> Hasta Yakınlarının, Rahatsızlıkla İlgili Düşüncelerinin Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	343
<b>Tablo103:</b> Hastane Şartlarıyla İlgili İfadelerin Cinsiyetlere Göre Dağılımları.....	346
<b>Tablo104:</b> Hastaların İlaç Kullanma Sürelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	348



## 1. GİRİŞ

Bugün, bütün ulusların ana sorunlarından biri, beden, ruh sağlığı yerinde ve sosyo-kültürel çevreye kolayca uyum sağlayabilen yurttaşlar yetiştirmektir. Çünkü, bir ülkenin insan gücünü yeterince değerlendirerek ilerlemesi ve kalkınması, buna bağlıdır. Günümüzde, ruhsal sağlık konusu, toplumun, önemli ve ciddi bir meselesi olarak değerlendirilmektedir. “İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi”, insanların, huzur ve güven içinde mutlu olmalarına vurgu yaparak, toplumsal ve ekonomik yapının ruhsal sağlıkla yakından ilgili olduğunu belirtmektedir. Sağlıklı bir zihin, toplumsal yapının iyi örgütlenmiş olmasına bağlıdır. Toplumsal değerleri ve normları, toplumsal örgütlemenin bir parçası olarak değerlendiren Durkheim de, toplumsal örgütlenmenin, yabancılaştırıcı olmaktan ziyade, zihin sağlığı için yararlı olduğunu ve toplumsal sağlıkla zihinsel sağlığın birbirlerini tamamladıklarını ve iyi düzenlenmiş (normatif olarak düzenlenmiş) bir toplumun, bu açıdan önemli olduğunu ifade eder (Bottomore v.d., 1990: 226).

İnsanların dengeli olabilmeleri, yaşadıkları toplumun insancıl bir takım değerlere, duygulara sahip olmasına bağlıdır. Halbuki, günümüzde duyulan ve karşılaşılan olaylar insanı güvensiz, kaygılı, şüpheli ve mutsuz yapmaktadır. İnsanın mutsuzluğu kadar mutluluğu da, içinde birlikte yaşadığı diğer insanların mutluluğuna bağlıdır. Bu gerçek, mutluluğu veya depresyonu, sosyal diye nitelendirmemizin önemli bir sebebini oluşturmaktadır. Milyonlarca insanın huzursuz, yoksul, cahil ve şiddete şahit olduğu bir toplumda, insanın ruh sağlığını koruyabilmesi düşünülemez. Bunlara ilaveten, ilgi ve algı alanımızın, medyanın kötü haberlere endekslenen ticari kaygılarına esir düştüğü bir toplumda, kaygının çağımıza adını vermesi şaşırtıcı olmasa gerek.

Sosyolojinin ilk ortaya çıkışını, sanayi devrimi sonrasında, toplumu derinden sarsan ve artarak devam eden, sosyal hareketlilik, göç, kentleşme, suç, intihar gibi çeşitli yaşam sorunlarının, sapmalarının yarattığı, sosyal bunalım ve problemlerle birlikte hatırlayabiliriz. Bu bakımdan, her ne kadar, insanların, huzurlu olmaları ve toplumca ilerlemeleri, beden ve ruh sağlığının iyi olmasına bağlansa da, ruhsal hastalıklar, ilerlemenin bir bedeli olarak da değerlendirilebilir. Sosyal problem, psikolojik veya sosyolojik nedenlerle ortaya çıkan ve yine, aynı nitelikte sonuçları olan, toplumun önemli bir kısmınca, sosyal yapıyı tehdit ettiğine inanılan ve çözümünü



konusunda, toplumsal olarak bir şeyler yapılabileceğine inanılan sorunlardır (Ritzer, 1986: 6).

Bireysel düzeyde de olsa, yaşanan sorunları, sosyolojik bir düzeyde izah etmenin önemi ve gereği açıktır. Mills'e göre insanlar, yaşadıkları olayları, şahsen hissettiklerinden, bu şahsileştirme temayülü nedeniyle, sorunlarını toplumsal çerçevede düşünüp değerlendirememektedirler (Coulsan, 1991 : 33). Toplumda yaşanan çeşitli problemlerin, sosyal kaynaklı değil de, ruhsal kaynaklı olarak görünmesinin başka bir nedeni de, psikolojinin tarihsel olarak, sosyolojiden önce oluşu ve sosyolojinin, yeterince gelişmemiş olmasıdır diye düşünüyoruz. Mills'e göre, bir sorunun kişisel bir problem olup olmadığını anlayabilmek için birtakım kriterlere bakmamız gerekmektedir. Eğer, bireyin yaşadığı sorun, onun ferdi kabiliyetine bağlı olmayan ve toplumun büyük bir kesimi tarafından yaşanan bir sorunsu, bunu, bireysel durumlarla açıklayamayız (Sezal, 1991: 32-33). Buna benzer şekilde, bizler de, grubun ve toplumun örgütlenme tarzına baktığımızda, bireylerin ruhsal sağlıklarını bozan sorunların, ferdi bir problem olmaktan çıktığını ve toplumsal bir nitelik kazandığını görebiliriz.

Bilindiği gibi, sosyal bir olgunun işlevi, yine toplumsal bir nitelik taşır. Bireyin toplumsal hayata gösterdiği bir reaksiyon olarak değerlendirebileceğimiz depresyonu, "sosyal" diye niteleyebilmemizin bir diğer sebebi de, onun, sosyal ve ekonomik sonuçlara sahip olmasındandır. Ruh hastalığını ve depresyonu toplumsal olarak nitelendirmenin bazı nedenlerini, kısaca, şu şekilde sıralayabiliriz:

- 1-Ruhsal sorunlar, nüfusun önemli bir kısmını kapsamaktadır. Toplumda, her üç kişiden birinin, ruhsal sorunlardan yakındığı sanılmaktadır (Arıkan v.d., 1996: 10).
- 2-Çeşitli toplumsal kurumlarla, ruhsal hastalıklar arasında, karşılıklı ilişkiler olup, bunların birinde meydana gelen sarsıntı, diğerinde sarsıntı yaratmaktadır.
- 3-Ruh hastalığı, yalnızca, birey açısından değil, sosyal ve ekonomik açıdan da oldukça yüksek maliyetlidir. Ruh hastası, üretkenliği azaldığı için, toplam verimlilik açısından, önemli bir kayıptır. Ayrıca, ruhsal hastalıkların, toplumsal ilişkileri bozucu etkileri vardır.



4-Toplumdaki mevcut kaynaklar, ruh hastalıklarını önleme, tedavi etme ve izlemede, büyük önem taşır. Öte yandan, bu alandaki mevcut kurum ve personeller de yetersiz ve toplum içinde dengesiz bir şekilde dağılmıştır.

5-Ruhsal bozuklukların yaygınlığına karşın, bu bozuklukları tedavi etmek için gerekli kaynakların yetersizliği, sosyal sistemin bozulmasına yol açabilecek niteliktedir.

6-Ruh hastalığının prevalansı, toplumun farklı kesimlerinde farklı olarak görülmektedir. Yani toplumun alt tabakalarındaki insanlarla, üst tabakasındaki insanların, farklı ruhsal hastalıklar geliştirdikleri ifade edilmektedir (Arıkan v.d., 1996: 10).

7-Aşırı nüfus artışı, yoksulluk, sınıflar arası uçurumlar, adaletsizlikler, ırk ayırımı, savaşlar, terör, coğrafi ve sosyal hareketlilikler, çarpık kentleşme, işsizlik, anomi, yabancılaşma, iletişim sorunları, aile ve evlilik çatışmaları, kuşaklar arası anlaşmazlıklar, otomasyon, gibi çeşitli toplumsal sorunlar, ruhsal sorunların oluşumunu etkilemektedir.

8-Bu hastalıkların tedavisinde, klinik bakımın yanında, toplum içerisindeki bakımın ve koruyucu sağlık açısından, toplumsal etmenlerin, önlemlerin önemi oldukça büyüktür (Arıkan v.d., 1996: 10).

Dikkat edilirse, yukarıda sosyal problem bağlamında sunulan bu açıklamalar, depresyonun ve diğer ruhsal problemlerin, toplumsal yapı açısından değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır. Ruhsal sağlıkla ilgili yayınların artmasının ve toplumdaki bilgi, bilinç düzeyindeki gelişmelerin yanı sıra, ruhsal sorunların, toplumu rahatsız edecek kadar artması ve ayrıca, kadercilik bakış açısındaki değişimler, depresyon gibi diğer ruhsal hastalıkların, sosyal bir problem olarak algılanmasını etkilemiştir.

Sosyoloji, bir anlamda, sosyal problemlerin bilimi olarak, bilim sahnesine çıkmıştır. Sosyal düzen nosyonunu, ilerlemenin ön koşulu olarak gören A.Comte gibi, ilk ABD sosyologları da, toplumun sosyal problemlerini çözebilmeyi hedeflemişlerdir. İlginçtir ki, bu sorunları ele alan sosyologların, toplumsal problemleri yaratan kişiler üzerinde durdukları ve bu kişileri de, bir nevi, ruh hastası olarak değerlendirdikleri görülmektedir. Bu dönemlerde, sosyal sorunlarla ilgili olarak, herkesin farklı düşüncelere sahip olmakla birlikte, söz konusu sosyal problemlerin, bizzat toplumsal

yapı içinde aranması gerektiği konusunda fikir birliği içinde oldukları ifade edilmektedir. Bir anlamda, önceleri, kabahatli ve suçlu kişiler olarak görülen bu sorunlu insanların ve onların sapkın davranışlarının ele alındığını, daha sonraları ise, bu sosyal sorunların, daha gerçekçi ve sistematik olarak değerlendirilebilmesi için, fertler yerine, kurumların hastalıklı, sorunlu olarak değerlendirildiğini görüyoruz (Rubington, 1971: 37).

Avrupa'da ve ABD'deki sosyologların, bugün olduğu gibi, geçmişte de, daha çok acı çeken, bir dereceye kadar da hasta olarak görülen bireylere ve sonra da bu hastalıkların sebebi olarak değerlendirilen, sosyal yapıya ilişkin kanaatler geliştirdiklerini ifade edebiliriz. Bunun yanı sıra, 20.y.y'da sosyolojiyi, insanlara yardım etmenin bir aracı olarak düşünen sosyologların, sosyal problemler üzerinde yoğunlaşarak, bu konuda gösterdikleri çabalarla, devlet politikalarını yönlendirdiklerini görüyoruz (Rubington, 1991 : 37).

Toplum içerisinde olduğu gibi, ruhsal hastalıklar içerisinde de, en yaygın ve sürekli olarak artan hastalık, depresyondur. Birleşmiş Milletler, dünya ölçeğinde yapılan sağlık başvurularının dörtte birinin, zihinsel rahatsızlıklardan duyulan şikayetlerden oluştuğunu belirtmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, sağlıkla ilgili olarak yaptığı çalışmalarında, dünyadaki genel sağlık hekimlerinin, ruhsal rahatsızlıklarla ilgili teşhislerin yarısından fazlasının, hatalı olduğunu ve daha da kötüsü ise, doğru tanı koyan hekimlerin, uygun reçete düzenleme konusunda, sürekli başarısızlığa uğradıklarını belirtmiştir (Sayar, 2000: 91). İfade edildiğine göre, depresyonu ve ruhsal bozukluğu olanların oranı, sanıldığından ve hastaneye başvuranlardan, kat kat daha fazladır. Hemen hemen her yaş döneminde ortaya çıkabilen bu hastalığın, son 5 yılda, yaklaşık olarak, 10-20 kat arttığı ifade edilmektedir (Çelikkol, 2001: 216-217).

Son çeyrek yüzyılın, depresyon ve stres çağı olarak adlandırıldığı bilinmektedir. Günümüzde, hastanede yatan psikiyatrik hastaların %75'ini, depresyonlu hastalar oluşturmaktadır. Üstelik, intihar edenlerden, %50 ile %70'inin, daha önce, depresyon geçirdikleri tahmin edilmektedir. Özellikle, genç yaşlardaki prevalans artışına dikkat çeken araştırmacılar, melankolik adı verilen bu çağda, Türkiye'deki hasta oranının, sanıldığından üstünde olduğunu belirtmektedirler. Türkiye'deki çoğu depresyonlu hastanın (%60), bedensel yakınmalarla, sağlık kuruluşlarına başvurdukları bilinmektedir. Bu bağlamda, yaşanan tanı sorunları, sadece, hasta oranlarının, sanılanın

daha üstünde bir oranı oluşturduğunu, ifade etmemekte, aynı zamanda, ciddi sağlık ve kaynak sorunları yaşandığını da göstermektedir (Özmen v.d., 1997: 94-95). Bununla birlikte, halkımızın, kültürümüzün acıya, hüzne yönelik bakış tarzının ve ayrıca, birincil sağlık hizmetlerinin, bu yöndeki eksiklerinin de etkisiyle hafif, maskeli depresyon türlerinin tanınmasındaki zorluklar, depresyonun, rakamlara yeterince yansımaları engellemektedir. Gerçekten de depresyonun, halkımız arasında, tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak görülmediği, bazen günahlarının bedeli, bazen sevaba götüren bir aşama olarak normalleştirildiği görülmektedir. Bu anlamda, depresyonun bir toplumdaki yaygınlığını, sıklığını ve gelecekteki yansımalarını araştıran epidemiyolojik araştırmalardaki istatistiki verilerin bile, toplumsal, ekonomik yaşamın gidişatına göre değişen bu buzdağının, sadece, görülen kısmı olduğunu söyleyebiliriz.

Türkiye’de, depresyon epidemiyolojisi ile ilgili çeşitli araştırmalar yapılmış olmakla birlikte, bu araştırmaların oldukça yetersiz olduğu ifade edilmiştir. Ülkemizdeki araştırmalarda, klinik düzeyde depresyon yaygınlığı %10, toplum içerisinde yardım gerektiren hastaların oranının ise, %20’nin de üzerinde olduğu tahmin edilmektedir (Küey, 1995: 23-25). Ülkemiz nüfusunun beşte birini oluşturan bu oran, yaklaşık 12 milyon hasta anlamına gelmektedir. Bu kadar çok sayıdaki hastanın, katlanmak zorunda kaldıkları bu rahatsızlıklarının üçte birinin kronikleştiği ve %60’nın da yinelenmediği düşünülürse, bir sapma olarak nitelendirebileceğimiz ruhsal rahatsızlıkların, sosyal ilişkiler ve sosyal yapı açısından, ne kadar ciddi olduğu tahmin edilebilir. Çünkü, başta aile olmak üzere, çeşitli sosyal çevrelerde, depresif hastalarla kurulan sosyal ilişkilerin, suçluluk duyguları ve vicdan azabı yaratarak, tükenme duygularına neden olduğu ve bunun da, depresif, anomik, yabancılaştırıcı bir sosyal süreci tetiklediği söylenebilir.

Adana Ruh Hastalıkları Hastanesi Başhekim Yardımcısı Hamza Avcı, yaptığı bir açıklamada, “mevcut sosyo-ekonomik şartların, her insanın ruh sağlığını bozabilecek nitelikte olduğunu” belirtmektedir. Bununla birlikte, ruhsal hastalıkların, ekonomide ve sağlık kaynakları üzerinde yarattığı yükün de, hayli ağır olduğu unutulmamalıdır. Yaşanan ekonomik sıkıntılar nedeniyle, İstanbul Bakırköy ve Adana Ruh Sağlığı Hastanesi’ne başvuranların sayısının, %200 oranında arttığı ve giderek derinleşen psikolojik krizin, Türkiye’ye maliyetinin ise, 3,5 milyar dolar civarında olduğu tahmin edilmektedir. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Başhekimisi Doç.Dr.Arif Verimli de,

kendisiyle yapılan bir röportajda, ekonomik sorunların, artan işsizlik, göç, hızlı kentleşme ve bireysel yalnızlık oranlarının neden olduğu psikiyatrik bozuklukların, büyük sorunlar oluşturduğunu vurgulamaktadır (Zaman, 20 Mart 1999). Örneğin, yapılan bir çalışmada, sağlık hizmetlerini en fazla kullanan hastaların, %40'ını ruhsal hastalar, bunların %60'ını ise, depresyon hastaları oluşturmaktadır. Ayrıca, bu ağır tablo, sadece, şehirlerin sorunu olmayıp, kırsal kesimlerin de sağlık başvurularında, ciddi bir oranı oluşturmaktadır. Bu konuyla ilgili olarak, Dünya Sağlık Örgütü'nün, birçok ülkeyi kapsayan çalışmalarının Türkiye'yi ilgilendiren kısmında, Ankara'nın kırsal kesiminde yapılan bir araştırmada, major depresyon rahatsızlığının, %11'lik oranıyla, üst solunum yollarından sonra, ikinci sırayı aldığı bulgulanmıştır (Sağduyu v.d., 2000: 4-12).

Araştırma yaptığımız Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin verilerinde de, yukarıda belirtilen hasta sayılarının yükselişine benzer şekilde, 1994 yılındaki krizden sonra, hasta sayısının sürekli arttığını ve son yedi yıl içerisinde de toplam olarak, %100'lük bir artış olduğunu belirtebiliriz. Bu verilerde, 1994 yılında Psikiyatri Polikliniğine başvuran toplam hasta sayısı, 9.398 ve aynı yılda, hastanede yatarak tedavi gören hasta sayısı, 2.944 (Erkek: 2.033, Kadın: 911) iken, 2001 yılında, Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran hasta sayısı, 18.616'ya, yatan hasta sayısı ise, 4.841'e ( Erkek: 3554, Kadın: 1307), yani, iki katına, ulaşmıştır (Hastane Kayıtları: 2002).

Ülkemizde, yeterli bir sosyal güvenlik ve ruh sağlığı politikalarının bulunmamasının ve bu alandaki hizmetlerin, genel temel sağlık hizmetleriyle, bütünleştirilememiş olmasının, depresyonun yanı sıra, diğer ruhsal hastalıkların da gittikçe yaygınlaşacağı kanaatini uyandırmaktadır (Küey, 1995: 30). Bu durumda, toplum içerisindeki risk gruplarının tespit edilerek, bu yönde sosyo-ekonomik politikalar üretilebilmesi için, depresyonun sosyal yapıyla ilişkilendirilerek değerlendirilmesi gerekmektedir. Dolayısıyla, ruh hastalıklarına, yalnızca, tıbbi açıdan yaklaşmanın, sorunun boyutlarını küçümsemek anlamına geldiğini, söyleyebiliriz. Bireylerin ruhsal sorunlarını çözmeye çalışırken, belki de, o sorunların oluşumunda, büyük payı olan toplumsal, ekonomik ve kültürel koşullara dikkat edilmemesi, zaman, emek ve kaynak israfının yanı sıra, istenen sonuçların alınamamasına neden olur. Bu anlamda, ruh hastalarını ilaçla tedavi etme çabaları, gerekli çevresel ve sosyo-ekonomik değişiklikler yapılmadığında, sürekli bir çözüm olamaz.

Günümüzdeki sosyal sorunların yanı sıra, ekonomik ve kültürel değerlerde yaşanan ciddi sıkıntılar, varlığını, gittikçe, daha fazla hissettirdiğinden, psikiyatrik tedavi anlayışının toplumsal boyutları, çarpıcı bir biçimde gelişmektedir. Rahatsızlıkların sosyal ve ekonomik yönü önem kazanınca, tedavi sonrası hasta bakımına ve koruyucu ruh sağlığına verilen önem, artmış ve toplum içerisindeki bakımın gerekliliğinin vurgulanmasıyla, hastaneler yerine, grup evlerinin, pansiyonların, klinikler yerine de, ev ortamında sağaltım yapabilmeyenin önemini arttırmıştır (Arıkan v.d., 1996: 10-13). Bu bakımdan, sosyal ilişkilerin, birey-toplum, birey-grup ilişkilerinin ruhsal sağlık açısından oldukça önemli olduğu söylenebilir.

Toplumun istek ve gereksinimlerinin bireye, bireyin istek ve gereksinimlerinin de topluma nasıl yansıdığı, karşılıklı isteklerin, bir çatışma oluşturup oluşturmadığı ve bu çatışmada, sosyal, ekonomik ve kültürel yapının, ne derece etkili olduğu araştırılarak, bireyin ruhsal sağlığını daha geniş bir skala üzerinde değerlendirebiliriz. Bu anlamda, sosyal, ekonomik ve kültürel yapıyı, sadece ruhsal sorunların değerlendirilmesinde bir etken neden olarak değil, aynı zamanda, ruhsal sorunlardan etkilenebilecek edilgen bir sonuç olarak da düşünmeliyiz. Gerçekten de, tedavi, bakım, önlenme ve çok yönlü izlenmesinin yetersiz kaldığı durumlarda, ruhsal hastalıkların, toplum yapısına yansarak, toplumsal bir bozukluğa yol açabileceği, hesaba katılmalıdır.

Bu bakımdan, acaba ne tür sosyal yaşantısı olanlar ve hangi değer yargılarına sahip olanlar, depresyona girmektedirler. Hangi yaş, cinsiyet, medeni durumda olanlarda ve ne tür dünya görüşü olanlarda, depresyon daha yaygındır? Sosyal tabakalaşma tarzının, sosyal yapının depresyonun yaygınlığı, niteliği ve sürekliliği üzerinde, ne tür bir etkisi vardır. Başka bir ifadeyle, depresyonun yaygın olduğu bir sosyal sınıf, meslek var mıdır? Kent veya kır kökenlilerde, nüfus dağılımı, yoğunluğu farklı olan yerlerde, değişen sosyal ilişki niteliğine göre, depresyon da, bunlara paralel olarak, farklılaşmakta mıdır? Siyasal sistemin, sosyal yapı ile kültürel yapı arasındaki gerginliğin, kültürel gecikmenin, modernleşmenin, sosyal değişme tarzının, göçün, terörün, anomî ve yabancılaşmanın, aile yapısının ve anne-baba tutumlarının, eğitim durumunun, depresyonla ne tür bir bağı olduğunu irdeleyebiliriz. Bireyin psikolojik rahatsızlık durumu ile sosyolojik anlamda, bir nevi rahatsızlık olarak bilinen anomî ve yabancılaşma arasında, sosyo-ekonomik verilerle depresyon hastalığı arasında, karşılıklı ilişkiler olup olmadığı, tespit edilebilir. Bu anlamda, ruhsal rahatsızlıklar üzerinde



durulurken, gerek sosyal ilişkiler düzeyindeki görüntüleriyle, gerekse anomik, yabancılaşmış yaşantıların bir “ideal tip” ‘i olarak depresyonu, bir süreç olarak; üretime katılamayan, mutsuz ve bu nedenle de hasta olan depresyonlu insanları da sosyolojik bir kategori olarak ele alabiliriz.

Belli bir kültürde, ruhsal hastalıkların sık sık ortaya çıkması, insanların yaşadığı koşullarda ve onların sosyalleşmelerinde bir şeylerin ciddi ölçüde yanlış gittiğinin göstergesi olarak düşünülebilir. Sözgelimi, sosyal ve ekonomik alandaki bireysel rekabet ve artan beklentiler, güvensizlik, duygusal yalıtım, korku, terör ve adaletsiz yasalar, ruhsal bozukluklar açısından ele alınabilir. Bu anlamda, “belli bir kültürde bireyler arası düşmanlık hangi yollardan yaratılıyor? Bireyin, kendini güvensiz hissetmesine neden olan, özgüvenini zayıflatan etkenler nelerdir? Ne tür toplumsal yasaklar, tabular vardır ve bunların, ketlenme ve korkular üzerindeki etkisi nedir? Geçerli ideolojiler nelerdir ve bunların sağladığı hedefler ve ussallaştırmalar nelerdir? Verili koşullar ne tür ihtiyaçları ve arayışları yaratmakta, teşvik etmekte veya yıldırmaktadır?” (Horney, 1994: 127-130). Ruhsal hastalıklarda, kültürel ikilemlerin önemine dikkat çeken Horney, bağımlılığın yadırgandığı ve çaresizliğin toplumsal bir leke anlamına geldiği, ya da cezalandırıldığı bir kültürde, nevrotik ikilemlerin çözümü olarak acıya ve güvence arayışına yönelmenin mümkün olmayacağını belirtir.

Depresyon, nihayetinde bir duygu bozukluğudur. Duygular, bireyin, toplumu, sosyal yaşamı ve kendini nasıl algıladığını belirleyerek, bireyler arası ilişkilerini etkiler, ama aynı zamanda, bu ilişkiler yoluyla yaratılır. Hochschild, 20. y.y. boyunca, duygusal değişimin yaşandığını ve ekonomik koşullara bağlı olarak daha az iradi ve daha açık bir hale geldiğini ifade etmektedir. Eleştirel yaklaşımçılar, ekonomik, sosyal eşitsizliklerin devamı için duyguların sınırlandırılıp, bastırıldığını ve yönlendirildiğini vurgularlar (Lupton, 2002: 35). Toplumun, rasyonel düşünce ve davranışların dışında, temelde duygularla birbirlerine bağlandığını ifade eden Durkheim ise, bu duyguların, din ve ritüeller yoluyla oluştuğunu ve daha sonra bunların toplumsal bağları yapıştırmak için kullanıldığını vurgular.

Toplumsal yaşamı belirleyen, normlarla, resmi olmayan ahlaki ilkelerin ve kuralların temelinde duygular vardır ve bu duygular, çeşitli normlarla, formüllerle özetlenmişlerdir. Toplumdaki düşünce ve duygulanımlarla, sosyal davranış örüntüleri ve değerler arasında, karşılıklı etkileşimler olduğundan, duygulanım tarzlarının niteliği ve

yoğunluğu ile, toplumun örgütsel yapısı arasındaki ilişkiler, sosyolojik bir analize tabi tutulabilir. Bu normatif kuralların toplumdaki belli bir takım duygulara ve izlenimlere karşılık geldiğini belirten Durkheim, toplumun gerçek derinliğini (veya en içerideki merkezini) duygusallığın çok yoğun olduğu bir odak gibi değerlendirir. Bu duygusal alan, aynı zamanda, toplumsal hayatın kalbidir, dolayısıyla, bu duygusal odakla dış dünya arasındaki dolayımı veren, kollektif tasarımlar sistemi olduğundan, duygusal hayatın koordinatları, sosyo-kültürel sistemin kurumlarıyla paralellik arz ederler. Finkelstein'e göre, "duygular, toplumsal söylemin kalbi olarak, insan bilincine kazanmıştır ve adabı muaşerete mündemiçtir. Duygusallık, kişi ile toplumun kesişiminde yatar, çünkü, insanlar her gün deneyimleyip hissettikleri duygular yoluyla toplumlarına bağlanırlar" (Lupton, 2002: 10-16). Bu anlamda, duygusal sistem, sadece içsel dünyayı, temsil etmekle kalmayıp, aynı zamanda, topluluğun örgütlenmesini de yansıtır. Öyleyse, dünyaya nasıl baktığımız, basitçe algılarımız aracılığı ile bize gelenler değildir, fakat, bu değerlendirme ve bakış açısı, aynı zamanda, bizim iç örgütlenmemizin ve duygularımızın sosyo-kültürel kaynaklı bir yansımasıdır (Bottomore v.d., 1990 : 229).

Son zamanlarda, duyguların sosyal yapıdaki yeriyle ilgili yeni araştırmalar, duyguyu, bedenli bir toplumsallık olarak tutkulu sosyoloji çerçevesinde değerlendirmektedir. Bedenle sosyal dünya arasındaki ilişkiler, sosyo-kültürel anlamlar ve etkileşimler çerçevesinde, duygu sosyolojisi bağlamında değerlendirilebilir. Bu anlamda, depresyonu, sosyal ve ekonomik sorunların bedenlenimi olarak değerlendirilebiliriz. Davranışların ve ahlakın temelini oluşturan duygular, kültürel beklenti ve sosyal rollerle yakından alakalıdır. Bu bağlamda, dostluk, aşk, sevgi, nostalji kadar endişe, utanma, hayal kırıklığı, depresyon ve keder gibi duyguların da, sosyal ilişkiler ve kültürel değerler yoluyla üretildiğini söyleyebiliriz. Nitekim, Stearns, kederin, ekonomik ve demografik değişmelere bağlı olarak, son ki yüzyılda gittikçe azalan bir şekilde, insanların dünyasından nasıl çıkarıldığını anlatır. Ona göre, tıptaki yükselişe karşı, dinin etkinliğinin azalması yoğun duygusallıktan duyguların sınırlanmasına doğru bir değişime neden olmuştur. Bunun yanı sıra, hızlı hayat ritminin kederi uzatmaya elverişli olmayan yapısının da, bu duygunun sınırlanmasında etkili olduğu ifade edilmektedir (Lupton, 2002: 34).

Araştırmamız, genel olarak yedi bölümden oluşmaktadır. İlk kısımda, depresyonun sosyal bir problem olarak, toplumsal yapı bağlamında, sosyolojik bir perspektifle incelenmesinin önemi üzerinde durulmaktadır. Bu itibarla, ruhsal hastalıklarda, disiplinler arası yaklaşımın gerekliliği ve önemi tartışılmaktadır. İkinci bölümde, depresyonun, sistematik olarak daha iyi anlaşılıp açıklanabilmesi için, psikolojik ve sosyolojik teoriler hakkında bilgiler verilmektedir. Üçüncü bölümde, depresyon hastalığı ve belirtileri hakkında, genel olarak da, ruhsal hastalık kavramının tarihsel gelişimi hakkında bilgiler verilmektedir. Dördüncü bölümde, araştırmanın metodolojik çerçevesi, sınırları ve uygulanışıyla ilgili bilgiler verilmektedir. Beşinci bölümde, araştırmamızın genel bulguları hakkındaki değerlendirmelerimiz bulunmaktadır. Bu bölümde, sosyal, kültürel ve ekonomik değişkenlerle, depresyon arasındaki ilişkiler, sosyolojik perspektifle, psikiyatrik disiplinin bulguları bağlamında tartışıldığından, her bir değerlendirmenin temellendirilebilmesi için ayrıntılı yorumlara gereksinim duyulmuştur. Altıncı bölümde, hastaların örnek vakalar bulunmaktadır. Bu bölümde, hastaların yaşamlarının, hayatın akışı içerisinde ve bir bütün olarak daha iyi anlaşılabilirliğini düşündük. Bu şekilde, hastaların rahatsızlanmalarında belirleyici olan sorunları, ciddi olayları, birbirleriyle ilişkileri çerçevesinde sunma imkânımız oldu. Sonuçta ise, bu tezin ve depresyonun sosyolojik açıdan genel bir değerlendirmesi yapılarak, sorunların çözümüne ilişkin öneriler ortaya konulmaya çalışılmıştır.



### 1.1. Sosyolojinin Konusu

Toplumda varolan sosyal etkileşimin ve değişimin örüntüleşmiş yapısını, norm ve değerlerini inceleyen sosyoloji, bir bilgi gövdesi olarak insan ilişkileriyle ilgilenir. Sosyoloji, karşılıklı etkileşimde bulunan ve dinamik bir bütün oluşturan insan birlikteliği üzerinde odaklaşır. Fichter'e göre, bu insan birlikteliğine katkıda bulunan veya ondan çıkarılan her şey, sosyolojiktir (Fichter, 1990: 2-3). İnsanların birbirlerini nasıl etkiledikleri, davranış kalıpları ve hareketleri kadar, duygu biçimleri de sosyolojinin ilgisi içine girer. Ancak, sosyoloji, psikoloji gibi, bireyi, duygularını odak alıp incelemek yerine, bireyde görülen kalıplaşmış davranışlarla duyguların somutlaşmış yönlerini ele alır. Sözgelimi, birkaç kişide görülen, bireysel yönü ağır basan bir intihar olayı, sosyolojinin çalışma nesnesini oluşturan "kalıplaşmış davranış" türüne uymaz. Bununla birlikte, sosyologlar, intihar olaylarındaki benzerlikleri veya farklılıkları ortaya çıkarmaya ve intihar nedenleri hakkında bilgi toplayarak, öne sürdükleri fikirlerin ispatına veya çürütülmesine çalışırlar (Özkalp, 1990 : 4).

Bilindiği gibi, sosyolojinin içeriğini, sosyal olgular oluşturur. Sosyal olgular ise, bireysel bilinçlerin dışında olan, tarihsel anlamda, bizden daha evvel ve sürekli olan ve bize kendilerini zorla kabul ettiren gerçeklikler olarak, sosyal yaşantımızı etkilerler. Ahlak, hukuk ve gelenekler içinde belirlenmiş görevlerimizi yerine getirirken, bu roller esnasında, duygularımızla uyum içinde olup; iç dünyamızda, onların varlığını ve üzerimizdeki etkilerini sezsek bile, söz konusu bu kültürel, sosyal gerçeklikler nesnel olmaktan çıkmaz. Çünkü, bütün bu tarihsel faktörleri bizler, irademizle seçip, oluşturmadık. Belirli bir eğitim ve yaşam şartları içerisinde sosyalleşerek edindiğimiz bu tarihsel, sosyal olgulara etkilerde bulunsak da, bu, büyük ölçüde, onlar tarafından koşullandırıldığımız gerçeğini değiştirmemektedir (Kızılcılık, 1992:101). Çünkü, temelde, duygular olmak üzere, bir takım düşünce ve davranışlar, bireysel bilincin dışında bulunur ve kendini, bireysel iradeye rağmen kabul ettirir. Hatta, bilinç dışı da, belirli tarihsel, toplumsal koşullarla yakından ilgili olduğundan, bir sosyolog, sosyal olguları bir nesne gibi ele alıp, bu olguları, bireysel görünüşlerinden ayrılmış olarak veya bireysel görünüşlerinde ortaya çıkan somut yönleriyle inceleyebilir. Bu anlamda, depresyon, kendisini, ister bireysel bir görünüm şeklinde, isterse fizyolojik, tıbbi göstergeleriyle ortaya koysun, nihayetinde, bu hastalığı, toplumun, bilişsel, duygusal ve sosyal sorunlarının somutlaşmış şekliyle, yani, sosyal yönüyle inceleyebiliriz. Çünkü,

bireyin davranışları kadar, duyguları ve duygusal sorunları da sosyal çevrelerinden etkilenir ve aynı zamanda, bu duygulanım tarzları, verili bir toplumsal yapıyla, fonksiyonel bir etkileşim içerisinde bulunurlar.

Grupların oluşumunda ve farklılaşmasında, duygulara verilen anlamların belirleyici olduğunu ifade eden Durkheim, fikirlerin birbirleriyle olan ilişkilerinde, en önemli etkenin, değer ve kuralların duygusal değerleri olduğunu belirtir. Ona göre, bu gruplaşmaları doğuran kollektif zihnin halleri açıkça duygusal bir nitelik taşır. Burada, Durkheim'in, şeyleri, olayları birbirine bağlayan değer ve kuralları, toplumsal olmanın yanında, duygusal bağlarla açıklamaya çalışmasının, önemli olduğunu belirtmeliyiz (Bottomore v.d., 1990: 229). Herkeste varolan içgüdülerin denetime tabi tutularak kontrol altına alınması, duyguların kültürel içerik kazanmasıyla mümkün olur. Tarihsel koşullar, iktidar ilişkileri, sosyal ilişki tarzları, ait olunan grupların yapısı gibi sosyo-kültürel koşullar, duyguların gelişiminin ve kurumların devamının anlaşılmasında önemli bir yer tutar. Bu bakımdan, duyguların üretildiği norm ve değerler, onların ifade edilmesinde veya saklanmasında, belirleyici olduğundan, kendilik ve sosyal ilişkiler üzerinde önemli etkiler yaratır. Örneğin, problemler, değiştirilemez olarak kabul edildiğinde, duyguların daha fazla kullanıldığı, ama değiştirilebilir olarak kabul edildiğinde ise, problem odaklı bir davranışın gösterildiği ileri sürülmektedir (Lupton, 2002: 30-31).

Lutz, duyguları, kültürel olarak kurgulanmış ve ahlâki bağlamları, sosyo-politik ortamlara göre değişen kültürel anlam sisteminin bir parçası olarak ele alır. Sosyolog Kemper de, sosyal ilişki içerisindeki güç kaybının, korku ve kaygıya, güç kazanımının ise, güvene neden olduğunu ifade eder. İçerisinde depresyonun da yer aldığı dört temel duygu olduğunu ve bu duyguların, kültüre göre toplumsallaştığını ifade eden Kemper, suçluluk duygusunu, toplumsallaşmış korku, utancı ise, toplumsallaşmış öfke olarak değerlendirir (Lupton, 2002: 34).

Durkheim'in, bireyin duygusal ve ruhsal yaşamı ile yaşanan sosyal gerçekliği, bir madalyonun iki yüzü gibi gördüğünü biliyoruz. Durkheim, bilincin, bireysel ve toplumsal iki kaynağı olduğunu, ayrıca, hem bilişsel hem de duygusal bir niteliğe sahip olduğunu belirtir. Ona göre, "toplumsal gerçeklik, öznel arası bir bilinç ağı olarak, aşırı ruhsal bir gerçeklik şeklinde düşünülebilir." (Bottomore v.d., 1990 : 228). O halde, toplumda, yoğunluğu, farklı bireylerde farklı şekillerde görülen, ama, gittikçe artarak, bir sosyal problem haline gelen depresyonu, sosyal bir gerçeklik içinde irdelememiz,

sadece, depresyonu anlamamız açısından değil, ama, aynı zamanda, sosyal gerçekliği anlamak açısından da önem taşımaktadır. Çünkü, sosyal gerçeklik, iç dünyamızdan bağımsız değildir. “Durkheim’e göre, sosyal gerçeklik çok katlıdır. En içerdeki kendilikten ve kaynamadan (bu merkezden kolektif olan çöşkunluk, panik, kötümserlik v.b. akımlar doğmaktadır) giderek daha fazla kurumsallaşmış kolektif çabanın ifadelerine doğru bir süreklilik vardır.” (Bottomore v.d., 1990: 228).

Durkheim, kolektif eğilimlerden ya da tutkuların, “kendine özgü güçler” olarak söz eder ve bu kolektif duygulardan bir kısmının kurumsallaştığını, diğerlerinin ise, kurumsallaşmanın sınırlarına direndiğini belirtir. Ancak, yine de, ona göre, “bu duygulardan bahsederken, bireyler üzerinde işlerliği olan sosyal güçler olarak, vatan sevgisinden, insan sevgisinden, borsa işlemlerinin sevinç ve üzüntülerinden ve hatta “intihar” doğurucu akımlardan söz ediyor olsak da, duyguların, kendilerini göstermek konusunda, daha az etkili olmadığı gayet açıktır (Bottomore v.d., 1990: 228). Durkheim’in, duygulanma yetisine gizliden verdiği önem, yazdıklarının çoğunda bulabileceğimiz bir konudur. Bu bağlamda, hem bilişsel hem de bir duygulanım çeşidi olarak depresyonun, içe kapanma, soyutlanma, iş yapamama ve çökkünlük tarzındaki, olumsuz sosyal etkileriyle, sosyal yapının ve sosyal ilişkilerin analizinde, önemli ipuçları vereceği beklenebilir.

Weber’e göre, sosyoloji, bir eylem bilimidir. Eylem ise, eyleyen veya eyleyenlerin bu eyleme öznel bir anlamla bağlı oldukları bir durumu ifade eder. Bu eylem, dışa vurulmuş bir tepki veya yaşanan bir şey karşısında, suskun kalma veya olup bitenlere göz yumma örneğindeki gibi, içte oluşmuş bir hal olarak göze çarpabilir. Weber’e göre, insanın eyleminde, duygusal bir eylem (yani şiddet, heyecan, korku, öfke, sevgi, kin v.b.) belirleyici olabilir ve empirik olarak, bireyin eyleminden yola çıkması gereken sosyoloji için, bu bireysel yönlendiriciler, neden ve motivler, yalnızca, birey açısından görülmesi gereken öznel bir anlam taşırlar. Bunun yanı sıra, Weber, sosyolojinin konusunu oluşturan eylemin, anlam bağının, sosyal eylemle sınırlı olduğunu belirtir (Kızılcılık, 1992: 147-148). Bu anlamda, bilişsel ve Weber’in ifade ettiği şekliyle de, duygusal bir eylem türü olarak ele alabileceğimiz depresyon, duygusal çöküntü içerisindeki bireyin, bu durumuna verdiği anlam itibarıyla öznel, diğer insanlarla ve kurumlarla ilişkili olduğu kadar da sosyal bir anlama sahip olduğundan, sosyal yapıyla ilişkilendirilerek ele alınabilir.

Sosyal eylemlere anlam veren, kültürel değerlerdir. Sosyolojinin görevi de sosyal eylemlere yön veren, motive edici, kültürel nitelikleri, nedensel olarak saptayabilmektir. O halde, bir sosyal eylem türü olarak depresyonun da, kültürel ve sosyal anlamı ve belirleyicileri tahlil edilebilir. Kültürle ruhsal hastalıklar ve bu arada depresyon arasındaki bağı çözebilmek için bu hastalıkların temelindeki engellenme ve çatışmaların kültürel kaynaklarına bakılabilir. Bu bakımdan sözgelimi kültürle depresyon arasındaki ilişkiyi ele alırken bireysel farklardaki şaşırtıcı çokluğu bir yana bırakıp, içsel nevrotik çatışmaları, çıkarıcı koşulları araştırabiliriz. Bu bakımdan, kültürel yapının, temel insani ilişkileri belirleyen norm ve değerlerinin niteliği ve birbirleriyle olan çelişkileri, ruhsal hastalıklarda önemli bir etken olarak değerlendirilebilir.

Kültürel etkenlerin nevrozlar üzerindeki en açık etkisi, nevrotiğin, onaylanmama korkusuyla, üstünlük arayışında görülebilir. Yararlı olmak, başkalarını sevmek, cömertlik, dürüstlük, öz denetim, alçak gönüllülük, akılcılık gibi onay ve saygıyla ödüllendirilen bu imajlar, her an hayal kırıklığı yaratabilecek bir içeriğe sahiptir (Horney, 1994: 130). Bu anlamda, kültürün geleneksel değerleriyle gerçek yaşam arasındaki gerilimin ruhsal riskler barındırdığını söyleyebiliriz. Özgeciliği olmayan bir kültürde, bireyin ben merkezliliğini ve mutluluk arzularını bastırmasının risklerine değinen Horney, gerçekte varolan düşmanca gerilimlerle kardeş sevgisi vaazları arasındaki çelişkinin özgüvenin azalmasında ve ruhsal hastalıklarda belirleyici olduğunu belirtir. Bazı bireylere, iyi niyetli olmanın başkalarına güvenmenin bir erdem, ama uyanık olmanın neredeyse bir ahlaki kusur olduğu öğretildiği anomik bir ortamda, bu bireylerin bunalım yaşamamaları mümkün değildir. En basitinden, bazı bireylerin vergilerini ödedikleri, vergi kaçırıcıların ise hep affedildiği bir yönetim anlayışında, en fazla bunalacakların ahlaki davranışlar olacağı tahmin edilebilir (Horney, 1994: 129). O halde, bir sosyal sapma türü olarak ruhsal rahatsızlıklar, içinde doğdukları kültüre göre sınırlı bir farklılık arz etse de, sonuçta, kültürel örüntülerin dışında yorumlanamayacaktır.

Sosyal davranış sistemlerinin bilimi olarak sosyoloji, sosyal münasebetlerle ilgili her kurum ve süreci, aşamayı birbirine kenetlenmiş dinamik bir sistem olarak ele alır ve buna dayanarak da bu kurum, cemaat ve cemiyetler kadar, bunlarla ilgili ferden davranışlarını da onlarla ilişkili bir bütün içinde ele alır (Sezal , 1991 : 16). Bunu yaparken sosyoloji, bireyi, psikolojik durumunu saptamaya, tanımlamaya kalkışmaz,

bunun yerine, psikiyatri ve psikoloji tarafından bireyin, ruhsal hastalık olarak tanımlanmış durumunu, bir veri olarak kabul eder ve bunun, ihtimali sebep-sonuçları üzerinde yorumlar yapar. Bu bağlamda, ruhsal sağlığı bozuk olanların, sosyal ve ekonomik yapı üzerindeki etkileri kadar, onların sosyo-ekonomik yapıdan etkilenmeleri, hasta olmaları, sosyolojik açıdan yorumlanmayı beklemektedir. Halbuki, ruhsal problemlerle sosyal davranış ve sosyal münasebetler arasındaki ilişkiler hakkında, sistemli ve geniş çaplı araştırmaların yapılması, oldukça yeni ve yetersizdir. Bu konuda, psikolojiyle yeterli etkileşimin olmaması, sosyal davranışların doğasını anlamamızı güçleştirmektedir. Bu konuyla ilgili olarak yapılan araştırmalar da, daha ziyade, küçük gruplar ve sanayi işletmeleriyle ilgili olarak yapıldığından, bu konuda, bilimsel anlamda ciddi bir boşluk olduğu ifade edilmelidir.





## 1.2. Sosyoloji ve Diğer Disiplinler

Durkheim, “İntihar” adlı çalışmasında, intihar sebepleri üzerinde dururken, sosyolojik gerekçelerinin önemini ispatlamak için, diğer disiplinlerin varsayımlarını çürütmeye çalışıyordu. Bugün ise, farklı bilimlerin, aynı konularla ilgili bilgi ve öneriler sunmaları, onların birbirlerini tamamlaması şeklindeki bilim anlayışları, ayrılıklarından daha fazla önemsenmektedir. Dolayısıyla, bugün, sosyolojinin, ruhsal hastalıklara ve özellikle de depresyona duyarsız kalması kadar, farklı bilim dallarının, bu konuya ilişkin yaklaşımlarını yok saymanın da bir faydası olamaz. Bunun yerine, sosyolojik bakış açısını sergilemenin ve bunu yaparken de, diğer disiplinlerden yararlanmanın, daha önem taşıdığını ifade edebiliriz. Bu anlamda, sosyal gerçekliğin, biyoloji, fizik, psikoloji ve psikiyatrinin terimlerine indirgenemeyeceğini, ancak bunun, sosyal olgunun bir boşlukta olduğu veya gerçeğin, tüm diğer görünümünden tamamen ayrılmış olduğu anlamına da gelmeyeceğini belirtmeliyiz (Fichter, 1990: 6). “Zaten, bilim alanlarını birbirlerinden ayıran sınırlar, kanun mahiyetinde değildir. Bilim adamları, ilgi duydukları alanlarda araştırmaya yönelerek; istediklerini araştırabilirler. Bu anlamda, onlar, mülkiyet hakkına riayet etmeyen, imtiyazcılar olarak değerlendirilebilirler” (Sezal, 1991: 3). O halde, ne sosyolojinin ne de başka bir bilim tarafgirliğinin, herhangi bir olgunun araştırılmasında, tek başına yeterli olamayacağını kabullenerek, disiplinler arasında işbirliği yapmanın, önemine değinilmeli ve bu konuda gerekli adımlar atılmalıdır.

Psikoloji ve sosyal gerçeklikle ilgili birçok görüşün, sadece, bu alanda çalışan kişilerce ortaya konmadığını ve farklı alanlardan olanların, daha farklı perspektifler kullanarak, bilimsel alana katkıları olduğunu ve bundan sonra da, aynı şekilde katkıları olabileceği gerçeğini unutmamalıyız. Bu bağlamda, deliliği, ruhsal portreleri, çok canlı tasvirlerle edebiyat dünyasına kazandıran Dostoyevski'nin, bu alana olan katkılarının, birçok psikiyatri bilim adamının katkılarından daha fazla olduğunu, anksiyete kavramında olduğu gibi, bir çok ruhsal gerçeğin değerlendirilmesinde, filozof, felsefeci ve alan dışı denebilecek düşünürlerin katkılarını, inkar edemeyiz (Torrey, 1996: 21). Bu anlamda, depresyonun biyolojik, tıbbi, psikolojik terimlerle incelenebilirliği ve bu bilimlerin kendi bakış açısıyla açıklanması, ne kadar faydalıysa, sosyoloji tarafından incelenmesi de, o kadar faydalı sonuçlar getirecektir.

Elbette, insan davranışı ve toplumsal hayat, bir çok boyuta sahip olduğundan, çeşitli disiplinlerin ve bakış açılarının konusunu oluşturur. Gerçekten de, fizyolojik ve psikolojik yapımızın, kültürel davranışın bazı yönleri üzerinde bir etkisinin olduğuna ilişkin herhangi bir kuşku yoktur. Aynı şekilde, iklim, yeryüzü, şekilleri gibi coğrafyanın çeşitli yönlerinin davranış örüntüleri üzerinde etkide bulunduğu da bir gerçektir (Fichter, 1990: 5-6). Bu itibarla, kişi, fizyolojik bir organizma olarak, biyolog ve patologlarca, doğru ve yanlış yapabilen biri olarak din bilimciler ve hukukçular tarafından ele alınmaktadır. Benzer şekilde, bilinçli istekleri ve bilinçaltı dürtüleri olan insan, psikolojik bir birim olarak psikoloji ve psikoanalistlerce, psikiyatrlar tarafından da incelenmektedir. Bu bağlamda, sosyoloji, sadece, sosyal örüntüleri değil, ama, aynı zamanda, sosyal kişileri de incelendiğinden, depresyonlu kişinin psikolojik bağlamda değerlendirilmesi, önem taşımaktadır. Burada, önemli olan, kavramların gerçekçi olarak oluşturulması ve söz konusu olgunun, insanoğlunun yaşadığı somut sosyal ve kültürel sistemle ilişkilendirilebilmesidir.

Tüm bu farklı görünüşler içerisinde ele alınan insan, sosyologun incelediğiyle aynı kişi olsa da, sosyolojinin insan davranışlarını ele alışı, diğer disiplinlerin, insana bakışından oldukça farklıdır. Çünkü, sosyolog, insan davranışını ele alırken, bir psikiyatrdan ya da bir psikologdan farklı bir bakış açısına sahip olduğundan, olayları ele alışındaki kavramları, öncül ve modelleri de farklıdır. Bizim burada yaptığımız, insanın davranışındaki sosyal-kültürel boyutu ortaya çıkarıp soyutlamak ve daha sonra da, dikkatlerimizi, bu soyutluk üzerinde odaklaştırmaktır. Bununla birlikte, bu tarz araştırmalar yapan bir sosyolog, diğer bilimlerden azami ölçüde yararlanabilir. Bunu yaparken de, onların kavramlarıyla, kendi kavramları arasında, yeni ilişkiler kurarak yepyeni bakış açıları da kazanabilir. Dolayısıyla, bir sosyolog, olgusal nitelikteki bilgileri almak için antropologlara, psikologlara ve psikiyatlara, hatta, felsefecilere de yönelebilir. Böylece, bu alandaki olgusal nitelikteki bilgilerle, kendi bulgularını, bilgilerini sentezleyerek, bilime katkıda bulunabilir. Bu konu, intihar ve depresyon arasındaki ilişkiler bağlamında sosyoloji, psikoloji ve psikiyatrinin bulguları açısından değerlendirilebilir. Bilindiği gibi, intihar üzerine yapılan araştırmaların zayıflığı, intihar edenlerin, önceki yaşam biçimlerinin, intihardan önce incelenememesi sorununa dayanmaktadır. Durkheim de, bildiğimiz anlamda, bir alan araştırması yapmamıştı ve ona göre, intihar edenler, ruhsal anlamda, hasta kişiler değillerdi. Ama, şu anda, elde edebildiğimiz veriler itibariyle, intihar edenlerin önemli bir kısmının (%50-80) intihar

etmeden önce, depresyon geçirdikleri ifade edilmektedir. Sosyolojinin, insan davranışlarının benzer olduğuna ilişkin inancını göz önünde tutarak, çoğu depresyonlunun da, intihar riskine sahip olduğunu düşünersek, intiharla depresyon arasındaki ilişkinin, sosyoloji, psikiyatri, ve psikoloji arasındaki bilgi paylaşımlarıyla, daha iyi anlaşılabilirliğini söyleyebiliriz.

Sosyal bilimlerin, bu kadar uzmanlaşmadan önce, belli bir birlikteliğe sahip olduğunu, hatta, bazı yerlerde farklı disiplinlerin, ortak bir ad altında faaliyet gösterdikleri bilinmektedir. Mesela, Almanya'da 1900'lü yıllarda devlete bilgi sağlamak için iktisat, iktisat tarihi, hukuk ve sosyolojinin bileşiminden oluşan ve Staatswissenschaften adı verilen bir dal kurulmuştur. Ancak, bu disiplinler, aralarındaki gerilimler yüzünden, birbirlerinden ayrılmışlardır. Sosyal bilimler anlamındaki bu dal, onun üyesi olan Weber'in çabalarıyla, sosyoloji okulunun kurulmasına da ön ayak olmuştur (Gulbenkian Komisyonu, 1997: 25). Başlangıçta, Newtoncu bilim anlayışından esinle, kesin bilgiye olan inançtan dolayı, geçmişle bugün arasında, köklü ayrımlar yoktu. İkinci bilim anlayışında ise, madde-akıl, doğa-insan, fiziksel-sosyal dünya arasında ayrımlar olduğu fikrini taşıyan Kartezyon dūalizmin ağırlığını görmekteyiz. Şimdi ise, sosyal bilimler sınıflaması artık, eskiden sahip olduğu arka planı yitirmiştir. Bu durumda, yapılması gereken şey, örgütsel sınırları değiştirme girişiminden çok, entellektüel faaliyeti, mevcut disiplin sınırlarına bakmaksızın sürdürmeye izin veren örgütlenmeyi güçlendirmek gibi görünüyor.

Gerçekten de, tarihle, sosyolojiyle veya psikoloji ve psikiyatriyle ilgilenmek, sadece, bu alandaki kişilerin tekelinde değildir. Bu, bütün sosyal bilimciler için bir görevdir (Gulbenkian Komisyonu, 1997: 91). Gerçekten de, diğer disiplinlerden haberdar olunmadığında ve farklı disiplinlerin çalışmaları bilinmediğinde, olaylara dar bir bakış açısıyla yaklaşmaktadır. Ancak, bugünlerde, bu anlayış, yavaş yavaş değişmekte, doğal ve sosyal bilim uzmanlarının, disiplinin sınırlarına fazla aldırmandan ortak projeler içinde bir araya geldikleri görülmekte ve bu konuda, bir takım öneriler getirilmektedir. Bu önerilerden bir kaç şöyledir:

- a) Doktora öğrencilerine, birden çok alanda çalışma zorunluluğunun getirilmesi.
- b) Profesörlerin, birden çok bölüme atanmaları.
- c) Üniversite yapıları içinde, birleşik araştırma fonları kurularak, disiplinler arası



çalışmaların yapılması.

- d) Üniversitelerde veya onlarla işbirliği yapan ve aciliyeti olan belirli temalar etrafında bir yıl çalışmak üzere, bilim alanlarını bir araya getiren kurumların yaygınlaştırılması (Gulbenkian Komisyonu, 1997: 85).

Yukarıda bahsi edilen öneriler, farklı disiplinlerin bugüne gelmesini sağlayan ve önemli atılımlara olanak tanıyan, sınıflaşma ve uzmanlaşmalarını hedef almaktan çok, bu uzmanlaşmanın disiplinler arası kopukluğa yol açan anlayışını eleştirmekte ve bütünleştirici bilginin kapılarını aralamayı hedeflemektedir. O halde, bir taraftan, uzmanlaşma yönünde hareket edilirken, öte yandan, farklı uzmanlık alanlarının sentezi ve diyalogu geliştirilmelidir. Bu sayede, ne ormanı gözleme adına ağaçlar, ne de ağacı gözleme adına orman gözden kaçırılacaktır. Böylece, sosyal bilimleri, bilginin parçalanmasına karşı mücadeleye yöneltmek, onların, anlamlı bir nesnellik düzeyine ulaşmalarında, etkili olacaktır (Gulbenkian Komisyonu, 1997: 85).

### 1.3. Medikal Sosyoloji

Medikal sosyoloji, ülkemizde olduğunun tersine, gelişmiş sanayi toplumlarında, sosyolojinin en büyük alt dallarından biridir. En genel anlamıyla, medikal sosyoloji, sağlık-hastalık konularını, hastalıkların sosyal yapıyla ilişkisini, sosyolojik bir bakışla ele alır. Medikal sosyoloji, genel sosyolojinin uygulamalı alanlarından biri olup, sosyolojinin yanı sıra, epidemiyoloji, demografi, sosyal antropoloji ve sosyal psikoloji gibi bilim dallarının yöntem ve araştırma tekniklerinden yararlanarak, çeşitli konularda araştırmalarda bulunur (Kasapoğlu, 1984: 140). Bu bağlamda, sağlık-hastalık, sosyal sınıf ilişkileri, göç, yoksulluk, işsizlik, boşanma gibi sosyal olguların sağlığa etkileri; çevre, konut, kentleşme ve nüfus yoğunluğunun hastalığıdaki rolü; hasta-doktor, hasta-personel ilişkisi; hastane örgütünün işleyişi; tıp eğitiminin sosyal yapıdaki yeri ve işlevi, medikal sosyolojinin inceleme alanlarından bazılarıdır. Kerdall ve Merton'a göre, medikal sosyolojinin alanı etiyoloji, ekoloji, sağlığın korunması ve hastalığa tepkiler, sağlık olanaklarının örgütlenmesi ve mesleki örgütlenmesi ve mesleki eğitimidir. "Mechanic ise, medikal sosyolojinin, hastalıkların dağılım ve etiyolojisini, hastalığa yönelik toplumsal ve kültürel tepkileri, toplumsal epidemiyolojiyi, medikal uygulama örgütlenmesinin yanı sıra, iyileştirme uğraşısının sosyolojisini, toplum sağlığı örgütlenmesini ve sağlık bakımını, toplumsal değişmeyi, tıp eğitimini, halk sağlığını, gerilim-hastalık ilişkisini, ölümü, toplumsal psikiyatri ve toplum siyaseti gibi geniş bir alanı konu edindiğini belirtir" (Kasapoğlu, 1984: 140).

Öncelikle, medikal sosyolojinin gelişiminde, sosyal antropologların, ilkel toplumlardaki hastalıklarla, kültür arasında buldukları yakın ilişkiyi gösteren çalışmalarının önemi büyüktür. İlkel toplumlarda ortaya çıkarılan bu ilişkinin, gelişmiş toplumlarda da aranması, medikal sosyolojinin doğuşunu etkilemiştir (Türkdoğan, 1991: 2). D.Babains, Avrupa'daki premedikal sosyolojinin, sosyal epidemiyoloji ile halk sağlığı araştırmaları aracılığıyla geliştiğini belirtmiştir. Avrupa'da 18.yy sonlarıyla, 19.yy ve 20.yy'in ilk başlarında, sosyal tıp, halk sağlığı ve antropoloji gibi disiplinler, sağlık ve hastalığın, toplumsal boyutlarına dikkat çekerek, medikal sosyolojinin temellerini atmışlardır (Kızılçelik, 1996: 18). Bizde, bu alanın, nedense, Avrupa'daki çalışmalara kıyasla, pek gelişmediği dikkat çekmektedir. Türkiye'deki çalışmalar kısaca şunlardır. Türkdoğan (1965), Kasapoğlu (1982,1984,1991,1992,1993), Oskay

(1974,1993), Özbay (1969), Akşit (1993), Tezcan (1988), Peker (1977), Surat (1993), Özen (1993), Kızılçelik (1995).

Türkdoğan, medikal sosyolojinin gelişmemesinde, Türkiye'deki Le Play okulunun etkisinin yanı sıra, medikal konuların, tıbbın konusu içerisinde görülmesiyle açıklanabileceğini belirtir. Bu fikirlere katılmakla birlikte, bizler de, ülkemizde, antropolojinin ve sosyal psikolojinin yeterince gelişmemesinin, ayrıca, toplumumuzda, tıbbın diğer alanlara kıyasla, daha önemsenen bir meslek olmasının, medikal konuların, sosyoloji içerisinde değerlendirilmesini geciktirdiğini düşünüyoruz.

Hastanın çektiği acı, içinde yaşadığı toplulukların geniş sosyo-politik yapılarından ayrı düşünülemez. Bunun yanı sıra, sadece, hastalıkları değil, aynı zamanda, tedaviyi belirleyen organizasyon biçimleri de, bu toplumdaki normatif kuralları ve değerleri yansıtır. Sağlık elemanlarının, hastaların ve yakınlarının, birbirleriyle ilişkisini düzenleyen bu normatif çerçeveye, toplumun mediko-sivil yapısı denilebilir (Demirci,1994: 10). H.Heggenhouger ve L.Shore da, çalışmalarında, kültür ile sağlık-hastalık ve bakım arasındaki bağlantılara dikkat çekerler. Onlara göre, hastalık-sağlıkla ilgili pratikler, ferdi tercihler olmalarına rağmen, onların çoğu, sosyal olarak, belli bir kültürel bağlam içinde belirlenir. Bu açıdan, hem sosyologlar hem de sağlık uzmanları tarafından oldukça fazla kabul gören görüş; sağlık-hastalık örüntülerinin, önemli ölçüde, normatif inanç ve davranışların kültürel seti ile yakından alakalıdır (Kızılçelik, 1996: 53). İnsanlar, sadece, hastalıkların biyomedikal yönleriyle değil, aynı zamanda, sosyo-kültürel yönleriyle de ilgilenirler. Hastaların çoğu için, hastalıklarının ruhsal, büyüsel ve sinirsel yönleri çok önemli bir etken olabilir. Heggenhouger ve Shore'un belirttiğine göre, hastalık, günahların ya da yanlış işlerin bir işareti olarak görülebilir ve dolayısıyla, hastalık, vücudun içinde değil, aynı zamanda, dışındaymış gibi algılanabilir. Bu konuyla ilgili olarak, Heggenhoger ve Shore, Malya'da yaptıkları bir araştırmada, köylülerin, solucan hastalığına sahip olmadıklarında, kendileri için, her şeyin kötü gittiği anlamını çıkardıklarını gözlemlemiştir (Heggenhouer v.d., 1986: 1238-1239).

David Mechanic, tıbbi sosyoloji literatürüne çok sayıda ampirik araştırma kazandırmıştır. Mechanic, akıl sağlığı ile sosyal stres problemleri üzerinde yoğunlaşmıştır. Mechanic, hastalık davranışı kavramı ile, belli semptomların, farklı kişilerce, farklı farklı algılanabildiği, değerlendirilebildiği ve davranışa dökülebildiği tarzları ifade etmektedir. Bu anlamda, hastalık davranışı, teşhis ve tedavi işlemlerinin

başlayıp başlamamasını bile belirleyebilir. Bu açıdan, hasta kişilerin farklı geçmişleri ve deneyimleri, hastalık davranışını tahmin edilebilir biçimde biçimlendirerek, tedaviyi yönlendirir (Demirci, 1994: 44). Bununla ilgili olarak, bazı bireyler, hastalığın daha düşük semptomları karşısında, yaygaracı ve panik yaparlarken, bazıları, durumlarının hastalık olduğunu bile kabul etmeyebilirler. Elbette, bu farklı anlayışlarda, etnik köken, din, sınıf, eğitim, ekonomik durum gibi sosyal değişkenlerin etkisi olduğu düşünülebilir. Mesela, düşük gelirli insanlar, neden doktora daha az giderler? Kendilerinin stres altında olduğunu düşünen insanlar, niçin tıbbi kaynakları daha az veya daha fazla kullanırlar? Kişiler, kendilerini yardım aramaya yönelten, inanabilirlik duygularını nasıl kazanırlar? Hastaların, bedensel süreçleri ile ilgili algı tepkilerini etkileyen, kurumsal ve kültürel kısıtlamalara parmak basan. D. Mechanic, bireylerin, üstlendikleri rollerin, çoğu kez, ağır olduğu toplumlarda ve kurumlarda, hasta rolünü, bu rolün sapma davranışı için uygun bir yol olduğu, totaliter devlet ve silahlı kuvvetler gibi, bir çok kurumsal ortamda tartışır. Burada hastalığın, sapma davranışının kolay kontrol edilebilen bir şekline izin vererek, kurumsal kararlılığı nasıl teşvik ettiğini de görüyoruz (Demirci, 1994: 47).

Psikiyatrların psiko-sosyal faktörleri, sosyologların da ruhsal hastalıkları dikkate almaları gerektiği, en son, Londra Üniversitesi Sosyoloji Profesörü George Brown ve arkadaşı Tirril Harris'in yürüttükleri bir araştırma projesinin sonuçlarıyla da ortaya konmuştur. "Social Origins of Depression" adlı kitaplarında, adı geçen araştırmacılar, bir Londra kasabasında görüştikleri bazısı depressif, bazısı kontrol grubu olarak, rasgele seçilmiş altı yüzden fazla kadının, çökkün duygusal durumlarıyla, buna neden olan sosyo-kültürel faktörler hakkında, çarpıcı bilgiler vermişlerdir. Elde edilen bu bulgularda, vakaların çoğunda depresyonun başlamasının, bir mahrumiyet, iş kaybı, fazla yük altında olma ve hayatta karşılaşılabilen olumsuz olaylarla ilgili olduğu görülmüştür (İnglis, 1991: 24). Bireylerin incinebilirliği, içinde yaşadıkları sosyal, siyasal kurumlarla, mesela aile, meslek, boş vakit değerlendirmeleri karşısındaki konumlarıyla, çok yakından alakalıdır. Bireyler, bu kurumlara, bazen normal, bazen başkaldırma, bazen de hasta davranışı ile cevap verirler. Bu anlamda hastalık davranışı, az veya çok ezici karakterdeki sosyal yapılara alışmaya yönelik bir tepkiyi temsil ederler.

Çağdaş yaşamın gereği olarak, içselleştirilen değerlerin, bireylerin ruhsal yaşamını bozduğunu belirten Mills'e göre, hayvanlar dünyasında, aşırı kalabalık, stresin şiddetini arttırırken, insan dünyasında, stresör etken rekabet, diğer insanlara değil, daha çok sosyal, entellektüel ve maddi şartlara ulaşma çabasından kaynaklanır. Bu durumda, daha eşit bir topluma kavuşma yolundaki beklentilerin, gerçekte, gerilimi arttıracak gelişmeler olduğu söylenebilir. Fırsat eşitliği arttıkça, başarısızlık konusundaki bireysel mazeretlerimiz azalır ve bu da, sonuçta, depresyon gibi, ruhi rahatsızlıkların daha sıklıkla görülmesine yol açabilir (İnglis, 1991: 41). Görüldüğü üzere, Ivor Mills, stres teorisinin değişik bir yorumunu, toplumun gelişen hayat standartlarına bağlı olarak artan beklentilere dayandırmaktadır. Bu yorum, Merton'un sapma teorisiyle paralellik arz etmektedir. Bununla ilgili bir çalışmada, "American Journal of Sociology" adlı dergideki makalede, yönetim, kontrol ve planlamayla ilgili gerilim içeren mesleki rollerle, depresyon arasında, bir takım bağların olduğu belirtilmektedir (Link v.d., 1996: 36).

Deleuze ve Guattari de, ruhsal hastalıklarla, kapitalizmin kültürel sonuçları arasında bağlar kurdukları çalışmalarında, bilinç kadar, bilinç dışının da toplumsal olarak üretildiğini vurgularlar. Onlara göre, insan arzu eden bir makinedir. Kapitalizm, arzunun üretimini çarpıtarak, ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasında rol oynar. Deleuze ve Guattari, şizofrenleştirmeye, yani kod çözülmesiyle, bilinçdışı arzuda, toplumsal alanın yatırımlarının çözümlendiğini söylerler. Psikanaliz ise, arzunun, kişinin içinde olduğu fikrinden hareketle, toplumsal alanda üretilen arzunun gücünü ve varlığını yadsır, bu nedenle de, toplumsal çatışmayı, bireysel olana indirgeyerek, neden-sonuç bağlamını çarpıtır (Deleuze, 1990: 80-90). Yine, aynı yazarlara göre, şizofren hastalar, sisteme boyun eğmeyi reddettikleri için, etiketlenirler. Aynı şekilde, İtalya'daki antipsikiyatri hareketi de, deli etiketinin, Batı kapitalizminin normlarına uymayanları, dışarıda bırakmaya yaradığını ve psikiyatrinin ise, statükoyu sürdürmeye yarayan siyasal bir işlev gördüğünü öne sürer (Sayar, 1992: 62).

Sosyolog Erving Goffman ise Tımarhaneler adlı eserinde, kurumların doğasının insanlar üzerindeki etkileri üzerinde durur. "Stigma" adlı eserinde, yazar, insanlara iliştirilen etiketleri, daha çok da, akıl hastası etiketini konu edinir. Goffman'a göre, ruhsal bulgular, fiziksel olanlardan farklıdır. Çünkü, onlar, özgül bir toplumsal bağlamda ayırt edilebilirler. Goffman'a göre, başka bağlamlarda, rahatlıkla kabul

edilebilir olan davranış biçimleri, kamu düzenini bozar olduklarında, hemen psikotik, akli dengesi bozuk, deli gibi kategorilerin, etiketlerin imdada çağrıldığını belirtir. Bu durumsal uygunsuzluklara, ruhsal bir bozukluğun yakıştırılması, toplumsal politikanın, bu kişileri, tıbbi makamlara havale ederek, cezalandırılmasını mümkün kıldığından, statükonun, kendine uymayanları, oyun dışına atmasına izin verir (Sayar, 1992: 61).





#### 1.4. Ruhsal Sağlık ve Hastalık Kavramı

Hastalık, artık, 19. y.y.'daki tek faktörlü açıklamaların aksine, bugün çok faktöre dayalı olarak açıklanmaya çalışılmaktadır. Hastalık tanımları gibi sağlık tanımları da sabit değildir. Psikiyatri, ruhsal rahatsızlıklar hakkında bir takım kriterler ileri sürse de, sağlığın ne olduğu ve bunun nasıl geliştirileceği konusunda, pek net değildir. Hastalık ve sağlıkla ilgili tanımların, farklı sosyal-kültürel ortamlara ve zamana göre değişen nitelikleri vardır. Genel anlamıyla, sağlık, yalnızca, toplumdaki bireylerin hastalık, rahatsızlık ve sakatlıklarının olmayışı değil, aynı zamanda o toplumdaki bireylerin akılsal, fiziksel, ekonomik ve sosyal açıdan da tam bir huzur ve uyum içinde bulunmaları durumudur. Sağlığın işlevsel tanımı ise, bireyin dengeli bir durumundan ziyade, neşeli olduğu bir hali içermektedir (Cirhinlioğlu, 2001: 22-27).

Hastalık ve sağlıkla iç içe olan iki kavram vardır. Bunlar, normallik ve anormallik kavramlarıdır. Ancak, bu konuda da bir fikir birliği yoktur. Yine bu konuda verilen sosyal uyum ve bireysel kişilik özelliklerine ilişkin tanımların, kültürel değer yargısı içerdikleri ve toplumsal yapıya, ekonomik sisteme göre değişen, göreceli tanımlar oldukları söylenebilir. Bu anlamda, depresyon tanımlarında görülen bazı duygu ve davranışların, daha önce normalleştirilen ve hatta din kurumu içerisinde, sufi öğretilerinde, "kemalata" varmak için görülmesi ve aşılması gereken basamaklardan biri olduğu söylenebilir. Yine, geleneksel kültürümüzde, acı ve hüznü yönelik bakış açısında da, bugün hastalık içerisinde değerlendirilen, benzeri yönelimlerin olduğunu söyleyebiliriz. Bu konuda ileri sürülen kişisel özelliklerin de, aynı şekilde, göreceli olduğunu söyleyebiliriz. Örneğin, başkalarını kullanan, sömüren, toplumsal sorunlara duyarsız kişi mi, yoksa, başkalarının acılarına duyarlı ve bu konuda kaygıları olan, bencil olmayan, paylaşımcı kişiler mi sağlıklıdır? Normallik ve anormallik konusunda, kendisine soru sorulan Freud, çalışabilmenin ve sevmenin, ruh sağlığında bağlayıcı kriterleri olabileceğini ileri sürmüştür. Ancak, bunlar da içinde yaşanan toplumu ilgilendiren ve kültürel değer yargılarına bağlı bir içerik taşımaktadırlar. Bleuer, öğrencisiyle yapmış olduğu bir görüşmede, "hiç kimseye normaldir belgesi verme, ben karıma bile vermem" diyerek, ruh sağlığının öyle, kolay tanımlanabilecek bir şey olmadığını, ifade etmek istemiştir (Öztürk, 1997: 103).

Maslow'un, ideal ruh sağlığının özelliklerinden biri olarak ileri sürdüğü, sosyal ilgiyi, Adler de psikolojik yaklaşımlarının temeli olarak, özdeşleşme duygusuyla birlikte

ileri sürmüştür (Adler, 1997: 26). Dikkat edilirse, bu ifadelerde, ruhsal sağlıkla, ekonomik, sosyo-kültürel ve siyasi yapı arasındaki ilişki, açıkça görülür. Meninger'e göre, Kreaplin'in psikiyatrik tanılarındaki ana referansı, bireyin çevresine uyum konusunda yaşadığı başarısızlıktır (İşcan, 1995: 56). Hastalığın, sosyal uyum çerçevesindeki bu yorumu, onun, sosyal sapmayla ne kadar yakından ilgili olduğunu göstermektedir. Hastalığın çeşitli belirtilerinin, psikiyatrik kriterler ışığında değerlendirilmesi, bu sonucu değiştirmez. Çünkü, ruhsal hastalıklarda, normallik sorunu, her şeyden önce, genel çoğunluğa bakılarak ele alınmaktadır. Bu anlamda, kişinin ruhsal yaşamı, büyük ölçüde, içinde yaşadığı toplumdaki inançların, duyguların, ümit ve korkuların, tutumların genel niteliğiyle yakından alakalıdır.

Parsons'a göre hastalık, sadece patofizyolojik bir süreç olarak görülmemeli, esas olarak sosyal bir fenomen olarak da görülmelidir. İnsanlar hastalandığında Parsons'a göre oldukça standart dört rol beklentisiyle karakterize bir sosyal rolü benimserler (Demirci, 1994: 20).

- 1-Hasta aciziyetinden ötürü "sorumlu" tutulamaz.
- 2-Mutat rollerinden ve görev yükümlülüklerinden muaf tutulur.
- 3-Hasta bu rolden çıkmayı ve iyileşmeyi arzuluyor olmalı.
- 4-Teknik olarak etkili tıbbi öneriler talep etmek ve bunlara uymak zorundadır.

Hastalık, Parsons'a göre, mutad rol beklentilerinden geçici bir sapmaya izin veren ama aynı zamanda sosyal istikrarın devamında rol oynayan önemli bir sosyal roldür. Bu anlamıyla, hastalık, bir tür sapmadır ve dolayısıyla bir sosyal denetim sorunu olarak değerlendirilmektedir.

Fromm, ruhsal hastalıkla ilgili olarak, toplumsal uyumun, bu kadar önemli olmasının, insanların "bir olma" ihtiyacından kaynaklandığını belirtir (Fromm, 1993: 185). Çünkü, insanın en temel korkularından biri yalıtılmaksa, en fazla arzuladığı hislerden biri de ait olma, özdeşleşme ve toplulukta erime duygusudur. Bu bağlamda, ruhsal hastalık tanısı, topluma uyumu temel aldığından, sosyal bir nitelik taşımaktadır. Ancak, bireyin ruhsal sağlığının değerlendirilmesinde, onun topluma uyumuyla, ona tabi olması arasındaki farkın, ayırt edilemediğini düşünüyoruz. Bunun yanı sıra, topluma uyum, bireyin sağlıklı olup olmamasında yeterli bir ölçü olamaz; çünkü, toplum, sağlıklı olmayabilir. Ayrıca, toplumun, bireylerin ihtiyaçlarına cevap verip

vermemedeki yeterliliği, ruhsal hastalık ve sağlık açısından, ölçülmesi gereken, asıl kriteri oluşturmaktadır.

Topluma adaptasyon sorunu, yaşanan sosyal, ekonomik değişmelerle birlikte değerlendirildiğinde, ruhsal ve sosyal şartlar arasındaki dengesizlik, stresten, ruhsal hastalığa uzanan süreci belirler. Bu anlamda, toplumumuzda en basitinden, devalüasyonun, sınıfsal uçurumların, adaletsizliklerin, birer anomi durumu olan sosyal sarsıntıların, ruhsal bir hastalık mı yoksa, sosyal ekonomik bir hastalık konusu mu olduğu sorusu, tartışılmalıdır. Ayrıca, sosyal uyum, ruhsal hastalıkta temel alındığına göre, farklı değer ve normları içerisinde barındıran modernleşme, bireyin topluma uyumunu, toplumla özdeşleşmesini engelleyen çelişkileri, bir anlamda, uyumsuzluğu kurumsallaştıran yapısıyla, ruhsal hastalık çerçevesinde ele alınarak yorumlanabilir.

Bu anlamda, düşük sosyo-ekonomik durumun ve eğitimsizliğin de ruhsal hastalıklarla olan ilişkisi, karşılıklı etkileşimler çerçevesinde ele alınıp irdelenebilir. Bunun yanı sıra, uzmanlaşma ve sosyal değişmelerle birlikte, fonksiyonlarını tek tek diğer kurumlara bırakan ailenin, ruhsal sağlıkla, karşılıklı ilişkileri ele alınabilir. Ayrıca, kır ve kentlerde, ruhsal hastalık bakımından ne tür farklılıkların olduğu araştırılabilir. Çünkü, hastalık türlerinin, bu ayrıma göre farklılaştığını gösteren araştırmalar da bulunmaktadır. Bu araştırmalarda, kırsal kesimlerde, daha çok paraziter ve bulaşıcı hastalıkların olduğu ve bunların tedavilerinde geleneksel yöntemlerin kullanıldığı yönünde bulgular elde edilmiştir (Sungur, 1989: 173-211). Halbuki, Wirsing, kentsel kesimlerde, salgın hastalıklar olmasa da, kronik hastalıkların (stres, alerji, kalp rahatsızlıkları gibi) oldukça ciddi boyutlar kazandığını ifade etmektedir. Çünkü, kentsel kesimlerdeki nüfusun heterojenliği, yoğunluğu ve ilişkilerin karmaşıklığı, insanlarda bir takım kronik hastalıklara yol açar (Wirsing, 1985: 307). Toplumdaki insanları, sağlık-hastalık konularında bilgilendirerek, onları hastalık ve rahatsızlıklardan arındırmaya çalışan sağlık kurumu, insanlara sağlıklı yaşam tedarik etmek suretiyle, temel sağlık hizmetlerini sunabilir. Bu itibarla, sağlık kurumu, sosyal sistemin bir alt sistemi olup, sosyal yapının diğer kurumları ile yani, eğitim, din, aile, ekonomi, sosyal tabakalaşma ve siyaset kurumları ile bir takım etkileşimlere sahiptir.

## 2. TEORİK ÇERÇEVE

### 2.1. Ruhsal Hastalık Teorileri ve Depresyon

Depresyon hakkında ileri sürülen farklı modellerin, basit bir paradigma farklılığının, disiplin farklılığının ötesinde, aynı zamanda, farklı menfaatleri temsil ettiklerini ifade edebiliriz. Bilindiği gibi Kuhn, bilim tarihi incelemelerinde, bilimsel bir modelin kabul edilmesinin veya reddedilmesinin, sadece bilimsel hassasiyetlerle olmadığını, bu tür model farklılıklarında, tercihlerinde, sosyolojik ve psikolojik faktörlerin oldukça belirleyici olduğunu göstermiştir (Nedlemann, 1994: 74-76). En basitinden, bugün, biyolojik modelin arkasında, sağlıkla, tıp alanıyla oldukça yakın ilişkileri olan ve yıllık gelirleri milyar dolarları bulan, ciddi bir ilaç sektörü bulunmaktadır. Bunun dışında, bir başka örnek de, sosyolojik modellerin, açıklamaların dikkate alınmasında, toplumsal-kültürel yapılanmanın gelişmiş olup olmasının, koruyucu sağlık anlayışlarına ve haliyle sosyal, ekonomik politikaların sağlık üzerindeki belirleyici etkinliğine yönelik ön kabullerin, sosyal devlet anlayışına ilişkin kavramların, belirleyici olacağını söyleyebiliriz. Depresyonu açıklayabilmek amacıyla, çeşitli kuram ve modeller geliştirilmiştir. Bunlar, biyolojik-psikiyatrik, psikolojik ve sosyolojik olmak üzere, üç başlık altında toplanabilir. Bu, insanın hem biyolojik, hem psikolojik ve hem de sosyal bir varlık olmasının doğal bir sonucudur. Biyolojik yaklaşımlar, depresyonun gelişmesinde, biyo-kimyasal faktörleri, nedensel açıklayıcı olarak değerlendirirler de, bu faktörlerin bir neden mi yoksa, depresyonun bir sonucu mu olduğu tartışmalıdır. Çünkü, bu tür biyolojik değişkenleri inceleyen deneyler, temelde, depresyon ortaya çıktıktan sonra yapılan ölçümlere dayanmaktadır. Ayrıca, yaşanan sorunların, streslerin, bireylerin vücut sıvılarında, bir takım biyo- kimyasal değişmelere neden olduğu, bilinen bir gerçektir. Biyolojik-psikiyatrik yaklaşımlar, konumuz dışında kaldığı için, burada inceleme gereği duymadık. Ancak, bazı psikolojik yaklaşımları, sosyolojik bilgi gövdesine olan yakınlığı çerçevesinde değerlendirerek, ele almayı uygun gördük. Çünkü, bugün psikoloji disiplininden elde edilerek, sosyolojide kullanılan ve sosyolojinin kavramsal çerçevesine paralel birçok bilgi olduğunu biliyoruz.

Ruhsal hastalıkları ve depresyonu anlamada, mikro ve makro olmak üzere, iki genel teori grubundan bahsedebiliriz. Makro yaklaşımlar içerisinde, fonksiyonalist teori, anomi-gerilim teorisi, çatışma teorisi, sosyal sınıf-alt kültür teorisi; mikro teoriler içerisinde ise, sembolik etkileşimcilik, sosyal öğrenme teorisi, öğrenilmiş çaresizlik,

bilişsel teori, kişiler arası ilişkiler-alışveriş teorisi ve etiketleme-sosyal sapma teorisi sayılabilir. Makro düzey yaklaşımlar, sosyal olguları ele alırken, sosyal yapıyı oluşturan kurum ve fonksiyonlar üzerinde durur. Makro düzey analizlerin, bireylerin tekil yaşamlarına, doğrudan bakabilmede yaşadığı zorluğa karşın, mikro düzey yaklaşımların bu konuda, daha elverişli olduğu söylenebilir. Ancak, mikro düzey teoriler de, kişinin diğerleriyle iletişimde belirleyici etkileri olan büyük organizasyonlar ve daha geniş sosyal yapılar hakkında yeterince ayrıntı vermemektedir. Mikro düzeydeki yaklaşımlar, bireylerin yaşadıkları grup veya toplumdaki diğerlerine göre, sosyal tepkilerini şekillendiren bilişsel varlıklar olduğunu ileri sürerler. Kişi, bir duruma ait anlamı, bilişsel öğrenme süreçleri aracılığıyla, sembolik olarak dilde ifade edilen sembollerden ve sosyal deneyimlerden hareketle paylaşır. Bir bireyin, normal olarak düşünülüp düşünülmemesi, belirli bir bağlamdaki bireylerin gerçekliğe ait düşünce ve duygularının, diğerlerinin durumlarıyla ve savunduklarıyla karşılaştırılmasına bağlıdır. Böylece, mikro düzey teorilerinin gücü, insanların gündelik yaşamlarını nasıl gördüklerini açıklama kapasitesiyle yakından alakalıdır.

## 2.2. Bazı Psikolojik Teoriler

### 2.2.1. Bilişsel Teori

Depresyonda, duygusal bir bozukluktan ziyade, bilişsel bir bozukluğun açıklayıcı olduğunu ve bunun da, duygusal bozukluğa öncel olduğunu belirten Beck, buna karşın, bilişsel durumun, depresyonun etiolojisini oluşturduğunu belirtmez. Ona göre, düşüncelerdeki bilişsel çarpıklık, depresyonun bir nedeni olmayıp, onun bir özelliğidir (Sungur, 1993: 448).

Bununla birlikte, 1970'lerde tartışıldığı gibi, depresyonda görülen bilişsel sorunların, depresyonun bir sebebi mi, yoksa onun bir sonucu mu olduğu, halen tartışılmaktadır. Bilişsel yatkınlığın, çocukluktan itibaren edinilen ve kolay kolay değiştirilemez bir şemaya sahip olduğunu belirten Beck, bu şemaların, kendi içinde tutarlı ve değişime karşı dirençli olduklarını belirtir. Yaşanan olumsuz bir olayın, altta yatan bilişsel bir şemayı harekete geçirdiğini belirten Beck, bu olumsuz durumlarda, bireylerin, kendilerine, geleceklerine ve dünyaya, çevrelerine karamsar bir gözle baktıklarını ifade eder (Sungur, 1994: 16-18). Ona göre, bu durumdaki bireyler, kendilerini değersiz, çaresiz ve sevilmeyen şekilde değerlendirirler ve karşılaştıkları olaylarda da, her şeyin en kötüsünü ve olumsuzunu düşünerek, kötümser yargılar geliştirirler (Ünal, 1993: 353).

Bilişsel modele göre, Freud' un düşüncesinde olduğu gibi, bireyin çocukluk yaşantıları, onun daha sonraki düşünce davranış, tutum ve duygulanma repertuarını belirler. Bu ilk yaşantılar, otomatik ve kalıplaşmış çıkarımların kökeninde bulunduğu için, ortaya çıkan sorunların kaynağının fark edilmesi güçtür. Yine bilişsel modele göre, bireyin düşünce ve duygularının temelinde karşılaşılan uyarıcıları bilişsel unsurların etkisiyle yorumlama ve onlara anlam verme çabası bulunur. Ancak, burada hakim paradigma, sorunların kaynağında bireyin bulunduğudır. Halbuki sorunlar, bireyi kapalı devre gibi ele alarak, anlaşılabilir. Çünkü birey, kendisinden önce varolan değerler ve sosyal ilişkiler kalıbı içerisinde şekillendirilir ve bu belirlenimin çapı, sadece çocukluk dönemiyle de sınırlı değildir; devam eden yaşamın içinde yeşerdiği kültür ve sosyal yapı, sadece yarattığı sorunlarla değil, aynı zamanda bilişsel yaklaşımın, otomatik şema denilen cevap menüsünü de belirleyerek, bireylerin sorunda buldukları karmaşık norm seçeneklerinin ve kalıplaşmış sapma yollarının bir kompozisyonunu sunar. Bu anlamda,



insan ilişkilerinin nispeten süreklilik taşıyan, düzenlenmiş, kalıplaşmış bir halini sunan sosyal kurumlar, değer yüklü duygusal inşalarıyla, bilişsel yapımızın süreklilik taşıyan, kalıplaşmış haritasını yapılandırır ve ona paralellik arz eder.

Bilişsel model, depresyon oluşumunda, içsel ve bilişsel süreçlerin, dış uyaranların etkilerinden daha fazla bir etkiye sahip olduklarını belirtir. Bilindiği gibi, idealistler, gerçeğin aslında dışarıda olmadığını ve onu oluşturanın, düşüncelerimiz olduğunu söylemişlerdir. Bu anlamda, stresli bir olayın, aslında içimizde etkisini gösteren, olumsuz bir düşünceden başka bir şey olmadığı fikri, yeni değildir. Bunu doğrularcasına, konuşma terapileri aracılığıyla, düşünceleri değiştirmek suretiyle, duygusal yaşantının değiştirildiğine ilişkin bulgular bulunmaktadır. Hatta, Rush ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, bilişsel terapinin, antidepresif ilaçlardan daha fazla etkili olduğu saptanmıştır (Alper, 2001: 31).

Depresif durumda olanların, bu bilişsel çarpıklıklarına eşlik eden kendilikle ilgili değersizlik, sevilme, yetersizlik ve başarısızlık gibi düşüncelerinin, eğitim tarzı, toplumsal statü, modern değerler ve sosyal kültürel yapımızla alakalı olabileceğini söyleyebiliriz. Örneğin, başarısızlığın değersizlik olduğunu, başarının, kendini ispatlama zorunluluğunun, maddi bir içerik taşıdığını biliyoruz. Depresyonun da önemli sebepleri arasında gösterilen ve belirli bir benlik değeri oluşturan bilişsel unsurların başında, mükemmellik, kendini ispatlama, aşırı kontrol, geleceğin kontrolü, şöhret, para, güzellik gibi özelliklere ve kişinin, başkalarının gözündeki değerine verdiği önem gelir. Burada ileri sürülen bilişsel unsurlar, toplumumuzun hakim değerleri arasında olup, aileden okula uzanan sosyalleştirme sürecinin önem verilen unsurlardır. Ancak, hayatın her zaman istediğimiz gibi yürümediğini, mükemmel olmadığını, hayal kırıklığı yaratabilecek şartlardan oluştuğunu kabul etmemizi sağlayacak kültürel değerler olmadığı takdirde, bu düşünce yapısını, terapiyle yaratmaya çalışmanın, sorunu karikatürize etmek anlamına geleceğini düşünüyoruz.

Düşünmenin, öteden beri mantıklı düşünme, yani, varsayılan mantık kurallarına uyan bilinçli düşünme olarak değerlendirildiğini görüyoruz. Ancak, bilişsel psikologlar, mantıklı düşünme süreçlerinin çoğunun altında, bilinçaltı ve otomatik işlemlerin bulunduğunu ve hatalarımızın da bununla alakalı olabileceğini belirtmişlerdir. Aynı şekilde araştırmalar, bir olayın haz ve acı kıstasını yaparken o andaki en yoğun ve en az yoğun duygularımızı baz aldığımızı gösteriyor. Bu psikologlara göre, insanların çoğu,

gelecekteki hayatlarının kendi güvenceleri altında olduğu duygusunu yaratması için bir iyimserlik duygusu taşırlar. Ayrıca, stres ve sıkıntı yaratan iyi-kötü, siyah-beyaz şeklindeki köşeli değerlendirmelerin de kendiliğinden doğmadığını, verili bir sosyo-kültürel örgütlenmenin, zihinsel alt yapısı olduğunu, bir anlamda, Aristo mantığının, yani rasyonel düşüncenin bir görünümü olduğunu ifade etmeliyiz. Çünkü, Aristo mantığı, rasyonel mantık, olayları, doğru-yanlış, iyi ve kötü şeklindeki net ayrımıyla, çelişkileri barındıran, modern hayatı değerlendirmede ve ona tepkide bulunmada, yeterli rezerve sahip değildir. Ölüm hadisesinde olduğu gibi, modern yaşamda, bazı olayların kabullenilmez olarak değerlendirilmesi, yaşananların bastırılmasına veya onların reddedilmesine yol açar ki, bu, bireylerin ruhsal yaralanmalarında ciddi bir zemin oluşturur. Halbuki, geleneksel anlayışta, “hayır da şer de” Allah’ın bir iradesi olarak değerlendirildiğinden, acının reddedilmek yerine, kabullenilmesi, ruhsal sağlık açısından, daha avantajlı imkanlar sunması bu açıdan karşılaştırılabilir.

Bu anlamda, bilişsel işlevlerin, davranışlarımızı belirleyen değerlerin bir yansıması olduğunu, birey bilincinde somutlaşmış ve biraz da bireyselleştirilmiş, kendileştirilmiş bir hali olduğunu söyleyebiliriz. Hallowel, insanoğlunun düşünme şekillerinin, algılarının ve onları belirleyen, düzenleyen etkenin, kültürel sembol sistemleri olduğunu belirtir (Bock, 2001: 114). Dolayısıyla, bilişsel bir tepkinin, uyararla tepki arasında, ara değişken olduğunu ve uyarının, birey için ne anlama geldiğini ve tepkinin nasıl olması gerektiğini, bu anlam temelinde örgütleyen, belirleyen asıl faktörün, kültürel sembol ve değerler olduğunu söyleyebiliriz.

Bilişsel şemalar, bireylerin daha kolay adapte olmak için geliştirdikleri, davranışlarına yol gösteren, tutarlı ve süreklilik arz eden bir çerçeve olduğundan, bir taraftan hayatı daha kolay değerlendirmeye yararken, öte yandan da, hızlı değişmeler karşısında, yeterli esnekliğe sahip olmamalarından dolayı, beklenmedik sarsıntılara neden olup, ruhsal gerilimlere yol açabilirler. Yani, gestalttan hareketle, bilişsel tutarlılığımız, sosyal değişmelerin hızına ters düştüğünden, değer sarsıntılarını yeniden örgütleyemeyen bilişsel şema, psikolojik sorunlar doğurabilir. Bu bize, anomi durumundaki bireylerin, neden rahatsızlandıklarını açıklayabilir niteliktedir.

Bizleri, olaylara duyarlı veya duyarsız yapan apriori bir beyin olmadığına göre, bu anlamda, Kant’ı doğrularcasına kategorik olarak, başımıza gelenleri değerlendirmede, mutlak bir nesnellik de yoktur. Öyleyse, bu izafilik, olayları değerlendirmede sosyal yapı

ve değerler, zihniyet Őemasının atıfta bulunabileceği nihai temel olarak değerlendirilebilir. Bu anlamda, toplumsal sistem, sosyal çatışmaları, çelişkileri dzenleyerek veya baskılayarak, ruhsal bozuklukları yaratan filtreyi, bizatihi, devamını sağlamak için, üretir. O halde, nasıl ki olayların olumsuz çarpıtılması, ruhsal durumu iyi olmayanlara atfediliyorsa, olumlu çarpıtmalar da, normal varsayılan insanlara atfedilebilir. Bu anlamda ekonomide, adalette, sağlıkta ve eğitimdeki birçok olumsuzluklara rağmen, insanların sosyal duyarsızlığı, tepkisizliği, psikiyatrinin ilgisini çekmeyen bir hastalık olarak, başka isimlerle (duyarsızlık) ortada durmaktadır. Bu itibarla çalışmanın, üretmenin merkezi olduğu bir anlayışın, ruhsal hastalığı ve onun niteliğini belirlediğini söyleyebiliriz (Şahin, 1996: 1-3).

Bilindiği gibi, değerler, davranış ve normları belirleyen, motive eden kurumların temelini oluşturan kültürel kodlardır. Bu anlamda, davranışlarımızı belirleyen, neredeyse, otomatik tepki vermemizi sağlayan değerler, sahip oldukları tutarlılıkla, nerede, nasıl davranacağımızı belirleyen bir işlev üstlenirler. Değer ve inançların bu tutarlılığı, sürekliliği, bilişsel Őemalara atfedilen tutarlılık ve süreklilikle örtüşür. Ancak, modern dönemlerle birlikte, ailevi, hukuksal, ekonomik ve ahlaki değerlerin, sadece, kendi aralarında değil, aynı zamanda, kendi içlerinde de farklılaşmaları, bu bilişsel tutarlılığın boşlukta kalmasına veya çelişkili sonuçlar doğurmasına neden olmaktadır. Kültürel değerlerin ve sosyal yaşamın bir parçası olan kalıp yargılar, bireylerin rol Őemalarını etkileyen, onların diğer insanlarla ilgili beklenti ve bilgilerini örgütleyen yol göstericiler olarak, davranış ve duygular üzerinde belirleyici etkilerde bulunurlar (Dönmez, 1994: 228-229). Bir başka açıdan ise, toplumsal roller, belirli norm ve davranışları kazandırarak, bireylerin olaylara nasıl bakacağını belirleyen, bilişsel bir alt yapı oluşturur. Bu açıdan, bilişsel yapımız, toplumsal pozisyonumuzla yakından ilgilidir. Bu anlamda, kalıp yargılarımız, bilişsel etkileriyle, nesnel gerçekliğin verilerini değiştirerek, ona, kendine göre anlamlar yüklerken, sosyal yapının görünümlerini ve çelişkilerini yansıtırlar.

Söz konusu bilişsel unsurlar, bir çarpıtma olmayıp, çocukluktan yetişkinliğe kadar devam eden kültürlenmenin tabii ama, olumsuz, çelişkili sonuçlarıdır. Önceki yaşantılardan elde edilen verilerin kullanılması, herkesin farkında olmadan kullandığı, genel bilişsel tarzdır. Bu itibarla, depresyonlularla ruhsal hastalığı olmayanlar arasındaki bilişsel fark, nitelik farkı olmayıp, bir nicelik farkıdır. O halde, anomik ortamlarda, genel

olarak bireylerin, ruhsal açıdan normal olamayacağını çağrıştıracak bir şekilde, depresyonlu kişiler, aşırı sosyalleşmenin kurbanıdır ve dolayısıyla diğer normal insanlar ya sapkıncıdır veya bastırma ve yadsıma mekanizmasını ustaca kullanan alestimiklerdir (Arslan, 1998: 33-34).

Ekonomiden hukuka, sağlıktan eğitime ve politikaya kadar birçok alanda, ciddi sorunların yaşandığı ülkemizde, insanların ümitsizlik ve endişeleri, Beck'in, belki, Batı insanı için anlamlı bir çözümlene olabilecek olumsuz bilişsel çarpıtma modeli, yeterli olamaz. Bu anlamda, ruhsal hastalıkların ve özelde de depresyonun, insanların tortulaşmış sorunlarıyla baş etmede, ümitsizlik yaratan güçlüklerin bir sonucu olarak değerlendirilmesi gerekir.



### 2.2.2. Davranışçı Teori

Artık, günümüzde, davranışçı yaklaşımlarla bilişsel yaklaşımların, gittikçe birbirlerine yaklaştıkları ve tedavi sürecinde, bu iki faktörün birlikte uygulanarak, daha erken ve daha iyi sonuçlar alınabileceği yönünde bulgular vardır (Sungur, 1994: 455). Bu nedenle, bilişsel çalışmalar, bireylerin inançlarını ve bilişsel yapılarını değiştirmeye çalışırken, davranışçı model ise, depresif bireylerin, azalan davranışlarını tekrar arttırarak, önceki etkinlik seviyesine getirmeye çalışır. Çaresizliğe ilişkin, bilişsel yapıyı değiştirmenin en iyi yolu ise, kısırdöngüyü kırarak, etkinliklerle performansı arttırmak olarak düşünülmektedir. Davranışsal bir değişikliğin kalıcılaştırılması, durağanlık-yetersizlik şeklindeki kısırdöngüyü kırarak, bireysel yetkinlik düşüncesini yaratabilir. Nitekim, W. James de, kararımızı vermekle o an duygularımızı değiştiremeyebileceğimizi, ancak, hareketlerimizi değiştirmek suretiyle, duygularımızı değiştirebileceğimizi vurgular (Carnegie, 1998: 64).

Bu yaklaşımda, davranışın olumlu yöndeki pekiştiricilerinin azalmasıyla, depresyonun ortaya çıktığı ileri sürülmektedir. Bu anlamda, Ferster, ölüm, ayrılık ve çevresel değişiklik gibi olumlu pekiştiricilerde meydana gelen azalmanın, depresyona neden olduğunu ifade etmiştir. Dolayısıyla bu yaklaşım, depresyonu yorumlarken, bir anlamda, bireylerin sosyal becerilerindeki zayıflamayla yakından alakalıdır. Halbuki, sosyal beceri, sosyal ilişkileri belirleyen, genel sosyal yapıyla alakalıdır. Sürekli, küçüklükten itibaren ezilen, sosyal ilişkilerde sorunlar yaşayan, olumsuz şartlar altında, mücadele araçlarından yoksun bir şekilde, ne yapacağını bilemeyen kişiler, hayatlarında, kontrol duygularını yitirerek, umutsuzluğu öğrenip depresyona düşebilirler. Bu anlamda, bireylerin çaresizlik algılarının, bireysel bir algı sorunu olmanın ötesinde, belirli ekonomik göstergelerin yanı sıra, insanlar arası ilişkileri belirleyen kültürel, sosyal değerlerle yakından alakalı olduğunu, eğitim seviyesi, sosyal destek sistemleri, aile işlevselliği gibi bir çok sosyolojik değişken tarafından etkilendiğini unutmamalıyız. Abrahamson, olumsuz hayat olaylarının, sürekli ve çok yönlü sonuçları olduğunda, çözümsüzlüğün, sürekli olacağına dair beklentilerin, umutsuzlukla birlikte, depresyona neden olduğunu ifade eder (Aşkın, 1994: 42).

Başta, hayvanlar üzerinde yapılan deneylerin bir sonucu olarak geliştirilen bu teori, daha sonraları, depresyonlu bireylerin çaresiz durumlarını açıklamak için kullanılmıştır. Depresyonun açıklanmasında, öğrenilmiş çaresizlik teorisini geliştiren

Seligman, depresyonun temel sebebinin, olumsuz olayların kontrol edilemeyeceği inancına dayandığını ileri sürer. Miller ise, depresyonun sebebinin örselenme olmadığını, örselenmenin kontrol edilememesi olduğunu, yani bir anlamda umutsuzluk olduğunu söyler. Dolayısıyla, bu düşüncedeki bir birey, kontrol edilebilir bir durumda dahi, herhangi bir tepkide bulunmamaktadır. Bu anlamda, depresyonun en önemli nedeni, olumsuz koşullar karşısında kalan organizmanın, gerekli çabaları göstermesinin, boşuna gideceği inancıdır (Aşkın, 1994: 45). Yapılan çalışmalarda da, kontrol edilemeyen olumsuz olayların, daha sonra, yaşanan olaylardaki davranış repertuarını bozduğu ortaya çıkarılmıştır. Çünkü, olumsuz yaşantılar, çaresizliğin içselleştirilmesiyle, benlik saygısında ve gerekli davranışlarda sürekli düşmelere neden olur. Bu yaklaşım, bireylerin geçmiş yıllarında karşılaştıkları deneyimlerinin, sosyalleşme tarzlarının, onların tepkisiz kalmayı öğrenmelerinde etkili olduğu kanaatine dayanmaktadır. Bu anlamda, bireylerin, bu davranışlarında, sahip oldukları baskın inançları ve değerleri, sosyolojik bir veri olarak ele alınabilir.



### 2.2.3. Psikodinamik Teori

Derinlik psikolojisi de denilen bu teori, Freud'un çalışmalarına dayanmaktadır. Bu teori, ide, egonun manivelasını sunduğundan, biyolojik, deterministik bir içerik taşır. Bilincin, id ego ve süper ego olmak üzere üç boyuttan oluştuğunu ifade eden bu kuram, davranışların asıl belirleyicisi olarak cinsellik ve saldırganlık dürtülerinden oluşan bilinç altına vurgu yapar. Bilişsel modelin tersine, bu modelde, rasyonel düşünce, bilinçdışına bağlıdır. Freud, bireylerin, kaygıdan, acıdan kaçınmak için çocukluktan itibaren savunma mekanizmalarını kullandıklarını vurgular. Bu model, idden veya sosyal streslerden kaynaklanan baskıların anormalliği belirlediğini iddia eder. Bu anlamda, daha az kontrol imkânlarına sahip olan ama, daha fazla tatmin arayışları olanların, daha fazla anormal olabilecekleri ifade edilmektedir (Sürmeli, 1993: 72).

Bu teoride, egonun libido yükünün, nesnelere ikame edilme niteliği oldukça önemlidir. Freud, melankolinin, ambivalans duygular, regresif tepki ve bir nesne kaybı sonucunda meydana geldiğini savunur. Özellikle, bir kayıp esnasında, kendini değersiz, sevilmeyen, terk edilmiş gibi algılayan, birey, benlik saygısını kaybederek kendinden nefret edebilir. Bireyin kendine dönen öfkesi ise, depresyonda önemli bir yer tutar. (Kanakis, 2000: 179). Kaybedilen kişiyle alakalı ikilemli, olumsuz duyguların, karşıdakine yansıtılmayıp kendine yansıtılması, depresyon etiolojisinde önem taşır. Hasta, sevgi nesnesini kendisiyle bütünleştirdiğinden, kötü objeyi cezalandırırım derken, portresi yerine kendini öldüren Dorian Gray'ın kaderine maruz kalır (Alper, 2001: 18).

Psikodinamik teori, depresyonu, temelde, oral döneme saplanmanın, bu dönemdeki çözülmemiş çatışmaların bir ürünü olarak değerlendirir. Bu dönemdeki çatışmaların çözülebilmesi için, babayla sağlıklı bir şekilde özdeşleşmenin büyük bir önemi vardır. Lacan, bireyin benliğinin, ötekinden ayrıştığı ayna evresinde, babanın anne-çocuk arasında yarattığı hayal kırıklıklarında belirleyici olduğunu söyler. Ancak, babayla özdeşimi sağlayan simgesel sistem, ayrışmanın asıl kaynağı olarak, arzuların yerine, kültürün ikamesini sağlayarak bilinçaltını sınırlar ve beni sosyalleştirir (Tura, 1989: 12-24). Psikodinamik, bireyin, anne ve babasından bireyselleşme-ayrışma sorunlarının, onun kişilik gelişimi için hayati olduğunu vurgular. Libidinal gerilemelerin sonucunda, ödips öncesinde, içe alınan sevi nesnelereyle ilgili hayal kırıklıkları ve sevgi-nefret dengesizlikleri, daha sonra yaşanan hayal kırıklıklarıyla tazelenirler. Çatışmalı duygular nedeniyle gücünü ve savunma mekanizmalarını yıpratmış olan ego,

herhangi bir sorun anında, süper egonun yüklenmesiyle kendini acımasızca yargılar. Temelde, bu kişiler, çocukluk yıllarına dayanan bu narsistik yaralanmalarını telafi edebilmek için, bağımlılık, yakınlık ihtiyacı içerisinde girdiklerinden, öfkeyle ilgili duygularını sürekli bastırarak katı bir üst benlik kurar ve bunun altında egolarını tahrip ederek depresyona girerler.

Psikodinamik, fizikteki denge modelinden hareketle, insan psikolojisinin, temelde, tatmin peşinde koştuğunu savunur. Lacan, tatmini, uyarımdan kurtulmak olarak değerlendirir ve tam tatminin cenin halinde mümkün olabileceği düşüncesinden hareketle, bireylerde anne karnına, geriye dönme tarzında bir ölüm içgüdüğü olduğunu ima eder. Ona göre, kültür, bireylerin içgüdülerini kanalize ederek, temsili bir tatmini yaşatır. Bu anlamda, din, sanat gibi önemli kurumlar, bu arayışın bir sonucu olarak, duygusal bağımlılığın bir türevi olarak düşünülmektedir. Kültürel semboller, anneyle ilişkileri sınırlayan rol beklentilerini yaratarak, yeni ikame nesnelere, kökensel arzuları bastırır. Bunu sağlarken, kültür, öncelikle, dinin cinsel yaşamı düzenleyen tabularından yararlanarak düzeni sağlar. Hatta, Freud bu konuyla ilgili olarak, nevrozlarla kültür arasında bir analogi olduğunu ileri sürmüştür.

Bu teori, deterministik bir bakışla, bireyin ruhsal sorunlarını çocukluk yıllarına dayandırarak açıklamaya çalıştığından, yaşanan anın ruhsal hastalığındaki önemini, pek dikkate alınmaz. Bununla birlikte, çocukluktan bugüne taşınan çatışmalar, başlangıçta, bastırmalarla açıklanmışsa da daha sonraları, bu çatışma ve bastırmalar, sosyal değerlerin etkisiyle açıklanmıştır. Söz konusu teori toplumsal benliğin sosyal etkileşim içerisinde nasıl kurulduğuyula ilgili ilginç fikirler içermektedir. Neo Freudcular, biyolojik etkenler yerine, sosyal ilişkiler ve kültür üzerinde durmakta ve daha çok varoluşçuluk akımına yaklaşmaktadır. Lacan, biyolojik bir varlıktan kültürel bir varlık haline gelişi, ödips kompleksine borçlu olduğumuzu ifade etmektedir (Tura, 1989: 52). Ödips, anne ve babayla yaşanan ilişkilerin dönüm noktası olarak toplumsal düzenin ve ötekilerle kurulacak sosyal ilişkilerin çekirdeğini oluşturur. Bazı psikoanalitikler, depresyon oluşumunda, önemli bir aşama olarak bilinen ödips kompleksinin, ataerkil toplumlarda olduğunu, ancak anaerkil toplumlarda bu tür bir sorunun olamayacağını ileri sürerler. Nitekim, Sullivan'a göre ebeveynlerin kendi cinsiyetinden olan çocuklarına yaklaşımlarının, o toplumun rollerini kazandırmak yönelimince belirlendiğini, dolayısıyla da çocuğun karşı cinse yöneliminin cinsel değil kültürel bir sonuç olduğunu belirtir (Tura, 1989: 50-54).

#### 2.2.4. Kaos Teorisi

Kaos, hem düzeni hem de belirsizliği içeren bir meta paradigma olarak bilinmektedir. Doğrusal olmayan dinamiğin, önemli ilkelerinden biri olan kaostun, gerek psikolojide ve sosyolojide, gerekse psikiyatride, olguların ele alınmasında, bir metafor olarak kullanılabileceği fikri, kaostan ruhsal hastalıkların özellikleri, gidişatı ve sonuçlarının karşılaştırılması çabalarını doğurmuştur. Örneğin, kaotik sistemlerin önceki durumlarına duyarlılığı, küçük girdilerin, sistemin kendisiyle orantılı olmayan, büyük çıktılara yol açabilmesi, kendini yapılandırabilmesi ve önceden kestirilemezliği, psikiyatrik hastalıklara uygulanabilecek bir özellik sunmaktadır. Kaostun, bir kargaşa olmadığı ve kendine özgü ilkeleriyle, gizli bir düzen ve determinizm taşıdığı ifade edilmektedir (Gleick, 1995: 120-135). Bazen, bir faktörün, diğerlerinin etkisini belirleyecek bir aşamanın sistemde denge oluşturduğunu, bir süre sonra da, tekrar bu dengenin, başka bir faktörün etkisiyle yerini, çatışmaya bıraktığı belirtilmektedir.

Sabelli ve Carlson, psikodinamik formülasyonda, termodinamiğin ve kuantum fiziğinin baz alındığı varsayımlara dayanarak teklik, zıtların birliği ve yaratıcılık gibi süreçleri, bir yöntem olarak önermektedirler. Düşünce ve beden, madde ve enerjide olduğu gibi, sürekli etkileşimde bulunarak, bir dengeye doğru akarken, belirtilen denge-çözülüş süreçlerini yaşarlar. Teoride, adı geçen zıt tepkiler ve süreçler, yani denge ve çatışma, dikkat edilirse, sosyolojideki çatışmacı teorilerle, neo-fonksiyonalist teorilerin, sosyal süreçlere ilişkin görüşlerinin bir harmonisini sunmaktadır. Kapanmış bir sistemde enerji, dengeye yönelik işler. Dinamikte, “nokta çeker” denilen bu dengeler örneğin, bir depresyonluda yoksulluk, işsizlik, olumsuz geçmiş yaşantılar ya da sevilen birinin kaybı gibi, onarılmak için bekleyen açıklar şeklinde değerlendirilebilir. Gelişimin niteliksel boyutları, bireyi, tıpkı basit bir enerji sürecine dışarıdan enerji verildiğinde olduğu gibi, karmaşık bir döngü yaratacak tarzda etkiler (Sayar, 1998: 213-220).

Depresyonun acısı, “duygusal ve sosyal ilişkileri düzeltin” çağlığı olarak değerlendirilebilir. Burada zıtlık kavramı, sosyal ilişkiler bağlamında ele alındığında, dinamikte devresel çeker olarak dile getirilmektedir. Bu anlamda, nokta çeker, bireyin olgusal durumuna; devresel çeker ise, sosyal ilişkilerine denk düşen bir tarzda yorumlanabilir.

## 2.3. Sosyolojik Teoriler

### 2.3.1. Sosyal Çatışma Teorisi

Çatışma teorisinin temeli, üretim araçlarının paylaşımına bağlı olarak, sınıfsal yapının, sosyal ilişkilerle birlikte, sınıfsal bilinci ve tarihsel gelişimi belirlediği fikrine dayanır. Bu anlamda, sosyal yapı, bireylerin, üretim ilişkilerindeki sahiplik pozisyonlarına bağlı olarak, içerisinde barındırdığı çatışmanın yoğunluğuyla, insanlar arası ilişkilerin niteliğini ve kalitesini belirler (Aron, 1989: 109-110). Sınıf bilinci, çatışma teorisinin ana teması olarak, bireylerin gerçeği algılamalarını ve onların yaşadıkları olaylar karşısındaki davranışlarını ve tutumlarını belirler. Üretim ilişkilerinin, ekonomik ve politik gücü belirlediği varsayımına dayanan bu teori, güç dağılımının kaynakların, sosyal imkânların, kimler arasında, nasıl paylaşılacağını belirlediği düşüncesinden hareketle, sosyal ilişkilerin kalitesini ve ruhsal hastalıkları, sosyal yapıdaki güç ilişkilerinin bir yansıması, sonucu olarak değerlendirir.

Üretim araçlarının, belirli sınıfların elinde olduğu dengesiz bir sosyal yapıda, ekonomik ve sosyal durumları zayıf olan alt sınıfların, kötü koşullarda yaşamak zorunda olmaları, daha avantajsız pozisyonlarının bir sonucu olarak, sosyal düzene yabancılaşmalarına ve belirli bir şekilde davranmalarına neden olur (Cockerham, 1992: 101). Sınıfsal çatışmaların sonucunda beklenen, proleter devrime kadar süren bir dönem içerisinde, yaşanan sorunlar nedeniyle, yabancılaşmanın ve sömürülmenin bir sonucu olarak, zihinsel rahatsızlıklar, sosyal çelişkilerin bir ürünü olarak değerlendirilmektedir. Otomasyon nedeniyle, insan emeğinin yabancılaşması bir yana, emeklerinin sonuçlarını kontrol edemeyen çalışanlar, zihinsel sağlıklarını yitirmeye daha yatkın olurlar.

Bu teori, kapitalist üretimin, çalışma koşullarıyla birlikte, belirli bir sınıfın çıkarına hizmet eden sürekli kar arayışı ve esnek olmayan üretim yapısıyla birlikte, çalışan sınıfların sırtındaki yükü arttırarak, stres ve ruhsal hastalıklara yol açacağını ileri sürmektedir. Bu anlamda, çatışma teorisyenleri, teknolojik gelişmelerin, toplumun yoksulluğunun azaltılmasına yol açmak yerine, sınıflar arasında artan bir farklılığın, yabancılaşmanın, ruhsal yapıyı sarsan bir sosyal çözülmeye yol açabileceğini dile getirmişlerdir (Cockerham, 1992: 101). Çünkü, sosyal çözülmelerin en önemli faktörlerinden biri, sınıfsal uçurumların, sınıfsal farklılıkların, sınıfsal bilinç farklılıkların, sosyal dokuyu bozabilecek boyutlarıdır. Bunun yanı sıra, kapitalist ekonominin çeşitli kurumlarının işleyiş tarzının çeşitli krizleri, para politikaları ve

sıkıntılarıyla birlikte, ortaya koyduğu sorunların, ekonomik değişmelerin ve sarsıntıların sonucunda, birtakım ruhsal sorunlar yaratacağı, tahmin edilebilir.

A.B.D. 'de, ruhsal hastaların hastanelere başvuru oranlarıyla, ekonomik göstergeler arasındaki ilişkileri, sade bir şekilde gösteren Brenner, yaptığı çalışmalar sonucunda, ekonomik değişmelerin kendisinden ziyade, ekonomik seviyedeki aşığı doğru değişmelerin, düşüşlerin, stres ve ruhsal hastalık ürettiğini, ileri sürmüştür. Brenner, ekonomik düşüşlerin, bireylerin sosyal rollerini yerine getirmelerine engel olduğunu ve bu nedenle, A.B.D. gibi ekonomik ağırlıklı bir toplumda, ekonomik kökenli yaşanan sorunların ve stresin, ruhsal rahatsızlıklara yol açtığını ileri sürmüştür (Brenner, 1973: 113-114).

Ekonomik göstergelerdeki düşüşler, alt sınıftaki ailelerin maddi sıkıntılarını arttıracadığından, bu durumlarda evli, erkek ve küçük esnafın, serbest meslek sahiplerinin, daha fazla sorun yaşayacakları tahmin edilebilir. Brenner, yaş açısından da, genç ve yaşlı olanların, ekonomik durumlarını göz önünde tutarak, duygusal açıdan daha fazla yük altında olduklarını ileri sürer. Bununla birlikte, gecekonduların, düşük gelirin, işsizliğin, kısacası, kötü yaşam koşullarının, ekonomik ve sosyal sömürünün, zihinsel bir rahatsızlığıya yönelik etkileri, çatışma teorisinin bu konudaki yaklaşımlarını açıklamaya yetmez. Çünkü, beklentilerimizi belirleyen, birtakım sosyal ve ekonomik ihtiyaçların elde edilememesini ifade eden ekonomik yoksunluk, ancak, kapitalizm bağlamında ve bu sistemin kültürel, sosyal bütünlüğü çerçevesinde değerlendirilebilir. Nitekim, ruhsal rahatsızlıkları çatışmacı teori bağlamında yorumlayan Fransız sosyolog Roger Bastide, çatışmacı teorisinin temelini oluşturan marksist diyalektiğin, bütün olguların ve zihinsel rahatsızlıkların, kendi doğal seyri içerisinde, kendi bütünsel, çevresel bağlamı içerisinde, toplumsal çelişkileri, sınıfsal farklılıkları içerisinde değerlendirilerek, anlaşılabilirliğini ifade etmiştir (Bastide, 1972: 18-20).

Bilindiği gibi, toplum hayatında savaş, çatışma, devrim gibi büyük çaplı olaylardan, fiyat dalgalanmaları, devalüasyon gibi, daha küçük yaşanan birtakım olaylara kadar, maddi ve teknolojik gelişmeler, kültürel değişimler, rastlantısal değerdir. Bunlar, belirli bir sosyal yapının ve bu yapıya yönelik tepkilerin, belirli bir toplumsal sürecin yarattığı sonuçlardır. Öz bilinci, birey olmanın temeli olarak değerlendiren Marx, bunun, ancak, bir bütün olarak toplumla ilgili olduğunu belirtir. Ancak, kapitalist kültür, insanları bireysel olarak, bireyci olarak tasarladığı için, Marx, bu yapının



kültürel ve maddi sonuçlarının, insanları birbirlerinden izole ettiğini belirtir (Lichtman, 1982: 121). Kapitalizmde, çalışma ve üretme tarzı, bireylerin sadece, kendilerini düşünmelerine, onların izole olmalarına ve böylece, birbirlerine, genel olarak da, topluma yabancılaşmalarına neden olmaktadır. Bilindiği gibi, iş ilişkileri ve çalışma, bireylerin diğerleriyle olan ilişkilerini belirleyen önemli bir faktördür.

Çalışma ethosu, kapitalizmde, üst sınıf tarafından kontrol edildiğinden, sosyo-ekonomik avantajlar, alt sınıfların aleyhine gelişir. Bu sosyal durum, bilişsel ve duygusal olarak emeklerinden ayrılan ve böylece yabancılaşan çalışanların, kendilerini, diğerlerinin kendilerini düşündüklerinden daha az düşündürür. Bu anlamda, çatışma teorisi açısından önemli olan, insanların birbirlerine bağımlı olmaları değil, onların ruhsal rahatsızlıklarına neden olan, birbirlerine “yabancılaşmaları” duygusudur.

Navarro, bugün, tüketici kültürünün egemen olduğu bir sosyal yapının, bireylerin “sahip olma” beklentilerini ve davranışlarını etkilediğini söyleyerek, bu beklentilerinin ve sahip olma durumlarının, hem kendi ruhsal yapılarını ve hem de diğerleriyle olan ilişkilerini belirlediğini söylemektedir. Bu yabancılaşma, kişinin çalışma dünyasında, istismar edilmiş olmalarının yarattığı avantajsız pozisyonlarına ve umutsuzluk duygularına dayanır. A.B.D.’de, çatışmazlık teorisinin çağdaş yaklaşımları işçi, yönetim, coğrafi bölgeler, politik partiler ve diğer çıkar gruplarının çatışmaları yerine, genel sınıf mücadelelerini analiz etmeye çalışmıştır. Bununla birlikte, çatışma teorisi, homoseksüelliğin bir hastalık olarak kabul edilmekten çıkarılmasını örnek göstererek, politik güç mücadelesinin, psikiyatrik tanı konusunda bile, ne kadar etkili olabileceğini göstermektedir (Navarro, 1986: 32-34).

Çatışma perspektifini, yazılarında kullanan T. Szasz, zihinsel hastalığın bir mit olduğunu ve aslında, psikiyatrinin, yaşamı problematik haline getirdiğini ve güç yapısı tarafından belirlendiğini ifade etmiştir. Szasz, savında, insanları zihinsel hasta olarak yargılayan standartların, sosyal, psikolojik, ahlaki ve yasal standartları içeren konular olduğunu ve psikiyatrinin de, sosyal düzeni temsil ettiğini ifade etmektedir. Burada, hasta rolü, statükoyu sürdürmede uygun bir manupülasyon imkânı sunmaktadır. Çatışma perspektifi açısından, hasta rolü, cemiyet içindeki zorlayıcı sosyal yapıları dengeleyerek, bireylerin ve grupların, sosyal yapıdaki asıl gerilim kaynaklarını hedef almalarına engel olur. Bu anlamda, hasta rolü öbür türlü tatminsizlik ve çatışma odağı olabilecek gerginlikleri hafiflettiği ölçüde, sosyal değişimin önünü alan muhafazakar bir



mekanizma olarak değerlendirilmektedir. Bu sapma davranışı, izole eden yönüyle, köklü sosyal değişimi önleyerek, muhalefet oluşumunu kıran bir özellik taşımaktadır. Bu süreçte doktorlar da “gizli sosyal denetim uzmanları olarak iş görürler. Bu bağlamda, psikiyatrinin, çatışan gruplar arasında bir taraf olarak, statükoyu sürdürmeye yaradığı ve onun, kurumların bir temsilcisi olarak bir sosyal kontrol işlevini üstlendiği ifade edilmektedir. Arlene Daniels, çıkarların çatışan nabzı arttığında, psikiyatrların kararsızlığını fark eder ve tedavi ortamında alınan kararların, her zaman hastanın çıkarına hizmet etmeyebileceğini, kararsızlık durumunda da, psikiyatra düşen görevin, hastayı sistem içerisinde tutmak olarak şekillendiğini söyler (Ehrenreich, 1978: 32).

Bununla birlikte, ekonomik çatışmanın, çıkar grupları arasındaki sınıfsal çatışmaların, ruhsal hastalıklara nasıl yol açtığı konusunda ileri sürülen fikirlerin, deneysel bulgularla desteklenememesi nedeniyle, çatışma teorisinin, ruhsal hastalıkları açıklamada, tek başına yeterli olmadığı söylenebilir.

### 2.3.1.1. Sosyal Sınıf Teorisi

Yapılan çeşitli araştırmalarda, sosyal sınıf ile ruhsal hastalıklar arasında birtakım ilişkilerin olduğu tespit edilmiştir. Ancak, bu konuda farklı fikirler ileri sürülmüştür. Sosyal sınıfla, ruhsal hastalıklar arasında genelde, üç tür açıklama yapılmaktadır. Bunlardan biri, genetik faktörlerin; diğer bazıları ise, sosyal stres ve sosyal seleksiyon görüşünün, ruhsal rahatsızlıklarla sosyal sınıflar arasındaki ilişkilerde, baz alınması gerektiğini ifade etmişlerdir. Bazı düşünürler, bireylerin, genetik yatkınlıkları nedeniyle, ruhsal hastalıklarından ve kişisel özelliklerinden ötürü, alt sosyal sınıfta kaldıklarını ifade ederek, biyolojik paradigmayı ön plana çıkarmaya çalışmışlardır. Bununla birlikte, kader düşüncesinin, alt sınıflarda daha fazla olması, bu sınıfların zorluklarla mücadele etmeyi öğrenmelerinde, hayatlarını kontrol etmede, yetersiz kalmalarına neden olduğundan, bu sınıflardaki bireylerin, ruhsal açıdan rahatsızlanmaları, daha olası görünmektedir (Cockerham, 1992: 164-165).

Bu konudaki ilk çalışmalardan biri, A.B.D. 'de "büyük depresyon" adı verilen, 1929 yılı ekonomik krizinden hemen sonra, Chicago'da, Faris ve Dunham tarafından yapılmıştır. Faris ve Dunham bu çalışmalarının sonucunda, slum bölgelerindeki alt sosyal sınıflarda, daha şizofrenik hasta olduğunu ortaya koymuşlardır. Onlar, inceledikleri kişilerin, bu düşük statü ve yoksulluklarının, onların sosyal ilişkilerden izole olmalarına ve böylece, şizofreninin münzeviliğini andıran temel kişiliğinin ve ruhsal pozisyonunun oluşmasına neden olduğunu ifade etmişlerdir (Dunham, 1977: 151).

1950 yılına gelindiğinde, bu kez de, A.B.D.'nin bir başka bölgesinde, New Haven' de, sosyolog Hollingshead ve Redlich tarafından geniş çaplı bir araştırma yapılmıştır. Bu araştırmada, ekonomik durum, meslek, ırk, etnisite, din ve yerleşim yeri gibi, bir takım sosyal değişkenler kullanılarak, bir sosyal pozisyon ölçeği oluşturulmuştur. İki sosyolog, gelir, aile geçmişi, etnik köken faktörlerini, birbirleriyle olan ilişkileri bağlamında, tekrar değerlendirerek, görüşülen kişilerin, sosyal pozisyonlarını alt-üst, üst-üst, orta-üst gibi, yeni kıstaslar oluşturmuşlardır. Bu çalışmaları neticesinde, iki araştırmacı, alt sınıflardaki kişilerin, ekonomik ve sosyal açıdan olduğu kadar, hukuksal açıdan da oldukça fazla zorlandıklarını ortaya koymuşlardır. Bu iki sosyolog, sonuç olarak, ruhsal hastalık oranlarına bakarak, belirli ruhsal hastalık tiplerinin, belirli sosyal sınıflarda yansıdığını bulmuşlardır. Ancak, Hollingshead ve Redlich'in verileri, sadece, tedavi almış olan kişiler üzerinde yapıldığından, bu bulguların, tedavi olmayan kişilere

yanıtılmasının, zor olduğu ifade edilmektedir. Bununla birlikte, bu çalışma, sosyal faktörlerin, ruhsal hastalıkların türleri ve dereceleriyle, psikiyatrik tedavi alma şekilleri arasında, bir ilişkisinin olduğunu ortaya koymuştur.

Hollingshead ve Redlich'in incelemeleri, sadece, tedavi alan ruh hastalarını ele almış oldukları için eleştirildiğinden; Srole, daha geniş bir örnekleme planı yaparak, tedavi almamış olan ruhsal hastaları tespit etmeye ve bu kişilerin sosyo-ekonomik değişkenlerini incelemeye karar vermiştir (Hollingshead, 1953: 163-169). Psikiyatrlarla işbirliği yapılarak tamamlanan bu çalışmada da, alt sınıflardakilerin, diğer sosyo-ekonomik gruplara kıyasla, ruhsal hastalıklarının daha yaygın olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada, üst sınıftakilerin, "iyi" kategorisine ait ruhsal özellikleri daha fazla taşıdıkları, buna karşın, çocukluk yıllarından itibaren, hayatlarında sürekli zorluklar yaşayan alt sınıf insanların ise, "kötü" olarak nitelendirilen ruhsal özelliklere daha yaygın bir şekilde, sahip oldukları gözlenmiştir.

Bireyin sosyal pozisyonuyla benlik saygısı arasında önemli bir ilişki vardır. Çünkü, benlik saygısı, bir anlamda, kişinin kendi kişisel özelliklerini beğenmesini, değerli ve başarılı örmesini ifade eder. Benlik saygısı, ümitsizlik duygusu ve depresyon arasında önemli bir bağlantı vardır. Ümitsizlik duygularının ve düşük benlik saygısının oluşmasında ise, ailenin sosyo-ekonomik kökeniyle yaşanan travmaların belirleyici bir etkisi vardır. Genel olarak benlik saygısı, bireyin sahip olduğu statü ve rollerinin sonucunda edinilir. Nitekim, Mc Call ve Simmons, "Kimlikler ve Etkileşimler" adlı eserinde, bireyin kendine olan bakışının sosyal olarak kurulduğunu belirtmişlerdir (Brown, 1989: 235).

Belirli bir sosyal pozisyona sahip olup olmamanın dışında, yukarı veya aşağı doğru hareketlilik durumunda da bireylerin, farklı ruhsal durumlara sahip oldukları ifade edilmektedir. Srole'un çalışmasında, yukarı doğru sosyal hareketlilik gösterenlerin, daha az ruhsal bozukluk yaşadıklarını, buna mukabil, aşağı doğru sosyal hareketlilik gösterenlerin ise, daha yaygın bir şekilde, ruhsal bozukluk ve karmaşa yaşadıklarını göstermiştir. Bu çalışma, stresin, stresli yaşantıların, ruhsal hastalıkların ciddi bir bileşeni olduğunu belirtir. Bu anlamda, Srole, alt sosyal sınıfların, diğer sosyal sınıflara kıyasla, daha fazla stresli olduklarını ve bu sosyal sınıf özelliğinin, stresli yaşam olaylarına aracılık ettiğini, çünkü, bu sınıflardaki bireylerin, karşılaştıkları

zorluklarla mücadele etme imkanlarına sahip olmamalarının, onların rahatsızlıklarında önemli bir yer tuttuğunu ifade etmiştir (Srole, 1975: 499-500).

Ekonomik sorunların, alt sınıfları daha fazla etkilediği yönündeki bilgi ve varsayımların bir sonucu olarak, ekonomik değişme ve krizlerle, ruhsal hastalıklar arasındaki ilişkileri irdeleyen çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Ekonomik göstergelerle, ruhsal sorunlar arasındaki ilişkileri konu edinen çalışmalar, özellikle, 1960 'lı yıllardan itibaren, çeşitli istatistiki çalışmalar kullanılarak, yapılmaya çalışılmıştır. Bu konuda, A. Pierce, beyaz erkekler arasındaki intihar oranlarıyla, birtakım ekonomik göstergeler arasındaki ilişkileri göstermeye çalıştı. Pierce, borsa göstergelerindeki değişmelerin, intihar oranları üzerindeki etkilerini ele aldığı bu araştırmasında, yukarı veya aşağı doğru ekonomik dalgalanmaların, insanların birbirleriyle olan ilişkilerini ve bağlılıklarını azalttığını göstererek, intihar oranlarını arttırdığını bulmuştur (Cockerham, 1992: 114). Yine, ekonomik değişmelerle, zihinsel rahatsızlıklar arasındaki ilişkiler, M.Harvey Brenner, Ralph Catalano ve David Dooley gibi çeşitli sosyologlar tarafından incelenmiştir.

Brenner, 127 yıl gibi uzun bir zaman dilimini inceleyerek, bu süreç içerisindeki istihdam oranlarıyla, akıl hastanesi kayıtlarını karşılaştırmıştır. Brenner, bununla ilgili olarak ileri sürdüğü iki hipotezinden birinde, bazı bireylerin, ruhsal anlamda, hassas olduklarını varsayarak, ekonomik krizlerin, bu bireylerin sahip oldukları ruhsal yatkınlıkları üzerinde, tetikleyici bir etki yaptığını, bir anlamda, onların ruhsal hastalıkları üzerindeki örtüyü kaldırdığını belirtir. Diğer hipotezinde ise, Brenner, daha önceki yaşamlarında, hastalığa bir yatkınlıkları olmadıkları halde, bireylerin, ekonomik krizlerin etkisiyle, aşağı doğru bir sosyal hareketlilik sonucunda, maruz kalarak incinebilir, tedavi edilmesi gereken bir noktaya geldiklerini ve sonuçta, ruhsal hasta haline geldiklerini belirtir. Çünkü, sınıfsal pozisyonlarını kaybederek, aşağı doğru bir sosyal sınıfa kayanlar, diğer insanlara kıyasla, daha fazla stresli olaylarla karşılaşır. Nitekim, Brenner, ruhsal sağlık merkezine başvuran, alt sınıf insanların, sosyo-ekonomik durumları iyi olanlardan, iki kat daha fazla olduğunu göstermiştir. Brenner, yapmış olduğu araştırmasında, ekonomik krizlerin, bireylerin ruhsal hastalıklarında, provokatif bir etken olduğu tezini araştırmasına rağmen, ulaştığı bulgular, ruhsal hastalıklarda, ekonomik krizlerin, nedensel bir etken olduğunu göstermiştir.

Brenner, ekonomik krizler anında, insanların daha hoşgörüsüz olduklarını, bu tür ruhsal sıkıntı çekenlere karşı, daha toleranssız davrandıklarını ileri sürerek, hoş görüsüz davranışlarla, ekonomik krizlerin birbirleriyle karşılıklı etkileşim içerisinde ve birlikte arttığını göstermiştir (Brenner, 1973: 117). Brenner, alt sınıftakiler kadar, orta sınıfa mensup olanların da, ekonomik krizler anında, sahip oldukları yetersiz kaynaklar nedeniyle, ciddi streslerle karşı karşıya kalacaklarını belirterek, ekonomik krizlerin, cüzdanlara olduğu kadar, zihinlere de zarar verdiğini belirtir.

Yine, kişilerin ruhsal sağlıklarıyla, ekonomik sarsıntı ve değişimler arasındaki ilişkileri ele alan bir başka çalışmada, Catalano ve Dooley, işsizlik ve az düzeyde de olsa, enflasyonla ve bu iki sorunun neden olduğu stresli yaşantularla, moral bozukluğu ve ruhsal hastalıklar arasında, önemli ilişkiler olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmada, ekonomik krizlerin veya düşmelerin, Brenner'in dediği gibi, provakatif bir etken olmak yerine, doğrudan doğruya, ruhsal hastalıkları belirleyen bir baskı unsuru olduğu bulgulanmıştır. Bununla birlikte, Dooley ve Catalano, Los Angeles'te, daha sonra tekrar ettikleri araştırmalarında, ekonomik sorunların, bireylerin ruhsal hastalıklarında, provakatif bir etken olduğu sonucuna varmışlardır (Marshall, 1982: 843-854).

### 2.3.2. Fonksiyonalist Teori

Sosyal olguları yapı ve fonksiyon açısından değerlendiren bu yaklaşım, toplumsal yapıyı oluşturan değer, norm ve kurumların, birbirleriyle karşılıklı ilişki içerisinde bir denge oluşturduğu varsayımına dayanır. Bireylerin davranışları, yapının bir işlevi olarak değerlendirildiğinden, sapma ve bu arada, ruhsal hastalık, sosyo-ekonomik yapının analizi çerçevesinde değerlendirilmektedir. Fonksiyonalist teori, sosyal yaşamın, insanların değer ve normlara uygun olarak davranmasıyla varlığını sürdürdüğü fikrine dayandığından, insanların farklı ve çatışan davranışlarının nedenleri üzerinde pek durmaz. Bu teori, sosyal yapının uyum içerisinde sürdürüğü vurgusuna dayandığından, suç, ruhsal hastalık gibi, sosyal düzeni bozabilecek uyumsuz davranışları, bir sapma veya disfonksiyonel olarak değerlendirir. İşlevsel olarak da bilinen bu teori, toplumun kendi devamlılığını nasıl sürdürdüğünü ele alırken, biyolojik bir kavram olarak bilinen denge (homestatis) kavramına başvurur. Bu anlamda, fonksiyonalizm, sosyal sistem, bir takım bozukluklara sahip olsa da, temelde, onun devamlılığına odaklanır. Bu açıdan, birtakım problemlere rağmen, sosyal sistemin, etkili bir şekilde işleyen kapasitesinden dolayı, hâlâ sağlıklı olduğu fikri, ruhsal hastalığın fonksiyonel bir tarzda değerlendirilebilmesine imkan tanımaktadır.

Fonksiyonalistler, sosyal yapıyı, birbirleriyle yakından alakalı bir bütün olarak kabul ettiğinden, sistemin bir parçasında meydana gelen bir değişikliğin, sistemin diğer unsurlarını kaçınılmaz olarak etkilediğini ileri sürerler. Böylece, toplum içerisindeki pozisyonlarından dolayı, bireylerin, sistemin zayıf unsurlarından kaynaklanan stres ve olaylara maruz kalabilecekleri ileri sürülmektedir. Çünkü, sosyal değişmelerin sonucunda, etkinliğini yitiren değer ve normlar, sosyal kontrolün önemli bir parçasını oluşturan öz kontrolü zayıflatacağından, bireylerin yaşadıkları sorunlar karşısındaki kırılganlıklarını arttırmaktadır (Arslantürk, 2000: 473). Bununla ilgili olarak, W. Ogburn, kültürün maddi kısmıyla manevi kısmı arasındaki kopukluğun kültürel gecikmeye neden olduğunu ve bunun, depresyon, hastalık, yoksulluk, suç, istihdam yetersizliği ve aile düzensizliği gibi sonuçlar doğurduğunu belirtir (Kızılçelik , 1992: 267-268).

Bununla birlikte, ruhsal hastalıklar, daha geniş sosyal bağlamlar açısından ele alınarak, sosyal sistemin devamında ne tür bir etkiye, fonksiyona sahip olduğu ele alınabilir. Bu itibarla, ruhsal hastalığın, toplumda veya grup içerisinde, sosyal kontrol ve



çatışmayı azaltma gibi birtakım işlevlere sahip olabileceği unutulmamalıdır. Çünkü, ruhsal hasta rolü, sosyal sistemin istikrarını tehdit etmeden sınırlı bir sapışa izin vermesi itibariyle, süpab niteliği taşıyan bir sosyal denetim mekanizmasıdır.

Parsons'ın bakışıyla, Durkheim'in sapmaya ilişkin görüşü, ruhsal hastalığın fonksiyonalist yorumunu içermektedir. Parsons, Durkheim'in suçla ilgili olarak söylediklerinin bir benzerini, hasta rolü için söylemektedir. Bir kıyafet gibi, içinde yaşamak zorunda oldukları sosyal rollerin çelişkili ve zorlayıcı yanlarıyla yüz yüze gelen bireyler, hasta rolüyle mutlak rol beklentilerinden geçici olarak sapma imkânına kavuşmuş olurlar. Bu açıdan suç gibi, hasta rolü de sosyal sistemin devamına katkıda bulunur. Ruhsal hastalık, bireylerin, sosyal rollerinde karşılaştıkları gerilimlere karşı koymada başvurabilecekleri "uygun görülen" ve dolayısıyla pekiştirilen bir sapma olarak değerlendirilebilir.

Toplumdaki ruhsal hasta rolü, yarattığı hayal kırıklığına karşın, toplumdaki temel değişiminin kaynağı olabilecek dinamik çatışmayı etkin biçimde bastırarak statükoya destek olur. Bu bağlamda, bir anlamda, sosyal kontrol uzmanı olan psikiyatrların hastayla olan ilişkilerinin önemi büyüktür. Doktorları, hastaların sıkıntılarından uzaklaştıran normatif paradigma, hasta rolünü pekiştirerek, doktorların ve hastaların, asıl acı kaynağı olan sosyo politik şartlarla mücadele etmelerinin kaynağı olabilecek ideolojik zemini bozar. Hastaya rolünü veren doktor, sosyal gerilim içindeki bireyler için sapmayı sınırlandırarak, sosyal ve politik istikrarı korurlar. Hastalığı inşa eden doktor rolü, hastaları rahatsız eden temel haksızlıkları ve maddi sıkıntıları görmezden gelerek, bir yandan, insanların objektif gerçekleriyle başa çıkmalarına yardımcı olur, fakat öte yandan, politik organizasyona ve hareketliliğe götüren hiddet ve kini de törpüler (Demirci, 1994: 23-24).

Bunun yanı sıra, ruhsal hastalıkların, gerek toplum içerisinde ve gerekse grup içerisinde çeşitli sorunlara dikkat çekmenin bir yolu olabileceği ve hastalığı bünyesinde taşıyan grubun kendisine çeki düzen vererek yeniden bütünleşmesine yardım edebileceği söylenebilir. Bu anlamda, Durkheim'in varsayımını kullanarak, bir sapma çeşidi olarak ruhsal hastalığın, pasif bir tepki biçimi olarak, stabil yapıları sarsması bakımından, toplumun ilerlemesinde bir fonksiyona sahip olup olmadığı tartışılabilir. Örneğin, bireyselleşmede ve bireycilikte, depresyonun bir fonksiyon icra edip etmediği ele alınabilir.

Robert K. Merton, Durkheim'in anomiyeye ilgili yaklaşımları ele alarak, sapma konusunda etkili bir sosyolojik yaklaşım geliştirmiştir. Merton, aşırı bir kuralsızlık olarak bilinen anominin, bazı bireyler üzerindeki etkisini, uyumlu olmaktan çok, uyumsuz yönde gösterdiği için, sapkın davranışların, bu bireyler için normal bir durum olarak algılandığını belirtir. Bireylerin, toplum tarafından sapkın olarak değerlendirilen davranışları sürdürmeye devam etmeleri de yine bu bağlamda açıklanabilir.

Toplumun, sosyal ve kültürel olmak üzere, iki yapıdan oluştuğunu belirten Merton, kültürel yapının, toplumun elde etmeye değer olarak gördüğü, tanımlanmış birtakım hedeflerle karakterize olduğunu, sosyal yapının ise, kültürel olarak tanımlanan bu hedeflere varabilmek için düzenlenmiş, yapılandırılmış yollarını ifade eder (Özkalp, 1993: 63-65). Anomiyeye ilgili olarak, en önemli hususlardan biri, normlar konusunda, belirli bir uzlaşmanın olmamasıdır. Öyle ki, bu durum, kurumsal ortamlarda bile geçerlidir. Bu konuyla ilgili olarak Coser'in, yaptığı bir çalışmada, zayıf personel ilişkileri ile karakterize edilebilecek anomik hastane ortamlarıyla, hastaların intiharları arasında, karşılıklı ilişkiler olduğunu gösteren sonuçlar, dikkat çekicidir (Rose, 1976: 318-319).

Günümüzün tüketim toplumlarında, eğitim, statü, başarı, kazançlar, maddi olanaklar, kültürel olarak tayin edilmiş ve kabullenilmiş hedeflerdir. Eğer bir sosyal yapı ve onu oluşturan kurumsal yollar, bu hedeflere ulaşmayı sağlayacak imkanları, çoğu insanına sunamazsa veya toplumdaki insanların önemli bir kesimi, bu hedeflere varma konusunda başarısız kalırsa, sosyal yapıda bir dengesizlik meydana çıkar. Merton, kültürel yapıyla sosyal yapı arasında ortaya çıkan bu dengesizlik durumunu ve kültürel yapıda meydana gelen bozukluğu, anomi olarak değerlendirir (Tezcan, 1993, 200).

Anomi, genel olarak, toplumdaki sosyo-ekonomik değişmelerle birlikte görülür. Bu durumlarda, yani sosyal ve ekonomik değişme durumlarında, yeni ihtiyaçlar ve beklentiler, sosyal çözümleri arttırarak, bireylerin topluma uyumunu güçlendirir. Bu durumun yarattığı etkilerin, en fazla alt sınıflarda hissedileceğini belirtebiliriz. Çünkü, davranışları, zenginlik beklentilerine yönlendirilen ama bunlara uygun, onaylanmış araçlarla ulaşma imkanları en az olan alt sınıflar, en fazla hayal kırıklığı yaşayacaklardır. Her ne kadar, bireylerin sınıfsal pozisyonları, onların imkanlarını sınırlıyorsa da, çağdaş toplumsal yapıların eşitlik, demokrasi ve özgürlük

şeklindeki kültürel beklentileri, inançları, bu bireylerin ruhsal dengelerini geren bir çelişkiyi üretir.

Merton, kişinin olası hedeflerine ulaşmak için, beş adaptasyon tarzını değerlendirir. Bu adaptasyon tarzları, sosyal yapının belirleyiciliği nedeniyle, bireylerin kendi iradeleriyle olmayıp seçilmemiştir. Bu adaptasyon tarzlarından biri olan “uyum” tarzı, hem kültürel hedeflerin ve hem de buna ulaşmayı sağlayabilecek, uygun kurumsal yolların kabul edilmesine dayanan, bir tepki biçimini ifade etmektedir. Elbette, bu tarz bir adaptasyon tarzı, sosyal yaşamın dengeli bir şekilde devam edebilmesi için oldukça önemlidir. İkinci bir adaptasyon tarzı olan “yenilikçi tavır” ise, kültürel değerlerin, normların kabul edildiği, ancak, bu hedeflere varma yollarının reddedildiği ve bu konuda bir yenilik arayışının olduğu söylenebilir. Böyle bir arayış içerisinde, Merton, genelde, alt sınıf üyesi olan bireylerin, illegal yollara, suça başvurduğunu söyler.

Üçüncü bir uyum tarzı ise, “şekilci davranış” olarak tanımlanır. Bu davranış tarzı, bireylerin istek ve arzu seviyelerini kısıtlayarak, bir anlamda, kültürel hedefleri reddedip, yaşamını devam ettirmek, topluma uyum sağlamak için kurumsal araçları kabul etmelerini ifade etmektedir. Bu tarz bir davranış tarzı da, rekabetin gittikçe arttığı, bir sosyal yapıdaki, bireylerin güvensizlikleriyle birlikte değerlendirilmektedir (Kızılcılık, 1992: 311). Bir diğer uyum tarzı olan “geriye çekilme” davranışı, ruhsal hastalıkların anlaşılması açısından, önemli bir açıklama sunmaktadır. Çünkü, bu uyum tarzı anlayışında, ruhsal hastaların, davranış kalıplarını ve olaylara bakışlarını andıran içerikler bulunmaktadır. Bilindiği gibi, bu adaptasyon tarzı, bireylerin hem kurumsallaşmış yolları ve hem de kültürel hedefleri reddetmeleriyle ortaya çıkan ve aslında, umutsuzluk duygularıyla kendini gösteren, bir davranış ve duygu tarzını taşımaktadır. Bu durumdaki bir kişi, aslında toplumca özendirilen hedeflere ulaşmada, gerekli araçlardan yoksun olduğu için, bu amaçlara varmayacağını düşünür ve zamanla, bir alkolik veya bir zihinsel hasta olabilir. Merton, bu davranış şeklini açıklarken, alkolikleri, uyuşturucu müptelaları gibi alt kültürlerle, alt gruplara mensup kişileri, örnek olarak gösterir ve onların bu davranışlarını, bireysel olarak nitelendirir. Ancak burada, Merton’un belirttiği bu davranışta bulunanları, neden suç olgusunda olduğu gibi sosyal bir sorun değil de, bireysel bir tercih sorunu olarak ele aldığını anlayabilmiş değiliz (Kızılcılık, 1992: 311). Halbuki, artan ruhsal hastalıkları da göz önünde tuttuğumuzda, bu sorunun, bireysel bir davranış ve yönelim olarak görülemeyeceğini söyleyebiliriz.

Öncelikle, toplumdaki bireylerin, aynı standartları kabul edip etmedikleri ve ayrıca, bu değerlerin ve bunlara ulaşmadaki yolların, bireylerin yönelimlerinde, ne derece etkili olduğu tartışılabilir. Bu açıdan, ruhsal hastalıkların, sadece, bireylerin, kültürel hedefleri ve kurumsal yolları reddetmeleri açısından açıklanamayacağını, aynı zamanda, bunlara nasıl ulaşacakları konusundaki kafa karışıklıkları açısından da olabileceğini ifade edebiliriz.

Akıl hastalığında olduğu gibi, “geriye çekilme” davranışı gösterenlerle, suç olgusundaki yenilik yaratma davranışında bulunanların, bu farklı davranışlarında, ahlaki değerler karşısındaki “konumlarının” önemli olabileceğini ileri sürebiliriz. Bu anlamda, ileri sürdüğümüz fikri, depresyon bağlamında ele aldığımızda, bireylerin herhangi bir uyumsuzluk durumunda, başkalarına zarar vermek ya da suç işlemek yerine, hasta olmaları, onların vicdani ve ahlaki pozisyonları ve sosyalleşme tarzları bağlamında ele alınarak, değerlendirilebilir. Merton’un teorisi, sosyal sapma konusunda bir takım eksiklikler içerse de, ruhsal hastalık gibi sapmaları açıklamada, önemli bir çerçeve olarak kullanılabilir. Özellikle, ruhsal hastalıkların, alt sınıflar bağlamındaki yorumunda, Merton’un, “geriye çekilme” tipolojisi kullanılabilir. Çünkü, bu sınıflardaki bireylerin, toplumda sahip oldukları zayıf kaynaklarıyla, en fazla baskı hisseden gruplardan oluşmaları, şizofrenide olduğu gibi, bazı ruhsal hastalıkların, neden alt sınıflarda daha fazla olduğunu açıklar mahiyettedir (Cockerham, 1992: 111). Örneğin, şizofrenin realiteden uzaklaşması, birbirine zıt yönelimleri, düzensiz davranışları ve halüsünasyonlarıyla, depresyonlunun bilişsel ve duygusal sarsılışı, “geriye çekilme” davranışı açısından ele alınıp yorumlanabilir. Bu örneklerden hareketle, Merton’la Durkheim’in, anomiyeye ilişkin yorumlarını kullanarak, fonksiyonel bir yönelimle, bireylerin ruhsal hastalıklarını açıklamaya çalışabiliriz.

Bilindiği gibi bireyler, kontrol edemedikleri zorluklarla karşılaştıklarında, bu durumların üstesinden gelebilmek için aşırı bir çaba ve stres altına girerler. Bu bakış açısı sayesinde, sosyal sistemin fonksiyonel işleyişini sağlamak için, bazı bireyler üzerinde, nasıl baskı kurduğunu ve bunun, bireylerin ruhsal yapılarını nasıl etkilediğini ele alabiliriz. Yine, Durkheim’in, ekonomik dalgalanmalar veya durgunluklar anında, insanların intihar ettiklerine dair anomiyeye teorisi, bizim, ekonomik ve sosyal sarsıntıların, ruhsal hastalıklara ilişkin etkilerini açıklamamızda, önemli bir esin kaynağı oluşturabilir.

### 2.3.2.1. Anomi Teorisi

Kelime anlamı itibariyle, normsuzluk ve kuralsızlık olarak bilinen anomi, kısaca, bir toplumdaki kuralların, değerlerin etkinliğinin azalması veya herkes tarafından aynı şekilde benimsenmemesi, bağlanılmaması olarak tanımlanabilir. Merton, anomi kavramının sosyolojik ve psikolojik açıdan birbirlerini tamamladığını belirtir (Kızılcelik, 1992: 307). Genelde, hızlı sosyal değişimlerin olduğu sosyal çözülme dönemlerinde beliren anomi ortamında, toplumun verdiği bir hayat tarzı ile özdeşleşemeyen bireyler, kaygı ve kişilik sorunları yaşayarak ruhsal hastalıklara yakalanırlar. Frager, anomi ortamlarında, bireylerin, rolleriyle özdeşleşmeler ve uzun bir süre fonksiyonel davransalar da, bu görüntünün altında, şuurlu veya şuur dışı bir şekilde, depresyon, düşmanlık ve hatta öfke duyguları geliştirdiklerini belirtir (Frager, 1996: 49).

Farklılaşmanın ve uzmanlaşmanın arttığı toplumda birincil grup ilişkilerinin, samimiliğin azalması anomiyi doğurur. K. Polanyi'ye göre insanların içinde buldukları durumun hızlı bir değişime uğraması bir takım bunalımlara yol açar. Yine, Türkdoğan da, sanayileşme ve kentleşme süreciyle birlikte sosyal gerginliklerin ve anominin kültürel gecikmeye koşut olarak belireceğini söylemektedir. Anomi büyüdükçe, fert üzerindeki baskı da büyüdüğünden çeşitli suç ve akıl hastalıkları da artar (Kızılcelik, 1992: 267-268).

Durkheim, ünlü "İntihar" çalışmasında, farklı türdeki anomi türlerini, sosyolojik bir zemine oturtuktan sonra, bu davranışın, bireysel faktörlerden ziyade, sosyal sebeplerle açıklanabileceğini ileri sürmüştür. Bilindiği gibi, Durkheim, anomik intiharla ilgili görüşlerinde, ani zenginlik ve yoksulluk gibi, hızlı sosyal değişim anlarında, bireylerin inandıkları norm ve değerlerin sarsılabileceğini ve neden olduğu normsuzluk nedeniyle de, bireylerin intihar oranlarını, normalin üstünde arttıracaklarını belirtir. Ancak, Durkheim'in bu konudaki eksiği, intiharin umutsuzluk, çaresizlik gibi psikolojik faktörlerle yakından alakalı yönlerine, dikkat çekmemiş olmasıdır. Bununla birlikte, Durkheim'in bu fikrinden, sosyal süreçlerin ruhsal yapı üzerindeki gerilim ve baskı yaratıcı etkisinin, bireylerin savunma mekanizmalarını yıkarak ruhsal durumlarını sarsabileceği fikrini rahatlıkla çıkarabiliriz. Böylece, anomi kavramı aracılığıyla, sapkınlığın, bireysel bir kişilik tipi olmadığı, belirli sosyal yapıların bir ürünü olduğu ileri sürülebilir (Köseihal, 1971: 92-98).



Depresyon yorumlarında, narsistik kişilik yapılanmasının temel oluşturduğu bilinmektedir. Depresyonda maskelenen hedonizm, çağın toplumsal ve ekonomik yöneliminin bir parçası olarak düşünüldüğünde, Merton'un anomi anlayışıyla, depresyon arasındaki ilişkiyi daha iyi anlayabiliriz. Depresyonun, hayat stresi ve kötü yaşam şartlarıyla birlikte arttığı yönündeki bulgulara rağmen, bundan yarım asır önceki şartların, günümüz şartlarından daha iyi olmadığı düşünülürse, asıl sorunun, yaşanan olaylardan ve genel olarak da yaşam koşullarından ziyade, bunlara verilen anlamın ve gerçeklerle, beklentilerimiz arasındaki çelişkilerin olduğunu söyleyebiliriz.

Gerçekten de, ortaçağ ve sonrasının hayat anlayışının analizini yapan Ülgener, bu konuda sunduğu değerli analizlerle, gündelik hayatın, iktisadi faktörlere göre ayarlanmadığını ve ayrıca, iktisadi yaşamın da genelde dini saiklerin etkisiyle yönlendirildiğini belirtmiştir (Ülgener, 1983: 53-54). Bu gündelik yaşamdaki bireylerin, kanaatkâr, içe kapalı, maddi dünyaya mesafeli bir bakışa sahip olduklarını belirten Ülgener, Osmanlı toplumunun, topluluk ve cemaat vurgusuyla birlikte, idealist özelliklere sahip olduğunu belirtir. Daha çok tasavvufi ve mezhebi etkenlere bağlı olarak, Osmanlı toplumu, insanın dokularına işleyen rızık, kaza ve kader anlayışı, dünyevi aşırı bir çabayı ayıp sayan, kârâ, mülkiyete, ticarete önem vermeyen ve bu tavrını, "öte dünyaya giderken, hafif yüklü olmak gerekir" şeklinde değerlendiren bir zihniyetin temelini oluşturmuştur (Ülgener, 1983: 72). Bu bağlamda, nasıl ki, kapitalist ekonominin ruhu, protestan ahlakının sekülerize olmasıyla açıklanmaya çalışılmışsa ve spor da seküler çilecilik olarak yorumlanabilmişse, depresyonun da, çileci ahlakın, hüznün ve acının sekülerize olmasıyla açıklanabileceği fikrini tartışabiliriz. Bu anlamda, kapitalizmin ekonomik yapılanması içerisindeki bireyler, aşırı talepkâr ve beklentiler içerisinde olduklarında, yaşayacakları hayal kırıklıklarının normal bir sonucu olarak, kendilerini suçlayarak veya değersiz görerek, kendilik saygılarını kaybedebilirler.

Lester, yaşam kalitesi arttıkça, ruhsal zorlanmaların da arttığını ileri sürmektedir (Fidaner v.d., 1991: 211). Sosyal bir zeminde gelişen ama, hep onun dışında olan ve sürekli ulaşılamayan bir duygu olarak arzuyla, bunun denetlenmesini veya sürekli tatminini içeren kanaatkârlık veya aşırı tüketim şeklindeki hakim değerler, bireylerin ihtiyaç-mutluluk çelişkisini belirler. Dolayısıyla iyi şartlara rağmen, beklentileri, hep daha fazlasına odaklayan hazcı kültür, tatminsizliği yarattığı oranda, kendisini ayakta tutan kapitalist üretimi ve sektörlerini yaratır. Arzunun, diyalektik yapısının bir gereği



olarak, tatminsizlik, tatminle birlikte arttığından, ruhsal hastalıkla, tüketim kültürü arasında, yakın bir ilişkiden bahsedilebilir. Bununla ilgili olarak, Epikür, ihtirasların tatmininin, sonradan isteksizlikle birlikte, bir sıkıntı doğuracağından, maddi hazcılığın, sonuçta acıya neden olacağını vurgular. Bu itibarla, hızlı sosyo-ekonomik ve kültürel değişmelerle birlikte, ortaya çıkan yoğun ve çeşitli ihtiyaç ve arzuların nispeten, durağan olan sosyo-psik potansiyellerle karşılanamayacağını söyleyebiliriz.

Freud, toplumsal, ahlaki ve dini yargularla, bireylerin istekleri ve güdeleri arasında, bir çelişkinin kaçınılmaz olduğunu belirtmiştir. İnsan, güdülerinin kısıtlanmaması ölçüsünde değerlendirilen mutlulukla, toplumsal güvenliği sağlamaya çalışan ve içgüdüleri kısıtlamaya çalışan kültürel engellemelerin, bir yerde çeliştiği söylenebilir. Her ne kadar arzunun düzenlenmesi, zorsa da, arzunun sınırlandırılması veya düzenlenmesi, düzenin korunması açısından önemlidir. Ancak, Freud, uygarlık geliştikçe, içgüdülerin engellenmesinin, akıl hastalıklarını arttıracığını ileri sürer (Freud, 2000: 25). Buna benzer şekilde, anomi teorisinde, belirtilen toplumsal yapıyla kültürel yapı arasındaki çelişkinin yanı sıra, ayrıca, bireysel istemlerle de toplumsal istemler arasındaki uyumsuzluğun, “ben” ile “üst ben” arasındaki çelişkilerin temelinde yattığını göz önünde tutarak, ruhsal hastalıkların, tahrik edilmiş ama, aynı zamanda, doyurulmadan bastırılmak zorunda kalmış, “istiyorum” şeklinde somutlaşan dürtü ve istekler sonucunda oluştuğunu ifade etmeliyiz.

Gelişmiş sermayenin, giderek doygunluğa değil de, huzursuz bir tüketime yol açmasının nedenleri üzerinde duran Kovel, hayatta kalma mücadelesinde, kapitalist yapılanmanın, sürekli olarak çarpıtığı arzuyu bastırdığını ve bu nedenle de ruhsal yapıda gerginliklere neden olduğunu belirtir (Kovel, 2000: 120). Bu kültürel hedeflerle, kurumsallaşmış yolların, birbirleriyle uyuşmaması bir yana, sınıfsal uçurumlar içerisinde, diğerlerinden daha fazla güç ve mülkiyet edinme peşinde koşan bireylerin, ruhsal gerilimlerinin artması kaçınılmazdır. Sınıfsal uçurumlar içerisindeki bireylerin, birbirlerine karşı olan duygularını bastırmaları, onlar için ruhsal gerilim kaynağı olduğundan, Schumacher, çağdaş sosyal düzenlerin, insanları hasta ettiğini belirtir (Fromm, 1993: 95). Bu anlamda, belirtilen hedeflerin ulaşılmazlığıyla ortaya çıkan anomi de, sınıfsal uçurumlarla ve sınıfsal çelişkilerle birlikte yorumlanabilir.

### 2.3.3. Sembolik Etkileşim Teorisi

Günlük yaşam, ruhsal hastaların durumlarını ele veren bir içeriğe sahiptir. Öznel süreçler üzerinde duran sembolik etkileşim, böylece, davranışın aktif temelini yakalamaya çalışır. Sosyal öğrenme teorisi, sembolik etkileşimden daha fazla ölçüde, kişilik ve duygu kavramı üzerinde yoğunlaşsa da, hem sembolik etkileşim, hem de, sosyal öğrenme teorisi, ruhsal hastalıkların anlaşılmasında, kişiler arası ilişkilere göndermelerde bulunan, analiz tarzına önemli bir teorik zemin sağlarlar. Ancak, her iki teoride de temel alınan grup ve birey düzlemi, aslında, daha geniş bir sosyal düzleme bağlı olarak açıklanmadıkça, havada kalır (Cockerham, 1992: 119-120).

Makro yaklaşımların, bireyin davranışlarının anlaşılmasında yetersiz kaldığının anlaşılması üzerine, kişiler arası etkileşimin doğasının anlaşılması için, mikro düzey açıklamaların gerekliliği ortaya çıkmıştır. Sembolik etkileşimcilik, karşılıklı olarak belirlenmiş semboller, bireyler arası ilişkilerin kurgulanmasında, temel alır ve bireyle toplum arasında, bir öncelikten ziyade, karşılıklı bir etkileşim üzerinde durur. Sembolik etkileşimcilik, “benliğin” gelişimi ve değişimi üzerinde odaklanarak, sosyal psikolojik bir perspektifi kullanır (Kızılçelik, 1996: 94). Sembolik etkileşimcilere göre, bizler, kişiliğimizi ve benliğimizi, diğerleriyle olan ilişkilerimizle, onlardan aldığımız mesajlarla oluşturur ve benlik saygımızı buna göre ediniriz. Cooley’in, “ayna-benlik” kuramında temsil edilen bu yaklaşımla, depresyonun temelinde yer alan kişilik ve benlik saygısının oluşumunu, sosyal bir bağlamda yorumlayabiliriz. Çünkü, Cooley, bireyle, toplumu ve bireysel bilinçle de sosyal bilinci birbirlerinden ayrı olarak değerlendirmemekte, tersine, onların birbirleriyle organik ve psişik bir bütün oluşturduğunu vurgulamaktadır. Buradan hareketle, birincil grup, ikincil grup kavramlarını kullanarak, bireyin “ayna benlikte” gördüğü çatlak, depresyonu yorumlamamızda, etkili bir faktör olarak değerlendirilebilir (Kızılçelik, 1996: 73- 83).

Bilindiği üzere, Mead, bireysel benlikle, sosyal benlik arasında ayrım yaparak; sosyal benliği, öğrenilmiş, toplumsal normlara göre şekillendirilmiş, pasif bir yapı olarak; bireysel benliği ise, benliğin aktif bir kısmı olarak değerlendirir. Bireyin benliğini organize eden asıl faktör olan, bireyin ait olduğu grup ve çevresi, yani, “genelleştirilmiş başkası”, aynı zamanda, tüm toplumun tutumlarının kısmi bir yansıması olduğundan, bireysel benlikle, sosyal benlik arasındaki gerilimin bir türevi olarak da

değerlendirebileceğimiz depresyon ve onun kişilik zemini, sosyal yapının özelleşmiş bir yansıması olarak değerlendirilebilir.

Mead, insanın diğerleri ile iletişimini temel aldığı çalışmalarında, eylemlere, sembollere verilen anlamın önemi üzerinde durarak, bu eylemlerin yorumlanmasında, fizyolojik bir organ olarak düşünülen aklın ve mental potansiyelin, hayati işlevinin, sosyal olarak şekillendirildiğini vurgular (Kızılçelik, 1996: 58-63). Bu anlamda, Weber perspektifi kullanılarak, bireyin davranış ve duygularıyla, bunlara verdikleri öznel anlamı, kültürel değerler çerçevesinde yorumlayabiliriz. Nitekim, Blumer de, insanlar arası ilişkileri belirleyen değerlerin biçimsel, gözlenebilir yönü üzerinde değil de, bireysel anlamları üzerinde durarak, yorumlayıcı süreçlere vurgu yapar (Poloma, 1993: 224-235). Bu anlamda, herhangi bir olay, herkes için aynı anlama gelmeyeceği için, ruhsal hastalıkların ve bu arada, depresyonun anlaşılmasında, hastaların yaşadıkları olaylara verdikleri öznel anlamın belirleyici olduğunu söyleyebiliriz.

Sembolik etkileşimi, çalışmalarında kullanarak, sosyal yapı yerine, bireyler arası ilişkilerin analizi üzerinde duran Goffman, tiyatro metaforunu kullanarak, bireylerin, toplum içerisinde, bir oyuncu gibi, üzerlerine düşen rollerini yaptıklarını belirtir. Ona göre, bireyler, bu rolleri yerine getirirken, diğerlerinin izlenimlerini yönetmek için, bir takım aksiyonlar yaparlar ki, Goffman, buna, "benliği sunma" adını vermektedir. Goffman, bu süreç içerisinde, bireylerin, idealleştirmiş oldukları görüntülerine, rollerine uymayan bir takım gerçeklerini, dürtülerini baskıladıklarını belirtir. Ona göre, bireyler, başkaları önündeki görünümünü, statülerinin gereğini yapabilmek için, birtakım savunma kriterleri kullanırlar. Onun, "ön bölge" dediği yer, bireylerin rollerini oynadıkları, kontrol altında oldukları yeri; "arka bölge" kavramı ise, onların kendileri oldukları durumları ifade etmektedir (Poloma, 1993: 210-218). Bu argümanı kullanarak, bireylerin kendileriyle, statülerinin ve rollerinin bir gereği olarak, oluşturmak zorunda kaldıkları izlenimleri arasındaki gerilimleri, ruhsal hastalıkların ve depresyonun anlaşılmasında kullanabiliriz. Ayrıca, hastaneye başvuran bireylerin, hastanede kalmaları nedeniyle, kişiliklerinden sıyrılarak, kendileri hakkında, farklı bir izlenim ve rol edinen hastaları daha iyi anlayabiliriz.

### 2.3.3.1. Sosyal Öğrenme Teorisi

Sosyolojideki, ruhsal hastalıklarla ilgili mikro düzey teorilerden biri de sosyal öğrenme teorisidir. Bu teori, sosyal yapının ve sosyal davranışın anlaşılmasında, sosyal etkileşimin doğası üzerinde duran, sembolik etkileşim ve etiketleme teorisine benzer özellikler taşımakla birlikte, nesnel anlama verdiği önem bakımından, onlardan ayrılır. Bilindiği gibi, sembolik etkileşimciler, araştırma odağı olarak, davranışa atfedilen öznel anlamın değerlendirilmesine önem verirlerken, sosyal öğrenme teorisi, bireylerin eylemlerine yükledikleri öznel anlamın, içsel ifadelerin, sözlü yansımalarına itibar etmez. Bunun yerine, teori, davranışın gözlenebilir, ölçülebilir yönlerine önem verir ve araştırmalarının, sorgulamalarının odağını da, bu görüş üzerine oturtur. Sosyolojide, yeni bir teori olma özelliğini taşıyan bu teori, Skinner'in psikolojideki deneysel çalışmalarından etkilenmiştir. Bilindiği gibi, Skinner, davranışlarımızın, cezalandırılmak veya pekiştirilip güçlendirilmek suretiyle, sonuçları tarafından yönlendirildiğini bulmuştur. Bu teoriyi ilk kullanan sosyolog, G. Homans, Skinner'in, edimsel koşullandırma ilkesini, insan davranışlarının anlaşılmasına uyarlamaya çalışmış ve daha fazla ödüllendirilen bir eylemin, daha fazla tekrar edileceği, ortaya çıkacağı hipotezini geliştirmiştir (Cockherman, 1992: 131).

Bu konuda bir başka teorik çalışma da, Robert Burgess, Ronald Akers ve Edwin Sutherland'ın, "ayrıştırıcı birlik" hipoteziyle, öğrenme teorisinin ilkeleri, birlikte değerlendirilerek, sosyal sapma ve sosyal öğrenme teorisinin, sofistike bir formülasyonu yapılmıştır. Sutherland, sapkın gruplardaki sapma davranışlarının, normal davranışlardan daha avantajlı olduğu izlenimlerinin öğrenilerek, sapkın davranışların sergilendiğini belirtmiştir. Burgers ve Akers, sapma davranışının, edimsel şartlanmanın prensiplerine göre şekillendirildiğini vurgulamıştır. Aidiyet duygusu, kimlik sağlama fonksiyonları gibi pekiştirici sosyal ortamlar, devam ettiği sürece, sapma davranışlarının devam edeceği söylenebilir. Öğrenme süreci, bireyin sapkın davranışlarını pekiştiren bu gruplarda gerçekleştiğinden, sapma davranışı, grup etkileşimi boyunca edinilen grup normlarının, değerlerinin pekiştirilmesinin bir fonksiyonu olarak ortaya çıkar. Normal olanlara kıyasla, daha fazla pekiştirildiğinden, sapkın davranışlar veya bu sonuca yol açan değerler, belirli kişilerde, daha fazla görülür. Akers, bu formülasyona bağlı olarak, ruhsal bozukluğun, sosyolojik anlamda, bireyin sosyal çevresine uyumunun bir şeklini oluşturan öğrenilmiş bir davranış olduğunu ileri sürmüştür (Akers, 1977: 328-329).

Akers, hasta rolü varsayımında, ruhsal sapmaya neden olan pekiştiriciler değişsin veya ona neden olan problem çözülebilir diye, bireyin anormal davranışlarda bulunabileceğini belirtir. Bir başka açıdan ise, biçimsel anlamda, ruhsal açıdan etiketlenmiş olma durumu, bu davranışın, pekiştirilerek devamlılığına yol açabilir. Belki de, bireyin istenmeyene, sosyal olarak yasaklanana yönelik bir çekilimi de, onun ruhsal hastalık rolünü benimsemesine neden olabilir. Nitekim, Akers, bu düşüncelerini, incelemelerinde kullanarak, öğrenmenin, ruhsal hastalıklardaki semptomların niteliğini nasıl etkilediğini göstermiştir.

Bunun yanı sıra, Goffman'ın klasik çalışmalarında ve Lemert'in paranoyayla ilgili çalışmalarında, ruhsal hastaların tıbbileştirme koşullarıyla ilgili stratejileri öğrenmelerine ilişkin, dikkate değer bilgiler sunulmaktadır. Lemert'e göre, paranoid, huzursuz davranışlarıyla, ortaya çıkan sonucun dışlanması suretiyle, davranışlarının sonuçları üzerindeki geri bildirim, inkar edildiğini ifade etmiştir. Paranoidler, reddedilme ve dışlanmışlık duygularını hissederek, paranoid davranışları pekişir ve böylece paranoid kimse giderek daha şüpheli hale gelir. Bu konuyla ilgili çeşitli görüşler ileri süren bazı sosyologlar, çoğu davranışın, pekiştirilerek veya engellenerek, yönünü bulduğu, düşüncesine itiraz etmişlerdir. Bununla birlikte, anormal durumların anlaşılmasında ve bu davranışların devam etmesinde, nelerin etkili olduğu konusunda, öğrenme teorisinin, önemli bir katkıda bulunduğu söylenebilir. Ancak yine de, davranışın aleni yönlerini düzenleyen tutum ve anlamları belirleyen öznel süreci ihmal ettiğinden dolayı, sosyal öğrenme teorisinin, psikolojide edindiği önemi, sosyolojide edinemediğini vurgulamalıyız. Ayrıca, bazı sosyologlar, bu teorinin, niçin bazı davranışların sapma ve bazı davranışların da neden normal olarak düşünüldüğünü ve toplumun, sapmayı kontrol etmede, kaynaklarını nasıl organize ettiklerini açıklamada, bir çaba sarf etmediklerini düşünürler. Bunun yanı sıra, ruhsal hastalıkların semptomlarının ve anormal davranış şekillerinin öğrenilebileceği gerçeğine rağmen, sosyal öğrenme teorisi, ruhsal hastaların koşullar içerisindeki farklılıkları ayırt etmesine yol açan, ego güçlüklerini tanıyabilmesini gerektirir (Cockerham, 1992: 132-133).

Sosyal öğrenme teorisi, sonuçta, hayvanlar üzerinde yapılan deneylerden geliştirildiği için, insan davranışını açıklamada bazı sorunlar taşıyabileceği açıktır. Fakat bu konuda asıl problem, bir davranışın, anormal davranışın olup olmadığı konusunda düştüğü yetersizliktir.



### 2.3.3.2. Sosyal Sapma ve Etiketleme Teorisi

Sembolik etkileşimciliğin, sapma davranışına ilişkin görüşü, sosyolojide etiketleme teorisi olarak bilinir. Sapma konusunda, farklı bir perspektif kazandırmaya çalışan etiketleme teorisi, tam anlamıyla, bir teori olmaktan ziyade, daha çok, sorunlara duyarlı olmayı sağlayan bir bakış açısı olarak değerlendirilebilir. Sapma, sosyolojik anlamda, belirli bir toplumda veya grupta hakim olan beklentileri, normları sarsan davranış ve tavırları içerir. Bu beklentiler, sosyal sistem içerisinde, meşru olarak kabul edilen ve paylaşılan normlara dayanır. Normlar ise, belirli bir sosyal sistem içerisinde veya gruplardaki bireyler tarafından paylaşılan ve değerlerin daha ayrıntılı formlarını ifade eder. Sosyologlar, ruhsal hastalıkları, bireyler üzerinde belirleyici bir etkisi olan sosyal gruplar ve toplumsal süreçler açısından değerlendirirler. Bu bağlamda, ruhsal bozukluklar, belirli bir grup veya toplum içerisinde, normal olarak varsayılan duygu ve davranışlardan farklılaşan, sapan davranışlar olarak değerlendirilirler. Sapma davranışını, sosyal nitelikleriyle ele alırken, sapmayı, basit bir istatistiki farklılaşma olarak değerlendiremeyiz. Bu anlamda, sosyal sapma kavramını, normlar sisteminden, standartlardan belirgin bir şekilde ayrılan tutumları ifade etmek için kullanabiliriz (Marshall, 1999: 639-640).

Lemert, sapma davranışının, iki problemle karşı karşıya olduğunu ileri sürer. Bunlardan biri, sapmanın nasıl ortaya çıktığı; diğeri ise, sapkın davranışının, belirli kişilerle nasıl ilişkilendirildiğidir. Ayrıca, bu tür bir sorunun uzantısı bir başka soru da, böyle bir ilişkilendirmenin, bu kişiler için ne anlam taşıdığıdır. Lemert, fonksiyonalizmin, ikincisini açıklamak konusunda, başarısız olduğuna inanır. Bunun yanı sıra, birincil ve ikincil sapma ayrımını yapan Lemert, birincil sapmanın, normal bir insanın tuhaf bir durumu olduğunu ve bu davranışların, kişinin karakteristik özelliği olarak düşünüldüğü için, diğeri tarafından rasyonelize edildiğini söylerken, ikincil sapma olarak değerlendirilen tuhaf davranışların, diğeri tarafından, bu davranışı sergileyenlerin tipik özellikleri olarak görüldüğü için, daha ciddi olarak değerlendirildiğini belirtir. Ona göre, ikincil sapma, sosyal normların, belirli bir zamanın üstünde bozulmasıyla alakalıdır ve diğeri tarafından bu davranışa gösterdikleri tepkiler, bu konudaki asıl belirleyiciler olarak değerlendirilebilir.

Sapma davranışında bulunan bireyler, diğeri tarafından reddedildiklerinden, sapmayı paylaşabilecekleri sapkın gruplara yönelmekte ve bu gruplar içerisine giren



bireyler, böylece, davranışlarının normalleştiğini görmekte-dirler. Bu anlamda, başlangıçta, nispeten kabul edilen sosyal sapma, belirli bir sürenin üstünde devam ettiğinde, normal sosyal ilişkilerden itilerek, bu davranışın normal olarak kabul edildiği, daha aşağı grupların normu haline geldiği ifade edilebilir. Bu tür ilişki ve roller, sosyal bütünden sapmaya yol açması nedeniyle, acı bir deneyim sunmasına rağmen, bireylerin bu tür sapkın rollerini devam ettirmelerine neden olur. Bu şekilde, Lemert, etiketlemeden sonra, bireyi işe yarar yapan ve ona bir kimlik veren rollerin, ilişkilerin, onların sapkın davranışlarını kabullenmelerine ve sürdürmelerine neden olduğunu belirtir. Lemert, kendi satıcılarıyla veya lezbiyen kadınlarla ilişkide bulunan hayat kadınlarının, bu tür yakın aşk ilişkilerini, ruhsal çatışmalarını çözmek için kullandıklarını tespit etmiştir (Cockerham, 1992: 122-123).

Depresyon açısından düşündüğümüzde, bu etiketlemenin, bireylerin pasif ve tolere edilebilir bir rolü oynamalarını sağlayabileceğini, sosyal gruplar içerisinde, “zayıflayarak güçlenebilmenin” bir imkanını sunabileceğini, diğerlerinin de bunu kabullenmelerine yol açabileceğini ve bu hasta statüleri aracılığıyla, depresif bireylerin, diğerlerine duygusal baskı yapabilecekleri bir imkânı sunabileceğini söyleyebiliriz. Bir anlamda, hasta statüsünün, depresif bireylerin ellerini güçlendirebilecek bir “zaaf kariyeri” fonksiyonunu sağlayabileceğini söyleyebiliriz. Ancak, bunun tam tersi etkinin de çok etkili olabileceğini, yani, hasta etiketinin, diğerlerinin, hasta üzerinde kurabilecekleri egemenliğe bir gerekçe veya zemin oluşturabileceğini de söyleyebiliriz. Çünkü, hasta etiketi, hasta bireylerin “kullanmadıkları” bir mağduriyet ise, onların kendilerine saygılarını, bakışlarını oldukça olumsuz etkileyen bir etkiye sahip olacağını tahmin edebiliriz. Özellikle, birbirlerine bağımlı olan insanlardan oluşan sosyal gruplarda, insanların dışlanmalarına neden olabilecek bir “ruh hastası” etiketi, hastalığın değişmesi durumunda bile, etkisini sürdürerek, bu kişilerin toplumsal, ekonomik statülerini sarsabilir, rollerinde değişmelere neden olabilir. Bunun yanı sıra, etiketlemenin etkisi, hastalığın seyrini etkileyerek, bireyin ruhsal sıkıntısını, ikiye katlayabilir.

Elbette, böylesi bir etki, söz konusu toplum veya gruptaki, ruhsal hastalığa yönelik bakışın, genel mahiyetine, toplumun kültürel ve sosyal seviyesine bağlı olarak, artabilir veya azalabilir. Örneğin, küçük ölçekli, birincil ilişkilerin yoğun olarak yaşandığı bazı topluluklarda, tutarlı bir değerler sistemine ve bütünleşmiş bir yapıya sahip olmanın

etkisiyle, grup bütünlüğünü sürdürebilmek amacıyla, hafif sapmalara göz yumulduğu ve aleni yaftaların kullanılmadığı ifade edilmektedir. Bunun yanı sıra, hastalık etiketinin, mevcut sosyal, kültürel özelliklere göre değişebileceğini veya herhangi bir hastalığın da etiketlenemeyeceğini söyleyebiliriz. Örneğin, çalışmaya verilen önemin fazla olduğu, sosyal olmanın, girişken olmanın, önemli sayıldığı yerlerde, dermansızlık, hareketsizlik, içe kapanıklık şeklindeki davranış özellikleri, rahatlıkla, depresyon olarak etiketlenebilir (Sayar, 2000: 155). Bu konuda, farklı bir bakış açısı getiren Foucault, onur duygusunun, baskın olduğu toplumlarda, halkın kusursuz bir lekeleme cezasına sahip olduğunu, bu duygulardan ötürü de, bireylerin bu etiketlemeden oldukça etkilendiğini belirtir (Foucault, 2001: 62).

Lemert, etiketleme, bir kez uygulandığında, sapkınlığın, bir kimlik sunarak, davranışın devamında etkili olduğunu belirtir. Bununla ilgili olarak, yaşadığım bir gözlemi burada aktarmanın, faydalı olduğunu belirtmek istiyorum. Bir kış akşamı, hemşire odasında otururken, biraz önce konuştuklarımı gördüğüm iki gencin, bir anda, koridorda birbirlerine vurmaya çalıştıklarını, küfürleştiklerini ve bir kısım hastanın ve hasta bakıcının da onları ayırmaya çalıştığını gördüm. Hastalardan biri, “bir emrin var mı hoca” şeklindeki edasıyla, kabadayı tavırlarıyla dikkatimi çeken, iri yarı bir gençti. Bu genç, kendilerini kavga esnasında ayıranları aşmaya çalışarak, sürekli yüksek sesle, diğer gence, “ben deliyim, ben deliyim, seni öldürürüm” şeklinde bağıarak, onun üstüne yürümeye çalışıyordu. Diğer genç de, karşılık olarak, aynı cümlelerle, “ben de deliyim ulan, ben de deliyim” diyerek, cevap veriyordu. Olaydan hemen sonra, bu kabadayı tavırlı gencin adını, kim olduğunu, ne iş yaptığını hemşirelere sorduğumda; aldığım cevap, beni, pek de şaşırtmamıştı. Çünkü, hemşire hanım, bu gencin, Türkiye’nin, tanınmış Elazığ’lı bir kabadayısının yeğeni olduğunu söylemişti. Anladığım kadarıyla, “deli olmak”, bireye, ait olduğu sosyal grupta verilen rolün, beklentilere bir destek, yani, beklenilenin tersine, bu gençler için, ciddi bir statü ve dokunulmazlık kazandırıyor. Nitekim, kelime hazinemiz, “delikanlı” ifadesini hafızamıza ve “Delikanlının yürekli, deli olur” atasözü de “erkeklik” rolünü, sosyal ilişkilerimize yansıtmıştır. Bu olay ve değerlendirmeler, bize, Goffmann’ın, akıl hastalığının, bir “kariyer” olduğu ifadesini hatırlatmaktadır (Nedlemann, 1994: 118).

Etiketleme teorisine en fazla katkıda bulunanlardan biri olan Becker, “Dışarıdakiler” adlı eserinde, ihlâlinin sapmayı oluşturduğu söylenen kuralların, bizzat,

sapmayı yarattığını belirtir. Bu anlamda sapmanın, bireyin yaptığı davranışın bir niteliği olmayıp, diğerlerinin ona uyguladıkları tanımlamanın bir sonucu olduğunu ve bir davranışın sapma olup olmamasının, diğerlerinin bu davranışa verdikleri tepkilerle alakalı olduğunu belirtebiliriz. Ancak, diğerlerinin davranışla ilgili yorumlarının, her zaman problemli olduğunu söyleyebiliriz. Bu anlamda, Becker, belirli bir davranışa ilişkin tavır ve tutumların, tanımlamaların ve bu davranışa ait anlamların, zamana göre değişebileceğini, bunun da söz konusu davranıştan, kimlerin zarar gördüğüne ve bu davranışı kimlerin yaptığına bağlı olarak değişebileceğini söyler (Cockerham, 1992: 122-123). Örneğin, homoseksüellik, psikiyatri tanı kitaplarında, başta bir sapma, ruhsal bir bozukluk olarak tanımlanmışken, daha sonraları, politik birtakım müdahaleler neticesinde, bir bozukluk olmaktan çıkarılmıştır.

Bunun yanı sıra, normal davranışlara uygulanan etiketlemelerin de arttığını görüyoruz. Bu itibarla, sosyal kontrol fonksiyonuna hizmet eden psikiyatri, insanların acı ve sorunlarına, hasta etiketi yapıştırarak, hayatı tıbbileştirmeye çalışmaktadır. Nitekim, Ronald, Leifer, psikiyatrik tanuların, geleneksel dünyamızın ahlak ve yasalarınca düzenlenen alanlara hitap ettiğini belirtir (Sayar, 1991: 93). Tıbbi etiketlemenin, bir diğer etkisi ise, daha düne kadar normallik içerisinde değerlendirdiğimiz ve etik sonuçları olan bir çok doğal davranışın, anormallik içerisinde sokularak, biyolojik kontrolün, beyin kontrolünün gerekçelendirilebilir bir misyonunu taşıdığını söyleyebiliriz. Bu anlamda, hukukun ve ahlâkın kapsamı içerisinde değerlendirilebilecek olan birtakım davranışların, örneğin, kumarın, aşırı alkol kullanımının dürtüsel bozukluk, kültürel fenomen olarak değerlendirilebilecek olan aşkın, patolojik bağımlılık ve bazı suçların psikiyatrik bozukluk, yaramazlığın hiperaktivite, hafif hüznlerin, keyifsizliklerin minor depresyon gibi tıbbi terimlerle tanımlanmasının, ilaç önerilmesinin, ahlaki ve hukuksal sonuçları açısından, dikkat çekici olduğunu söyleyebiliriz.

Konumuz açısından düşünüldüğünde, bireylerin toplumsal, ekonomik, ahlaki sorunlarının ve bu konudaki bilinçlenmelerinin, depresyon olarak etiketlenmesi söz konusu olabilir. Bu konuda, etiketlemenin güzel ve biraz da mizahi bir örneğini, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ndeki bir hastanın şiirinde görmek mümkündür. Betül Yalçiner'in, "İç Bahçe" adlı eserinin girişinde verilen bu şiirin ilk mısrası şöyledir:

Aşkın dehşetinden koptu gönlümün freni  
Doktor hâlâ sanıyor beni şizofreni

Daha, hangi ruhsal farklılıkların, yaşam tercihlerinin ve duyguların tıbbileştirilerek, bir teşhis kategorisine indirgenebileceğini bilmiyoruz. Ama, sapma marjının, etiketlemeyle birlikte, gittikçe artabileceğini ileri sürebiliriz. Nitekim, şimdiye kadar, “zihinsel hastalık” olarak etiketlenen birçok davranışın, daha önce hastalık olarak görülmediğini, bunun yerine, kültürel ahlaki ve dini bir sorun olarak görüldüğünü ve bu çerçevede değerlendirildiğini söyleyebiliriz. I. İlich, hayatın doğal hadiselerini tıbbileştirme eğilimlerini, özgür ve doğal yaşamımız için gittikçe artan bir tehlike olarak değerlendirmiştir (Sayar, 1995: 17-18).

Becker, kuralların bazı bireylere, diğerlerine olduğundan daha fazla uygulandığını vurgulayarak, alt sınıftakilerin, üst sınıftakilerden daha fazla etiketlendiklerini tespit etmiştir. Bu anlamda, Lemert ve Becker, hasta etiketi taşıyan kimselerin, bu etiketi, ait oldukları sosyal grupların kendileri hakkındaki yargılayıcı bakışlarından, ifadelerinden içselleştirdiklerini belirterek, bu tavrın, sapkınlığın toplumsal genişlemesine neden olduğunu belirtir (Sayar, 1991: 180). Şimdiye kadar, daha önce ruhsal hasta olarak etiketlenenlerin %75'inin, bu etiketi hak etmediklerini ve ancak, başvurularının %5'inin, geçerli, doğru bir tanı aldıkları, yani yanlış etiketlemenin oldukça fazla olduğu, ifade edilmektedir (Torrey, 1996: 207).

Yine bu konuyla ilgili olarak, Rosenhan'ın yaptığı ilginç bir deney, etiketlemenin boyutlarını anlamamız açısından düşündürücüdür. Rosenhan, bir hastaneye, içlerinde sağlık personelinin de olduğu bir grup normal insanı, şizofreni şikayetiyle, rol icabı akıl hastanesine gönderir. Bu normal kişiler, şizofren tanısıyla hastaneye yatırıldıktan sonra, bir müddet hasta rolünü uygularlar, sonra ise, normal hayatlarında olduğu gibi, normal davranışlar sergileyerek, artık düzeldiklerini ve hastaneden çıkmak istediklerini belirtirler. Ancak, aradan çok zaman geçmesine rağmen, hastaların bu talepleri, psikiyatrlar tarafından dikkate alınmadığından, mecburen, durum açıklanır, yapılanların bir deney olduğu söylenerek, nihayetinde, bu kişiler hastaneden çıkarlar. Elbette ve tabii ki, bu durum, başta etiketleme olmak üzere, psikiyatriyle ilgili birçok tartışmayı beraberinde getirir. Psikiyatrlar, kendi meslektaşlarının yapmış olduğu bu deneyi sert bir dille eleştirerek, bu durumlarını açıklamaya çalışmaları ve doğru tanı koyma konusunda,

bir sorunlarının olmadığı iddiaları üzerine, Rosenhan, bu kez de, kendilerine, içlerinde hasta olan ve olmayan kişilerin olduğu, bir deney grubu daha göndererek, bu hastaları tespit edip edemeyecekleri konusunda, bir öneri sunar. Psikiyatrların, bu iddialı teklifi kabul etmeleri üzerine, Rosenhan, tümüyle sağlıklı kişilerden oluşan bir grubu, hastaneye göndererek, etiketleme sorununun, ruhsal açıdan ne kadar riskli sonuçları olabileceğini göstermiştir. Çünkü, Rosenhan'ın bu deneyinde, hastaneye gönderilen bu sağlıklı kişilerin çoğuna, çeşitli psikiyatrik tanıların bulunduğu görülmüştür (Rosenhan, 1973: 251).

Bu bağlamda, uyum kategorisi temel alındığında, gerçekte sapkın olanları, sapkın olarak görmeyebileceğimizi; gerçekte, suçsuz olanı da hatalı değerlendirmeler nedeniyle, sapkın diye tanımlayamayacağımızı söyleyebiliriz. Guattari, tanı konusunda, psikiyatrinin yaşadığı sorunlardan, hep vicdân azabı çektiğini belirterek, zaten, psikiyatrinin, olmayan bir şey üzerinde, delilik temeli üzerinde kurulan, başarısız bir inşa olduğunu söyler (Sayar, 1991: 34). Etiketleme teorisiyle ilgili görüşleriyle tanınan, ünlü sosyolog Thomas Scheff, bu konuda, ruhsal hastalıklarla, sosyal etiketleme arasında, çeşitli ilişkilerin olduğunu gösterir. Basit bir normu veya kuralı çiğnemenin, hasta etiketi için yetmeyeceğini belirten Scheff, akıl hastalığına atfedilen durumların, toplum içerisinde var olduğunu ifade etmiştir.

Scheff'e göre, toplum içerisindeki bir insan, hasta olarak nitelendirilmemişse, psikiyatrinin, söz konusu hastanın, hastalığa özgü özelliklerini görmezden geldiğini, ancak, hasta olarak adlandırılan bir kişiyle ilgili teşhisin, doğruluğu yönündeki delillerin ise, pekiştirildiğini ve hastalığa uymayan özelliklerinin dışarıda bırakıldığını belirtir. Durkheim'in, sapmanın sosyal fonksiyonuna ait görüşlerine benzer olarak, T. Szasz da, psikiyatrinin yaptığı etiketlemelerle, normalliği çerçevlendirerek, normallerin kendilerini daha iyi hissetmelerine ve sosyal kontrolün kolaylaşmasına hizmet ettiğini vurgular (Torrey, 1996: 102).



### 2.3.3.3. Kişiler Arası İlişkiler ve Sosyal Alışveriş Teorisi

Bu yaklaşım, depresyonun, tek sebeple açıklanamayacak kadar, çok yönlü bir hastalık olduğunu ileri sürmektedir. Bununla birlikte, temelde, depresyonun, kişiler arası etkileşimler çerçevesinde açıklanabileceğini ileri süren bu yaklaşım, çocukluk yıllarında veya yetişkinlikte yaşanan tatminsiz ilişkilerin, belirleyici bir faktör olacağını belirtmektedir. Washington psikiyatri ekolü, kişiler arası yaklaşımı ve kültürel bağlamını açıklayabilmek için, sosyoloji ve sosyal psikolojiden yararlanmanın öneminden bahsetmektedir (Altınoğlu, 1994: 32). Kişiler arası yaklaşım, sosyal çevreyi sadece hastalık nedenleri açısından değil, aynı zamanda, hastalık sonuçları açısından da önemli bir değişken olarak ele alır. Bir taraftan, sosyal yapıdaki çarpıklıklara ve değişmelere; öte yandan da, rol değişimlerinin yarattığı sarsıntı ve iletişim bozukluklarına değinen bu yaklaşımın gelişmesinde, E.Fromm, Riechman, Arieti, Sullivan, K. Horney ve Becker gibi önemli sosyal psikolog ve sosyologların etkisi olmuştur.

Kültür, sosyal sınıf, aile, sosyal gruplar ve kentleşme gibi sosyolojik kavramlara vurgu yapan bu yaklaşım, depresyonun tedavisini, sonuçta, sosyal uyum düşüncesinden hareketle, çözmeye çalıştığından, hastaların benlik değerlerinin yükseltilmesini, sosyal ilişkilerin kalitesinden hareketle, ele almaya çalışır (Alper, 2001: 57-60). Bu anlamda, kişiler arası ilişki yaklaşımı, aile, evlilik, iş ve akran gruplarında yaşanan iletişim sorunlarını, ilişki çatışmalarını ve bunun altındaki kültürel değerleri, analiz birimi olarak değerlendirir. Bireyler arası ilişkilerin ve sorunların anlaşılması açısından ise, sosyal alış-veriş teorisinin etkili olabileceğini düşünebiliriz.

G.Homans'ın alış-veriş teorisi, daha çok birincil gruplardaki sosyal ilişkiler üzerinde odaklanır. Homans, grubu, sosyal yapının açıklanmasında temel birimi olarak ele alır ve karşılıklı ilişkiler içerisinde olan grubun organik bir bütün oluşturduğunu belirtir. Ekonomik ve psikolojik bir takım öncülleri kullanarak, Homans, Skinner'in hayvanlar üzerindeki deneylerinden hareketle, alış-verişi, kuramının merkezi teması olarak değerlendirir. Ona göre, sosyal yapı ve grupların oluşumu ve devamı, bireylerin, verdikleri bir takım değerler karşısında kendileri için önemli sayılanları almasıyla yakından alakalıdır. Bireyler, her zaman, dengeli bir alış-veriş ilişkisi içinde olmazlar. Bazı bireyler, sahip oldukları güç nedeniyle, alış verişten daha kârlı çıkarlar ve bu nedenle de daha fazla güç sahibi olurlar. Homans'a göre, bireyler, grup içerisinde veya



toplum içerisindeki sosyal ilişkilerinde, verdiklerinden daha az aldıklarına inanırlarsa, kendilerini zayıf ve kötü hissederler.

Blau ise, bireyleri harekete geçiren içsel ve dışsal ödüllerin toplumsal kurumlar ve değerlerce belirlendiğini vurgular. Sosyal tabakalaşmanın, bireylerin, sosyal ilişkilerden alacakları tatmini belirleyeceğini vurgulayan Blau, sosyal ilişkilerdeki tatminsizliğin eşit olmayan bu alış verişten kaynaklandığını belirtir (Poloma, 1993: 53-73). Depresyonda, yakın sosyal gruplar başta olmak üzere, diğer insanlarla yaşanan sorunlar, ilişki kayıpları, güvenden, bağlılıktan uzak, kayıp duygusuna neden olan vefasız ilişkiler, depresyonda belirleyici bir etkiye sebep olduğundan, bu yaklaşımın önemi gittikçe artmaktadır (Aşkın, 1994: 34-35). Bütün bu ilişkilerde önemli olan unsur, bireylerin sahip oldukları sosyal destek sistemleriyle, yakından alakalıdır. Terapiyi bir gereklilik haline getiren sosyal desteğin, yaşanan en kötü olayların etkisini bile, asgari düzeye indirgeyebilecek bir etkiye sahip olabileceği, çeşitli araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur.

Susan Gore, biri kırsal, öteki şehirde kurulmuş ve kapanmakta olan iki fabrikanın, evli işçileri üzerinde yaptığı bir çalışmada, işsiz kalan bu kişilerin sosyal desteklerinin, ruhsal durumları üzerindeki etkilerini incelemiştir. Bu çalışmada, Gore, sosyal destek sistemine sahip olanların, olmayanlara kıyasla, ruhsal sağlıklarının, daha iyi olduğunu ve ayrıca, iki yıllık izleme süresi içerisinde, sosyal destekleri olmayan, ama iş bulanların, bulamayanlara göre, daha iyi olduklarını bulmuştur (Gore, 1978: 159-166). Yine, bu çalışmada, Gore, işsiz kalanların ve bunun yanında sosyal destekleri yetersiz olanların, kendilerine olan saygılarını yitirdiklerini ve kendilerini, daha suçlu ve depresif hissettiklerini, buna karşın, işsiz olmasına rağmen, sosyal destek sistemleri yeterli olanların, suçluluk duygularının olmadığını ve ruhsal sağlıklarının da normal olduğunu bulmuştur. Bu konuda yapılan başka çalışmalarda da, benzer şekilde, stresin derecesini azaltmada ve depresyonun, diğer ruhsal hastalıkların üstesinden gelmede, sosyal desteğin önemi gösterilmiştir (Turner, 1983: 5-8). Çünkü, gelişmiş bir sosyal destek sistemine sahip olanların, yaşadıkları stresleri ve sorunları paylaşarak, bireylerin kendilerine olan güvenlerinin devamında, etkili olduklarını söyleyebiliriz.

Hem medikal hem de sosyolojik boyutlarda yapılan aşımlar, ruhsal hastalıklarla sosyal stres faktörleri arasında, çeşitli ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Stres, bireyin ciddi olarak algıladığı olaylar karşısında, olağan davranışlarının yetersiz kalması ve yaşadığı ortama adapte olamaması durumunda, hissettiği sıkıntılı durumlar olarak yorumlanmaktadır. Bir anlamda, bireyin sosyal, ekonomik imkanlarıyla karşılaştıkları taleplere cevap verebilme potansiyelleri arasındaki çelişkiler, ruhsal hastalıklara neden olabilir. Stres anlarında, bireyin biyo-kimyasal dengesinde, birtakım sarsıntılar meydana gelebilir. Bu olumsuz durumlarda, yaşanan aşırı streslerin bir sonucu olarak, bireylerin genetik-biyolojik potansiyelleri, aşırı zorlanarak, ruhsal hastalıklar ortaya çıkabilir (Marshall, 1999: 78-79). Ancak, burada önemli olan şey, hangi stres verici olayların, kimler üzerinde, hangi sosyal kesimler üzerinde, etkili olduğunu ve hangi değişkenler aracılığıyla ruhsal rahatsızlıklarda etkili olduğunu tespit edebilmektedir.

Her ne kadar, bireyler, uyarım düzeylerini yükseltmek için, zaman zaman strese ihtiyaç duysalar da, belirli bir düzeyin üstündeki stresin, zararlı olduğunu biliyoruz. Ancak, L. Frank, stresin motivasyon ya da boşalmayla alakasından çok, bir anlam çerçevesinden yoksun olmasının, sıkıntı verici olduğunu söyler (Frankl, 1996: 23). Bu anlamda, yaşanan zorluklardan çok, ona verilen anlam, bireylerin bu zorluklar karşısında, çaba göstermelerini veya çaresiz kalmalarını belirler. Bu kavrayış farkını, stresin zamana göre anlam değişmesinde de görebiliriz. Örneğin, Oxford sözlüğünde, stres, başlangıçta, keder, zorluk olarak tanımlanmışken; 17 y.y.'da stresin, güç, baskı, zorlama ve güçlü çaba şeklinde tanımlandığını görüyoruz (Newton v.d., 1997: 57).

Stres verici yaşam olaylarının, belirli sosyal yapının bir sonucu olarak, ruhsal sağlığı bozabilecek bir birikime sahip olabildiğini söyleyebiliriz. Bu durum, açıkça, bireylerin yapabilecekleriyle, kendilerinden istenen çevresel talepler arasında ortaya çıkan bir uyumsuzluk, çelişki halini ifade etmektedir. Bu uyumsuz durumlar, genellikle, sosyal değişme anlarında yaşanmaktadır (Murphy, 1961: 280-287). Depresyon araştırmalarında, yaşam olaylarının, ruhsal yaşam üzerindeki olası nedensel etkilerinin tespit edilebilmesi, geniş bir alanın araştırılmasını gerektirir. Bu yaklaşım, sadece belirli bazı olayların, ruhsal hastalık yaratıcı, stres etkilerini ölçmekle kalmayıp, aynı zamanda,

bireylerin incinebilirlikleri açısından, bu olayların önem derecelerini, birbirlerini etkileyen yönlerini, birbirleriyle olan ilişkilerinin niteliğini açıklamaya çalışmaktadır.

Bruce Dohrenwend, ruhsal hastalıkları, sosyal stres modeliyle ilişkilendirdiği araştırmalarında, ne tür olayların, ne tür kombinasyonların, ne kadar süreyle ve ne kadar zaman sonra ve hangi şartların, hangi ruhsal bozukluklara neden olabileceği bağlamında incelemeye çalışmıştır (Dohrenwend, 1974: 384). Bu çalışmalarda, Dohrenwend, sadece, olumsuz olayların değil, aynı zamanda bireylerin hayatlarındaki, olumlu yaşam olaylarının da stres açısından araştırılması gerektiğini vurgulamaktadır. Çünkü, bireylerin olumlu çevresel değişikliklerde bile, stres yaşayabileceğini, Durkheim'in çalışmalarından hareketle, biliyoruz. Yine, bir başka çalışmada, G. Brown, kontrol grubu hazırlayarak, yaptığı bir çalışmada, son üç hafta içerisinde, şizofren hastaların, normallere göre, daha fazla yaşam değişikliklerine maruz kaldıklarını göstermiştir.

Depresyonun, içe dönmüş agresyonla ilgili olmadığını belirten Bibring de, yukarıdaki ifadelerle benzer olarak, depresyonun, ideallerle gerçekler arasındaki gerginliklerden kaynaklandığını belirtir (Özmen, 1995: 338). Depresyonla ilgili açıklamalarda ileri sürülen fikirler ve genel olarak da, "stres-zorlanma kuramı", dikkat edilirse, Merton'un anomi teorisini andırmaktadır. Çünkü, stres, bireyin elindeki olanaklarla, karşılaştığı psiko-sosyal taleplerin dengesizliğine bağlı olarak açıklandığından, anomi teorisinin, stres ve depresyonun, genel olarak da, ruhsal hastalıkların açıklanmasında, sosyo-kültürel içerikli bir teorik zemin oluşturduğunu söyleyebiliriz. Bu bağlamda, Bibring'in, depresyonun, bireyin, güçlü olmak, sevilme ve değerli olmak gibi, üç narsistik yaralanmanın fark edilmesiyle ortaya çıktığı, şeklindeki görüşünün, tamamen olmasa da, önemli ölçüde, sosyo-ekonomik durumla alakalı olduğunu ifade edebiliriz. Dolayısıyla, sosyolojik anlamda, depresyonun, insanların arzuladıkları rol ve pozisyonlardan yoksun bırakan sosyo-ekonomik yapının bir sonucu olarak değerlendirilebileceğini söyleyebiliriz.

Stres, genellikle bireylerin, olağan davranış kalıplarının yetersiz kaldığı bir durumla karşılaştıklarında, bu duruma adapte olamamanın, ciddi sonuçlarını fark ettiklerinde ortaya çıkmaktadır (McGrath, 1970: 170). Bu gibi sosyal değişme ortamlarında, bireysel yetkinlikleri olanların ruhsal hastalıklara yakalanma risklerinin daha fazla olabileceği, tahmin edilebilir. Sosyal stres modeli, bireyler arası ilişki ve etkileşim sorunlarının, bireysel-sosyal düzlemde gelişen, çelişik durumlar yaratacağı

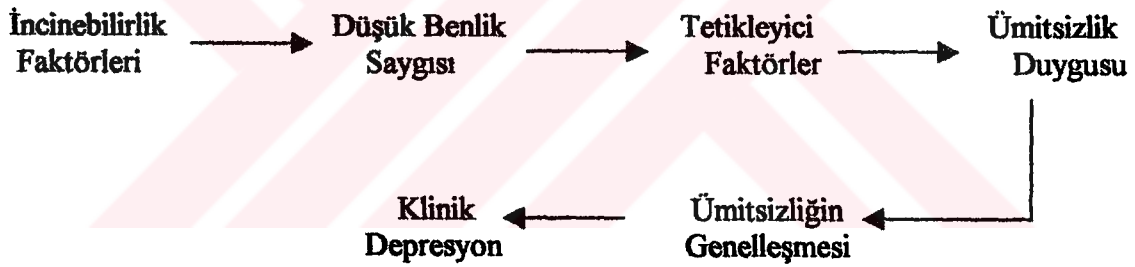
fikrine dayanmaktadır. Bu durumda, hangi sosyal ilişki ve ortamların, bireylerin strese girmelerine veya sadece bazı bireylerin böyle bir çıkarımda bulunmalarına neden olduğu araştırılabilir.

Herhangi bir bireyin, yaşadığı olaya verdiği öznel anlamın, o olayın stres verici olarak değerlendirilip değerlendirilmemesini belirlediğini düşünerek, bu tür olayları algılamada, farklılık yaratıcı faktörlerin, neler olabileceğini araştırmak, önem taşımaktadır. Çünkü, bu tür bir ayrıntılı inceleme, bireylerin incinebilirliklerini, olası risklerin niteliğini ve risk gruplarının, kimler olabileceğini anlamamızı sağlayacaktır. Bilindiği gibi, depresyon hastası, hayatındaki sıkıntılarını giderebilecek donanımdan yoksun olduğunu ve ne yapsa da, sonucun değişmeyeceğine olan inancından dolayı, hastalanmaktadır. O halde, sorunun önemli bir parçasının, bilişsel ve sosyal değerlerle yakından ilgili olduğunu söyleyebiliriz (Aşkın, 1994: 45). Bu anlamda, depresyonda, asıl sorunun, örselenmenin kendisi olmadığı, örselenmeye verilen anlamın etkisiyle, bu yaşananların, kontrol edilemeyeceği inancının yarattığı çaresizlik algısı ve bu algıyı belirleyen, sosyo-kültürel ve ekonomik ortamlar, koşullar olduğu belirtilebilir.

Stres modeli, depresyonu, kişinin zedelenebilirlik düzeyi ile stres yaratan etkenlere verdikleri tepkilerinin etkileşimi çerçevesinde, değerlendirmektedir. Coser, psikolojik kırılganlıklarından dolayı, ruh hastalarının, diğer insanlara kıyasla, daha fazla intihar etme eğiliminde olduklarını belirtmiştir (Rose, 1976: 318-319). Zedelenilirlik ise, hem sebepleri hem de sonuçları itibarıyla, biyolojik, genetik ve psikolojik etkenlerle birlikte, bilişsel yapı ve başa çıkma becerilerinin bileşimi açısından değerlendirilmektedir. Bireyin, sosyal ilişkiler kurma ve bu ilişkileri sürdürmedeki yetersizliği, zayıf karşı koyma becerisi, yaralanabilirlik modeli adı altında kavramsallaştırılmıştır. İleri sürülen bu modele göre birey, içinde yaşadığı aile, çevre ve biyolojik yatkınlığın kombinasyonu sonucunda, kolay incinebilir, etkilenebilir duruma geldiğinden, herhangi bir zorlanma anında, kolayca depresyona girebilmektedir.

Depresyonun oluşumunda, bireylerin incinebilirliği önemli bir yer tutar. Bireylerin benlik saygıları ve kontrol duyguları ise, onların incinebilirlikleriyle yakından alakalıdır. İncinebilirlik, bireylerin kendine olan güvenlerini sarsan başarısızlık ve hayal kırıklıklarıyla ilgili olup, bunların en önemli kaynakları, aile, okul ve iş ilişkilerinde ve genel olarak da bireyler arası ilişkilerde bulunmaktadır. Birey eğer, yetersiz ve pasifse, ilişkilerde fayda elde etmek şöyle dursun, hep olumsuz olaylara muhatap olmaktadır. Bu

incinebilirlik faktörlerini kadın kimliği ve benlik saygısı açısından değerlendiren G.Brown, on bir yaşından önce anne kaybı yaşayan, bir işi olmayan, 13 veya 14 yaşından küçük üç ve daha fazla çocuk sahibi olan ve ailesinde güvenli bir ilişkiden yoksun, özellikle de, eşleriyle ilişkilerinde sorun yaşayan kadınların düşük benlik saygısı geliştirerek depresyona girdiklerini belirtmişlerdir (Brown v.d., 1989: 235). Öncelikle, sosyal ve kültürel nedenler yüzünden, kadınların, kendilerini seçen adamlarla evlenme zorunlulukları, eş seçebilme şanslarının yok denecek kadar az olması, onların hayatlarını yanlış adamlarla geçirme ve onlara katlanma zorunluluğunu yaratmaktadır. Bu durumun, cinsellikle ilgili sorunlardan sosyal ilişki sorunlarına kadar birçok sorunu yaratabileceği tahmin edilebilir. İncinebilirlik faktörleri, dünyayı kontrol edebilmede, iyimser bir görüş geliştirebilmede etkili olan değer kaynaklarını sınırlandırarak bireylerin kırılganlıklarını, olaylar karşısındaki dirençlerini düşürerek onların depresyona girmelerinde önemli bir yer tutar. G. Brown, bununla ilgili olarak yapmış olduğu şemasında, depresyon oluşumunu şu şekilde göstermiştir.



**Şekil 1: G. Brown'un Depresyon Teorisi**

İncinebilirliği arttıran faktörlerin rol kimlikleriyle olan ilgisini gösteren çalışmalar, aynı zamanda, benlik saygısının edinilmesinde de, rollerde meydana gelen değişmelerin önemli bir etkisi olduğunu göstermektedir. Örneğin, kadınların, istihdam edilmelerinin, onların duygularında meydana getirdiği değişmelerle ilgili olarak yapılan çalışmalarda, kadınların artan sosyal ilişkileri nedeniyle kendilik duygularında yaşadıkları değişmelerin, onların benlik saygılarını arttırdığını göstermiştir (Brown v.d., 1989: 238-239). Bu anlamda, kaybedilen bir rolün aksine, kazanılan olumlu bir rol, geleceğin kontrol edilmesindeki etkisinden dolayı, olumlu bir kimlik edinmede etkili bir faktördür. Her ne kadar, ev dışı çalışma, ev içi çalışma kadar sıkıcı olsa da, ödül kaynaklarının ev



dışı çalışmayla koşullandırılması, ekonomik temelde örgütlenen günümüz toplumlarındaki çalışmayan kadınların, annelerin kendilerini daha bağımlı, değersiz, güvensiz ve gelecek konusunda da ümitsiz hissetmelerinde etkili olmaktadır. Weissman ve Paykel de, depresyonlu kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmalarında, onların bağımlılıklarının depresyona girmelerinde oldukça etkili olduğunu ortaya koymuştur. Bununla birlikte, Weissman, depresyon araştırmalarında, bireylerin depresif durumları temel veri olarak alındığından, bağımlı kişilik yönündeki bulgular, depresyonun bir sebebi olmaktan çok sonucu olarak yorumlandığını bulgulamıştır. Bu anlamda, içerisinde bulunan statü ve rol kimlikleri, gelecekle ilgili beklenti, bağımlılık ve gerilimlerin kaynağı olarak ümitsizlik duygusunun ve depresyonun oluşumunda etkili olur (Brown v.d., 1989: 236-241).

Çalışmanın ruhsal sağlık üzerindeki etkilerine değindiği alan araştırmasında G. Brown, özellikle, olumsuz ciddi bir olay yaşayan ama, sonrasında, bir yerde iş bularak çalışan kadınların depresyon geliştirmediklerini bulgulamıştır. Bu konuda görüştüğü bir kadının sözlerini aktaran G. Brown, parası yeterli olmasa da, yapılan işin, bireyin benlik saygısı üzerinde önemli bir katkısı olduğunu ifade etmektedir. Ama, bu algı, elbette, dışarıda çalışmanın toplumsal bir değer haline geldiği ekonomik bir toplumda önem kazanır. Nitekim, Susannah Ginsberg, satünün, ekonomik çıkarları arttırarak, kadınların toplumdaki saygınlıklarının bir kaynağı haline gelmesiyle, toplumun çocuk bakımına, yani anneliğe atfettiği düşük saygının, anneler tarafından düşük benlik saygılarının kaynağı olarak içselleştirildiğini belirtir (Brown v.d., 1989: 236-238).

Bireyin, karşılaştıkları sorunlarla başa çıkma repertuarlarının kalitesi, sahip olduğu sosyal ve ekonomik destekleriyle ilgili olup, onların incinebilirliğini ve ruhsal hastalıklara yakalanma riskini belirlemektedir. Bu açıdan bireylerin yaşadıkları yakın kaybının, onların kırılğanlıklarında önemli bir etkisi vardır. Freud, "Yas ve Melankoli" adlı eserinde, sevgi nesnesinin kaybının depresyon etiolojisinde önemli bir yeri olduğunu ileri sürmüştür. Herhangi bir kayıp olayı, ödül ve değer kaynaklarının kaybı olarak değerlendirilebilir. Çünkü, kayıpla birlikte, yaşama ve onun temelinde yer alan bir takım değerlerin, düşüncelerin geçerliliğini yitirmesi söz konusudur.

Ebeveyn kaybının, çocukluktaki kaybın, incinebilirlik üzerindeki etkilerini ele alan Birtchnell, ruhsal hastalıkta ve incinebilirlikte önemli bir rolü olan kişilikteki bağımlılığı ele aldığı araştırmasında, annelerini kaybedenlerin kaybetmeyenlerden daha



fazla bağımlılık geliştirdiklerini bulgulamıştır. Erken yaşlardaki anne kaybının bireyin hayatında yarattığı sorunları analiz eden G.Brown, annenin güven ve takdir kaynağı olarak önemine değindikten sonra, bireyin kontrol duygusunun ve incinebilirliğinin, bu deneyimlere dayandığını ileri sürer. Çünkü, annenin kaybıyla birlikte, bu değer kaynaklarını kaybeden bireyler, bir anlamda, dünyayı kontrol etme aracını yitirdiklerinden, güvensizlik ve yetersizlik duygusu edinirler. Anne ne kadar erken kaybedilmişse, çocuğun olaylara hakim olma ve duygusal gerileyişi, o kadar artmaktadır. Bu konuda ciddi araştırmalar yapan Hinde ve Lorenz gibi çocuk gelişimcileri, kişilik özelliklerinin oluşturucusu olarak annenin çok önemli bir rol oynadığını ortaya koymuşlardır (Brown v.d., 1989: 240-241).

Çocuğun güven ve güvensizlik duygularının oluşumunu, incelikli bir şekilde ele alan Ainsworth de, anneye kurulan yakın ilişkilerin, içten iletişimin, bağımlılık yapmak yerine, onun bağımsızlık duygusunun gelişmesinde, diğer insanlarla kurmuş olduğu ilişkilerin kalitesinde ve özgüveninde önemli bir faktör olduğunu bulgulamıştır. Bu nedenle, anneye kurulan ilişkilerde, ani bir kopuşun yaşanması, çocuğun kendine olan güvenini sarsar. Bowlby 'nin bağımlılık sevgi ve güvenin önemine ilişkin görüşlerine benzer olarak Ericson 'un "temel güven" görüşü, anne figürüne dayanır. Olgunluk, yalnız olabilme kapasitesi, güvenli bir çevre oluşturabilme, anneye kurulan bu sağlıklı ilişkilere dayandırıldığından, Bowlby, çocuklukta veya gençlikte depresyonda, etkilerini sonraları da gösterebilen bir sevgi nesnesinden ayrılmanın etkilerine değinmiştir. Bowlby, çocuğun kendine güveninde, David Appel ve Sander'in görüşlerine paralel olarak, şeyleri kontrol edebilme duygusundan bahseder ve bu duygunun olumlu gelişiminde, iyi düzenlenmiş bir çevrenin belirleyici olduğunu vurgular (Brown v.d., 1989: 241-242).

Brown, depresyonda, ümitsizlik duygusunun yaşanan bir kayıptan veya olumsuz bir olaydan daha önemli bir etkiye sahip olduğunu belirtir. Ümitsizlik duygusu, yaşanan olumsuz bir olaya verilen anlama binâen ortaya çıktığından, bireyin sahip olduğu değerlerin yapısı ve geleceğe ilişkin beklentileri, onun kayıp sonrasında yaşayacağı olası kırılma niteliğinde oldukça belirleyicidir. Bu anlamda, bir kayıp olayına verilen cevap, bireyin, bu olayı bertaraf edebilecek değer kaynaklarının varlığına ve uygunluğuna bağlıdır. Eğer bireyler, herhangi bir sorun anında, kontrol duygularını ve

benlik saygısı kontrollerini kaybediyorlarsa, karşılaştıkları zararı telafi edebilmeleri mümkün olamaz.

Kayıp olayı ise, sadece, birisinin ölümüyle alakalı olmak zorunda değildir. Bu bir inanç veya statü kaybı da olabilir. Örneğin bir anne, annelik rolünden bir kimlik duygusu elde ederek, ileride hayalini kurduğu ideallerini çocuğu sayesinde elde ettiğinden, onun kaybıyla da, bu duygularında hayal kırıklıkları yaşayabilir. Bowlby, değerli ve önemli bir hedefe ulaşmaya yönelik inançların kaybını da bu bağlamda ele almaktadır. Bu anlamda, kayıp olayı, kayıp olayının ötesine uzanır. Kayıpla birlikte, daha önce yaşanmış olumsuz yaşantılar ve olaylar da, hafızada canlanarak sıkıntının artmasına neden olurlar (Brown v.d., 1989: 233). Bu açıdan, ümitsizlik duyguları, sadece, tetikleyici bir olayla sınırlanmayabilir. Bazen, bir kişinin, yaşamla ilgili felsefesinin bir sonucu olarak da kendini gösterebilir. Depresyonda belirleyici olan, bu ümitsizlik duygusunun bütün hayata yansiyacak şekilde genelleştirilmesidir. Bu tür bir ümitsizlik duygusunun gelişmesi ile birlikte, depresyonun yaşanabileceği ileri sürülebilir.

### 3. DEPRESYON KAVRAMI VE TARİHÇESİ

#### 3.1. Depresyonun Tanımı ve Belirtileri

Depresyon sözcüğü, aşağı doğru bastırmak, çekmek, bitkin, gamlı, kederli, meyus etmek, cesaretini kırmak, donuklaştırmak ve durgunlaştırmak anlamına gelen, lâtince kökenli “depressus” kelimesinden türetilmiştir (Köknel, 1989a: 14). Türkçe’de ruhsal çöküntü ya da çökkünlük olarak kullanılan depresyon, üzüntülü ve umutsuz bir ruh halini ifade eder. Depresyonlu hastalar, depresyonu, “kendileri ve diğerleri arasındaki bir duvar olarak nitelemektedirler” (Littauer, 1997: 10). Robert Burton, 1621’de, “Melankolinin Anatomisi” adlı eserinde, depresyonlu hastaların yaşadıkları sıkıntılı durumları açıklayabilmek için, “eğer, yeryüzünde, bir cehennem olsaydı, bu, melankolik kimsenin kalbinde olurdu.” ifadesini kullanmıştır (Deniz, 1995: 5).

Depresyon, en ağır psikotik hastalıktan nörotik, normal sınırlar içinde ılımlı bir mizaç bozulmasına kadar, geniş bir klinik bozukluklar yelpazesini kapsamaktadır. Depresyon, normal, geçici, anlık bir emosyondan (duygulanım), bir hastalığın herhangi bir belirtisine ya da tam anlamıyla bir psikiyatrik bozukluğa kadar, bir çok durumu kapsayabilen bir kavram olarak kullanılabilir (Alper, 1997: 10-15). Bilişsel ve duygusal olmak üzere, iki boyutta değerlendirilebileceğimiz depresyon, hangi anlamda kullanılmış olursa olsun, elem doğrultusunda artmış olan, duygulanım durumunu ifade eder. Beck’e göre ise, bu çökkünlük, temelde bir duygulanım bozukluğu değil, bilişsel bir bozukluktur. Bu durumdaki biri, geleceğe, kendisine ve dış dünyaya karşı, olumsuz bir tutum geliştirir ve bu olumsuz bilişsel şemalar, giderek, olumsuz yargı ve düşüncelerin temelini oluşturur (Öztürk, 1997: 233). Depresyon terimi, 20.y.y.’ın ikinci yarısından sonra, hastalık olarak kullanılmaya başlanmıştır. Önceleri, melankoli olarak adlandırılan bu hastalık adı altındaki dağınıklığı ortadan kaldırmak için, tüm bu hastalık belirtilerinin, depresyon olarak tanımlanmasına karar verilmiş, ancak bu dağınıklık, ortadan kaldırılamamıştır (Boratav, 2000: 19).

Depresyonla birlikte, sadece, bilişsel, duygusal değil, aynı zamanda, bedensel bir takım bozuklukların, yakınmaların da ortaya çıktığı bilinmektedir. Günlük yaşamda, insanların en sık yakındığı vücut ağrıları, iştahsızlık, bulantı, uykusuzluk, sinirlilik, cinsel işlev bozuklukları, baş dönmesi, çarpıntı gibi belirtilerin, depresyonla ilgili olduğu ifade edilmektedir. Yine, dikkatsizlik, konsantrasyon bozuklukları, dalgınlık, unutkanlık, düşüncenin dağılması, insanların en yakındıkları, zihinsel işlev bozuklukları,

depresyonun belirtileri arasında sayılmaktadır (Köknel, 1989a: 16). Hayattan zevk alamama, elemli duygulanım, elemli düşünceler, umutsuzluk, karamsarlık, suçluluk, enerji kaybıyla gelen aşırı yorgunluk, ilgi kaybı, bitkinlik, uyuyamama veya aşırı uyku hali, yaşama olan ilgide azalma, çok seyrek de olsa, ses duyma, hayal görme, sanrılar, intihar düşünce ve girişimleri, kendine ve başkalarına güvensizlik, kendini küçük görme gibi haller de görülebilir (Öztürk, 1997: 237).

Yukarıda sayılan özelliklere paralel olarak, depresyonlu kişinin çevresiyle olan sosyal ilişkileri zayıflamakta ve buna koşut olarak da, depresyonun şiddeti artabilmektedir. İnsan yaşamında, yukarıda sayılan bazı belirtilerin bulunması mümkündür. Herkes, her zaman, bir yakının kaybını yaşayıp, maddi ve manevi olumsuzluklarla, beklenmedik bir anda karşılaşp düş kırıklıkları içine düşebilir. Depresyonlu sayılmak için bu özelliklerin hepsinin bulunması gerekmez. Birkaç özelliğin birlikte bulunması, bu konuda yeterli sayılmaktadır. Bu anlamda, depresyonu ayırıcı kılan nitelik, bir takım belirtilerin, marazi denilebilecek sıklık, süre ve şiddette olmasıdır. Gerçekten de, hemen herkes, içinde bulunulan duruma göre, duygusal çöküntü içine girebilir. Ancak, bazı kimselerde, bu duygusal çöküntü, normal yaşamın gereklerini engelleyecek şiddette olursa, buna, psikotik depresyon (duygusal çöküntü psikozu) denir. Birinci durumda, bireyin, çok uzun da sürse, yaşadığı bu depresyonu, onun normal yaşantısını alt üst etmez ve işlevsel bozukluklara neden olmazsa, buna sinirsel çöküntü denir (Cüceloğlu, 1996: 454). Genelde içe kapanık, sessiz ve az konuşan birinin, bir süredir aşırı sessizleşmesi veya hiç konuşmaması, hayata küskün bir halde, hiçbir şeyden zevk alamaz hale gelmesi, diğer insanlardan kaçması, karamsar bir halde yalnızlığa çekilmesi, onun bir depresyon durumu içinde olduğunu ifade eder (Alper v.d., 1997: 103).

Depresyon, bazen, günlük düş kırıklıklarının bir yansıması, doğal yaşantıya bir uyum yanıtı veya insan varlığının, ölümle yüz yüze geleceği ontolojik durumuna evrensel bir tepki olarak ortaya çıkabiliyor. Bazı varoluşsal krizler, ağır depresyonu tetikleyebilir. Çoğu efektif dalgalanmalar normaldir. Göreceli olarak iyi, geçici, ve geri dönüşlüdür (Alper, 1997: 18). Depresyonun başlaması ve sürmesi, çeşitli biyolojik, çevresel ve psiko-sosyal değişkenlerle ilişkilidir. İnsanın, biyo-psiko-sosyal bir bütün olduğu, göz önüne alındığında, böyle olması kaçınılmazdır. Ayrıca, insan, aynı zamanda, ontolojik bağların içinde olan varoluşsal bir varlıktır. Böyle olduğundan

dolaydır ki, varoluşsal sorunların, insanın kendi yaşamının anlamını sorgulayışının ortaya çıkardığı depresyonlar da olabilmektedir (Alper, 1997: 20-21). Depresyon, zamanımızın en az anlaşılan, ama, en ciddi duygusal hastalıklarından biridir. Belki de depresyonun sosyal olarak incelenmesi, bu belirsizliği biraz olsun giderebilecektir.



### 3.2. Depresyonun Türleri

Ruhsal hastalıkların sınıflandırılması, ilk çağlardan itibaren, çeşitli filozofların ve düşünürlerin ilgi alanına girmiştir. İlk çağdan itibaren yapılan bu sınıflandırmalar içerisinde, depresyonun, değişik adlarla da olsa, yer aldığı görülmektedir. Duygulanım bozukluklarının, kapsamlı bir şekilde tanımlanıp sınıflandırılmasının, ilk olarak, Kahlbaum sonra da, Kraepelin tarafından yapıldığı bilinmektedir. Griessinger, kendinden önceki araştırmacıların da görüşlerini değerlendirdiği çalışmasında, "insanity" (delilik) adını verdiği, sadece, tek bir ruh hastalığının olduğunu, buna göre de, bütün belirti, bulgu ve yakınmaların, temelde bulunan tek bir hastalığın, değişik görünüşleri olduğunu ifade etmişlerdir (Köknel , 1989a: 78-80).

Bu ilk sınıflandırma çalışmalarından biri, 1930'da bir komisyon tarafından hazırlanan ve 1933'te Alman Psikiyatri Derneği tarafından kabul edilen, Wurzberger sınıflandırmasıdır. Tanımlama ve sınıflandırma çalışmalarında, Kraepelin'in ve Wurzberger'in yaklaşımları, uzun yıllar, ABD'de, Almanya'da, Fransa'da ve öteki Batı ülkelerinde kullanılan tanı ve sınıflandırmaları etkilemiştir. 1930'lu yıllardan 1960'lı yılların sonuna dek uzanan Aksel sınıflandırması ise, hastalıkları, nedenlerine, oluşum biçimlerine ve klinik tablolarına göre gruplandırmıştır (Köknel, 1989a: 81). Depresyonu, organik ve psikojen kökenli olarak, dikey ve yatay olmak üzere, iki eksen üzerinde değerlendiren Kielhoz'un, dikey ve yatay eksenlerden oluşan sınıflama eğrisinde, yukarıdan aşağıya inildikçe, depresyonun organik nedenleri azalmakta, ruhsal kökenleri ve nedenleri ağırlık kazanmaktadır (Köknel, 1989: 214).

Başka bir sınıflandırmada ise, major, distimi, depresif şeklinde bir ayırım yapılmaktadır. Bunun yanı sıra, major depresyonun da, kendi içinde ağır, orta ve hafif olmak üzere, çeşitli kısımlara ayrıldığını görüyoruz. Mani ve melankoliyi, aynı hastalığın iki ayrı tablosu olarak değerlendiren Kraepelin, bu hastalığa, "mani-melankoli psikozu" adını vermiştir. Ona göre, bu hastalık, ruhsal, toplumsal etkenlerden bağımsız ve bağlantısız olup, tamamen bedensel ve biyolojik bir rahatsızlıktır. Bunun yanı sıra, depresyonun, ilk kez olup olması da, bu hastalığın, ayrı kriterler içerisinde değerlendirilmesine neden olduğunu görüyoruz. Ayrıca, kişi, manik nöbetleri olan biriyse, depresyonunun iki uçlu depresyon olarak değerlendirildiğini görüyoruz (Alper v.d., 1997: 103).



Yirminci yüzyılın ikinci yarısından sonra, tanımlayıcı psikiyatrinin etkisinin gittikçe azaldığı gözlenmiştir. İlk olarak, 1952 yılında yayınlanan DSM-I (Tanı ve İstatistik El Kitabı), ruhsal bozukluk ve hastalıkları, birer tepki olarak tanımlayıp sınıflandırmıştır. Ancak, yine bu dönemlerde, ABD ve Avrupa'da, tanı ve sınıflamalar arasında, ayrılıklar belirmiştir. 1968 yılında yayınlanan DSM-II'de, reaksiyon yaklaşımı yerine, araştırmalara dayalı tanı ölçütleri getirilmiş ve yine, bu anlayışın temelinde de Kraepelin'in yaklaşımı etkili olmuştur (Köknel, 1989a : 82).

1968 yılında, Dünya Sağlık Örgütü, hastalıkların uluslararası sınıflandırılmasını yayınladı. 1980'den beri, bir çok ülkede ve Türkiye'de, DSM-III ve ICD-9 kullanılmaktadır. DSM-III, ruhsal bozukluklara ve hastalıklara, sadece, tanı ve sınıflandırma açısından yaklaşmamakta; insanı, bedensel, ruhsal, ve toplumsal bir bütün olarak ele alıp onu, "sosyal gelişimi ve çevreye uyumu" bakımından da değerlendirmektedir. Bunu sağlamak için, hastaya beş boyut üzerinde yer alan ölçütlerle, tanı konmaktadır. Birinci boyutta, ruhsal bozuklukların tanısı; ikinci boyutta, gelişme ve kişilik yapısı, üçüncü boyutta, bedensel bulgular, hastalıklar, dördüncü boyutta, stres; beşinci boyutta ise, insanın son bir yıl içinde, topluma uyumu değerlendirilir (Köknel, 1989a: 82-83). Son boyut, bizim açımızdan özellikle önem taşımakla birlikte, tanı sürecini içeren söylem ve etiketlemeden, kişilik ve strese kadar, hastalıkla ilgili diğer tanımlayıcı seçeneklerin de, şu veya bu şekilde, gerek sebepleri ve gerekse sonuçları itibariyle, sosyolojik tahlile tabi olabileceğini belirtmeliyiz. DSM-III ve DSM-III R'nin tanı ve sınıflandırma açısından, önemli eksikliklerinin olduğu ve DSM'lerin ABD'de geliştirilmiş olmasının, tanı ve sınıflandırmalarda, ABD'nin ve genel olarak da Batı'nın, sosyo-kültürel özelliklerini taşıdığı, eleştirisini doğurmuştur. Ruhsal hastalıkların oluşum nedenlerini açıklamada, DSM'lerin farklı kültür ve sosyal yapılarda geliştirilmiş olmasının, gerek tanı ve gerekse tedavi sürecinde, yanlışlıklara neden olduğu söylenmektedir. Ayrıca, bütün tanıların, bozukluk kavramı adı altında toplanmasının da, hatalı yorumlara ve belirsizliğe neden olduğu, ifade edilmektedir.

Görüldüğü gibi, genelde, ruh hastalıklarının ve konumuz olması itibariyle de, depresyonun sınıflandırılması, bu hastalığın, tarihi boyunca sürüp giden bir sorundur. Belki de problem, bilimin, toplumu düzenleme ve kontrol edebilme nosyonunun bir sonucu olarak, bireyleri kategorileştirme alışkanlığı ile ilgilidir. Halbuki, farklı toplumlar ve aynı toplum içindeki bireyler, standart kategorilere indirgenemeyecek

kadar, farklı kültürel ve sosyal kişilik özelliklerine sahiptirler. Bu nedenle, hasta diye, insanların, standart başlıklar içerisinde, alt alta toplanıp, haklarında genel bir karara varılması zordur.

Bu nedenle, yapılacak tasnif ve tanımlar, mutlak olmayabilir. 19. ve 20. y.y'da, biyolojik bilimlerin gelişmesi ve psikiyatrinin medikalize olması ölçüsünde, ruhsal hastalıklarla ilgili tasniflerin arttığını, böylece, Hobbes'ten beri süren bağlantıcılık yerine, fakülte psikolojisi ağırlık kazanmıştır. Bununla birlikte, yine aynı dönemlerde, tek bir hastalık olduğu ve bu deliliğin de kişilere, toplumlara göre farklılık arz ettiği görüşünün devam ettiği gözlenmiştir (Ceylan v.d., 2001: 5).

Birçok çalışma sonucunda, önceleri melankoli adı verilen ve bugün, major depresyon tipine daha yakın olarak değerlendirilen endojen depresyon ile, içerisinde kişilik ve sosyal değişkenlerin, nedensel olarak yorumlandığı nörotik depresyon olmak üzere, iki depresyon çeşidinin olduğu belirtilmiştir. Winoker ise, genetik faktörlerin olup olmaması bakımından, birincil ve ikincil sıfatlarının kullanılmasının, daha doğru olacağını, ifade etmiştir. Bütün bu sınıflandırma çabalarına rağmen, psikiyatrik bilgiler geliştikçe, hastalıkların birbirleriyle olan benzerliklerinin, bağlantılarının arttığı ve bu nedenle de psikiyatrik bir belirtinin, sadece, tek bir hastalığa ait olamayacağı ifade edilmektedir (Ceylan v.d., 2001: 33-34). Bu itibarla, aynı hastalarda, zaman içerisinde, farklı ruhsal hastalık tiplerinin görülmesi, bir hastalık türünden diğerlerine geçişlerin olması, depresyon için de farklı alt tiplerden ziyade, tek bir hastalık varsayımını pekiştirmektedir (Aşkın, 1999: 100). Hatta, bırakın kendi içerisindeki farklılaşmayı, depresyonun diğer hastalıklarla bile, birçok hususta, aynı paydayı, belirtileri paylaştığı görülmektedir.

### 3.3. Tarihsel Açıdan Ruhsal Hastalıklar ve Depresyon

İlkçağda, doğanın bir parçası olarak görülen insanın, olağan dışı yaşantı ve sapkın davranışlarının, büyümlü güçlerin ve Tanrıların eseri olarak değerlendirildiğini görüyoruz. Melankolinin ilk yazılı betimlenişi, Homeros'un destanlarında görülmektedir. Bu destanlarda adı geçen kahramanların, depresif, acı dolu ruhsal durumları bol bol tasvir edilir. Bu tasvirlerde, genelde, melankoli, Tanrılar düzenine karşı çıkan veya bu düzenden kuşkuları olan kişilerin, maruz kaldıkları bir ceza olarak tasvir edilmektedir. Hegel, bu anlatıları değerlendirirken, Tanrı figürünün, insanın iç dünyasının bir yansıması olarak ortaya çıktığını ve kendi ruhsal çatışmalarının, Tanrısal güçlerle çatışma olarak aktarıldığını belirtir (Teber, 2001: 80-84).

Hindistan'da, M.Ö. 1400 -1500 yıllarında yaygın olan bir inanca göre, depresyonun nedeninin, şeytan olarak görüldüğü belirtilmektedir. Buna karşın, M.Ö. 5.y.y.'dan başlayıp, milattan sonraki ilk yüzyıl boyunca, Yunan tıbbının, depresif ve manik durumları, kutsallıktan uzak bir tarzda ele aldığı görülmektedir. Mantıksız davranan insanların, hasta olduğu düşüncesinin de, ilk olarak bu dönemde kabul edildiğini görüyoruz. İlk bilimsel yaklaşımların, Hipokrat'ın, ruh hastalıklarını sınıflaması ile başladığı ileri sürülmektedir (Köknel, 2000: 5-9). Hipokrat'a göre, korkuları ve uzun süreli üzüntüleri olanlar, melankolik olurlar. Hipokrat, bir başka ifadesinde, insan bedeninin Tanrı tarafından kirletilemeyeceğini, tersine, kirlenenlerin, Tanrı tarafından temizlenip kutsallaştırılacağını belirtir.

Antik çağda, melankoliyi Satürn gezegeninin hareketlerine bağlayarak açıklayan Ficino, melankoli hastalığında, istem, bilme ve yapma arasındaki yarılmanın belirleyici olduğunu vurgulamış ve bu hastalıklı mizaçla birlikte yaşanan korku ve ruhsal acının, bilgeliğe götüren bir yol olduğunu belirtmiştir. Ancak Hipokrat'a göre, bu anlardaki ruhsal yoğunlaşmanın, özgürleşme ve öznelleşmenin, yalnızlıkla birlikte günlük yaşamı yitirme tehlikesini beraberinde getireceğini belirtmiştir (Teber, 2001: 48-49). Efesli Soranus ise, tutku, kızgınlık, keder, endişenin ve ileri derecede gerginlikle, kara öfkenin, melankoliyi meydana getirdiğini vurgular (Çifter, 1993: 4-7). Aristo, depresyon ve maninin, birbirlerini katarsis eden, aynı hastalığın iki farklı yönü olduğunu söylemiştir. Ona göre depresyon, dinsel suçlulukla ilgilidir. Bunun yanında, Aristo, arzuların doyurulmamasının, bekletilmesinin, melankoliye neden olduğunu belirtir. Aristo'nun melankoli ile ilgili yazısında, melankolinin bir nevi olumlanışını

görürüz. Ona göre, ister felsefede, ister sanat ve şiirde olsun, olağanüstü kişiliklerin hemen hepsi melankoliktir. Hatta, Aristo'nun bu yazıları üzerine, pek çok filozofun, aslında öyle olmasalar da, melankolik bir görünüm takındıkları ifade edilmektedir. İnsanlığa, "kendini tanı" ifadesiyle çağrıda bulunan Sokrates'in bu çağrısına karşılık verircesine Sophokles, melankolik tavırlarıyla, Kral Oidipus'un, kendini tanıma çabasının, ne denli büyük acılara neden olduğunu göstermeye çalışmıştır. Hippokrat gibi Sophokles de, melankoliyi, kara safra ile açıklamış ve yazılarında, melankoli terimi yerine, kara safra sıfatını kullanmıştır (Teber, 2001: 9-13). Aretaus ise, mani ve melankolinin, kapsamlı bir tarifini yaptığı çalışmasında, bu iki olguyu, birbirlerinin farklı görünümüleri olduğunu belirtmiş ve Kreaplin'i etkileyen bu alandaki düşünceleriyle, modern psikiyatriye esin kaynağı olmuştur.

Antik çağda, ruhsal bozukluklar olarak kabul edilen bugünkü psikiyatrik bozuklukların, orta çağda, şeytani güçlerin bir eseri olarak değerlendirildiğini görüyoruz (Çifter, 1993: 9-10). Ortaçağda, her sorunu bir şeytan ile açıklayan Hristiyan anlayışının, "melankoli şeytanı" ile ilgili söylemlerinin, büyük bir literatür oluşturduğu ifade edilmektedir. Ortaçağ dünyasında, yedi ölümcül günahahtan, kusurdan biri olarak kabul edilen, tembellik, hüzünlü üşengeçliğin, melankoliye yönelik tavırlara yön verdiğini belirten Teber, bireysel bir tutum da olsa, düzene, yaşadıklarına anlam verememenin özeti olan melankolik tutumun, ortaçağ yönetimlerince etiketlenerek, toplumsal bir muhalefet kaynağı olarak, ortadan kaldırılmaya çalışıldığını belirtir (Teber, 2001: 141-145). Ortaçağda, melankoliye, toplum düşmanlığı, dinden ayrılış ve Tanrıya baş kaldırış şeklinde etiketlenerek olumsuz bir gözle bakıldığı görülmüştür. Örneğin, bir ortaçağ özdeyişinde, melankoli, "şeytanın sütrinesi" olarak adlandırılmıştır. Ortaçağda, "Acedia", yani, ölümsüz bir günah olarak değerlendirilen melankolik yaşam, melankolik kişilerin, cinlerin, doğaüstü güçlerin esiri olarak etiketlenmesine ve ortaçağ boyunca, tutuklanıp, yakılmasına neden olmuştur (Teber, 2001: 141-145). XIII. Yüzyılda, Belçika'nın bir kentinde, bir kilisenin yanında, kapısına, "hasta odası" tabelası asılmış bir binanın, şeytanın esiri olarak tanımlanan kişiler için kullanıldığı bilinmektedir. Tedavi amaçlı olarak hazırlanan bu binaların, hastaların kapatılmalarının başlangıcını oluşturduğu anlatılmaktadır (Torrey, 1996: 16). Bu dönemde, gerek cadıların, gerekse melankoliklerin, insani ilişkilerde yaşadıkları sorunlar, insanlardan uzakta, yalnız yaşamaları, donuk, az konuşan kişiler olmaları, onların birbirleri ile aynı kefedede değerlendirilerek, aynı muameleye tabi tutulduklarını,

yani, kovuşturmaya tabi tutularak öldürüldüklerini görüyoruz (Teber, 2001: 168). Halbuki, tarihi verilerden anlaşılacağı üzere, hemen hemen tüm peygamberlerin hayatında olduğu gibi, Hz. İsa da çeşitli acılar yaşamış, dünyaya gelmişliğin, varoluşun sancısını çekmiş, bir anlamda melankolik bir tarzda, dünyanın acı çeken bir ferdi olarak, Hristiyanlığın temellerini atmıştır (Teber, 2001: 198).

İlginç olan bir diğer nokta da, bu dönemlerde, sadece hüznün değil, aynı zamanda, gülümsemenin de bir aykırılık, hastalıklı bir duygu olarak değerlendirilmesidir (Teber, 2001: 101-107). Ortaçağda, pazarın kontrolünün, disiplini sağlamaya yetmeyince, duyguların kontrolünün bir gereklilik olarak ortaya çıktığını belirten Teber, bunun için, tıp, din ve hukukun hep birlikte hareket ettiğini belirtir (Teber, 2001: 168). Melankoliye karşı alınan bu devlet tavırlarından anlaşıldığına göre, bu sorun, sadece, melankoliliğin, hayata anlam vermeyen, içine kapanık tutumlarından çıkarsanan ve Tanrıya bir inançsızlık, saygısızlık anlamına gelmeyip, aynı zamanda çalışma etiğine ve dine verilen aşırı önem nedeniyle, dine ve çalışmaya toplumsal bir muhalefet olarak düzenin yadsınması şeklinde algıladığını söyleyebiliriz.

Bu bağlamda, Batı dünyasında, Weber'in, "protestan ahlak kuramında" belirttiği, çalışmaya verilen değer zıddına, Doğu dünyasının, çalışma karşısındaki tutumuyla ve hatta, çalışmaya önem vermeyen, bazen de ayıplayan, hüznü, aristokrat bir tavır olarak kabul etmesiyle melankoliyi hastalık olarak görmeyen tutumu arasında, bir paralellik olduğunu ifade edebiliriz. Ortaçağda, politik ve teolojik nedenlerle açıklanan bu bozuklukların, rönesansta bile ortadan kaldırılamadığını görüyoruz. Örneğin, M.Luther, melankolik kafayı "şeytanın banyosu" olarak değerlendirmiştir.

Aydınlanma çağında, melankoliklere bakışta, her ne kadar, ortaçağın günah anlayışı yadsınmış da olsa, duygulara karşı aklın yüceltilmesinin bir sonucu olsa gerek, melankolik kişiler, akılsız olarak görülüp, deli etiketiyle tutuklanmış ve tımarhanelere gönderilmelerinin yolu açılmıştır. Almanya örneğinde olduğu gibi, modernizmin gelişmesiyle artan rasyonelleşme, melankoliklerin, olumsuz, irrasyonel tavırlara maruz kalmalarına neden olmuştur. Örneğin, modernleşmenin zirvesini yaşadığı, Nazi döneminde, melankoliklerin toplama kamplarına gönderilerek, öldürüldüklerini görüyoruz (Teber, 2001: 10-11). Zaten bu uygulama, o dönemin egemen bilimsel paradigması olan Darwin kuramının, toplumsal hayatta hızlandırılıp uygulanmasından başka bir şekilde yorumlanamaz. Aydınlanma döneminden modernizme uzanan süreçte,



aydınların, iyimserlikten, kötümserliğe, nihilizme doğru bir eğilim taşıdıkları görülmüştür.

Ancak, ortaçağda, psikiyatrik hastalara, şeytani güçlerin esiri olarak bakan Hristiyan dünyasının aksine, Batılı gözlemcilerin övgü dolu ifadelerinde de görüldüğü gibi, İslam dünyasının, ruh hastalarına, insancıl muamelelerde bulunduğu ifade edilmektedir (Çifter, 1993: 9-10). Melankoliyi, genelde, karasevda olarak tanıyan İslam toplumlari, bu tür durumları gösteren bireyleri meczup, aşık gibi birtakım sıfatlarla tanımış ve bu tip kişileri normalleştirerek, genelde de hoşgörüle bakmıştır (Teber, 2001: 204). Gülümsemeyi, içlerindeki öfkeyi ifade etmenin bir yöntemi olarak kullanan Kyniklerin, Sokrates ve Demokritos'un gülümsemeleri, tıpkı hüzn gibi, melankolinin bir örneği olarak, ortaçağda, 1300 yıl boyunca, toplumsal başkaldırının, bir anlamda sivil itaatsizliğin bir çeşidi olarak algılanıp cezalandırılmıştır. Bu anlamda, duyguların ifade tarzı, bugünden pek de farklı bir değerlendirmeye tabi olmayıp, ciddi sonuçları olan bir eylem olarak görüldüğünden, duyguların bu normal dışı ifadesi, ortaçağda, düzenden hoşnut olmamak, Tanrıya saygısızlık, kuşku, günah olarak görülmüşken; bugün, yaşanan düzenin değil de, bir hastalık olarak bireylerin bir sorunu, suçu şeklinde algılanmaya devam etmektedir (Teber, 2001: 112).

Melankoli ile ilgili antik çağ düşünceleri, aynı zamanda, insanın kendisi ve düşünceleri üzerinde düşünmenin de başlangıcını oluşturur. Bir anlamda, melankoli, insanın dış dünya karşısındaki eksikliğini, yetmezliğini de ilk belirtilerini ifade etmektedir. Depresyon ve maninin kutsal orjinine Babil, Mısır, İbrani kültürlerinde rastlamak mümkündür. Bu inanışlardan biri, Davud'un güzel sesinin, depresyonda olduğuna inanılan kral Saul'un iyileştirilmesi için, Allah tarafından yaratıldığına inanılmıştır. Yine, benzeri bir tarihi belgede ise, Jakob'un depresyonunun, onun inançlarının sınanması için Allah tarafından verildiğine inanıldığı ifade edilmiştir (Çifter, 1993: 4-8).

Melankolinin, klasik dünyada, maninin bir alt tipi olarak davranışlardaki genel durgunluğu gösteren durumlar için kullanıldığı görülür. Bu kategori içerisinde, depresif halin dışında, paranoid ve ajite durumların da içerildiğini görüyoruz. 16. ve 17. y.y.'daki, depresyon ve mani terimlerinin, Galenik, ve Hipokratik görüşlere benzer şekilde, biyolojik yaklaşımlar çerçevesinde değerlendirildiği görülmektedir. Klasik dünyada, akıl hastası şeklindeki melankoli tanımlamasının, bugünün psikiyatri



dünyasında, herhangi bir karşılığı bulunmamaktadır. Bununla birlikte, aynı yüzyılda, melankolinin, bu fizyolojik temellerinin dışında, sosyal temellerine de değinilmiştir. Fakat, depresyon ve maninin, sadece, tıbbi terminolojide değil, aynı zamanda, Makbet, Hamlet ve Shakespeara'nın tiyatro eserlerinde de ele alındığını unutmamalıyız. Ortaçağda, kutsal bir olgu olarak kabul edilen deliliği, rönesansla birlikte, insani gerçekliğin bir parçası olarak değerlendiren Foucault, bu dönemde, deliliğin, alaycı aklın özel bir biçimi olarak kabul edildiğini, ancak, bir hastalık olarak kabul edilmediğini belirtir. Klasik çağla birlikte, delilerin farklı insanlar olarak toplumdan uzaklaştırılmadığı, ancak, bu kişilerin, fiziksel, bedensel bozukluk olarak değerlendirilen rahatsızlıklarından dolayı, tedavi edilmeleri için kapatıldıkları görülmektedir.

Modern dönemlerle birlikte, ilk kez, delilerin, suçlu ve dilencilerden tam olarak ayrı değerlendirildiklerini belirten Foucault, daha önce, düşkünler yurduna kapatılan bu kişilerin, bu dönemde, psikiyatrik savlara dayalı olarak, manevi işkence tiranlığının hakimiyetine girdiklerini belirtir. Ona göre bu olay, iktidar tarzının değişerek yerini, ruhun denetimine bırakmasını sembolize etmesi açısından, dikkate değerdir. Ona göre, zaten, delilerin kapatılmaları, onların iyileştirilmelerini değil de, toplumun bu kişilerden kurtarılmasını amaçlamaktadır (Foucault, 2000: 10-11). Aydınlanma döneminde, hümanist yazarlar, kötü yaşam şartlarını, yapısal bozuklukları ve huzursuzlukları, ruhsal rahatsızlıkların, melankolinin sebebi olarak görmeye başlamışlardır. Ancak, bu dönemde, ruhsal hastalıkların temelinde, dinin aşırı baskısı yerine, rasyonalizmin sonucunda ortaya çıkan gelişmeler, üretim sorunları, düzensiz yaşam, göç, önemli bir yer tutmaya başlamıştır.

Aydınlanma çağında, çalışmaya verilen önem ölçüsünde, çalışmayan bu kişilerin, anormal, deli insanlar olarak ortaçağdaki günahkar insanların yerini aldığı ve tedavi olmak üzere, hastanelere kapatıldığı görülmektedir (Teber, 2001: 210-217). Pinel gibi, din bilimleri okumuş olan Esguirol da, toplumsal değişimler ve modernizm sonucunda meydana gelen yabancılaşma ve yalnızlıklara ruhsal hastalıkların sebepleri arasında, önemli bir yer vermiştir. Bu dönemde, bilimlerde meydana gelen gelişmelerle birlikte, insan beyninden bağımsız bir ruh anlayışı, yerini, merkezi sinir sistemleri, yani vücut almıştır. Bu dönemin en ünlü simalarından biri olan Griesinger, "ruh hastalıklarını, beyin hastalıkları" olarak tanımlayarak, melankolinin, depresyona

dönüşmesi sürecine hız katmıştır. Ancak, Griesinger, toplum modernleştikçe, insanlarla toplum arasındaki sürtüşmelerin arttığını ve bu durumun, bireylerde, korku ve kaygılar yaratarak, ruhsal hastalık yarattığını belirtir. Ancak, depresyon terimini, bugünkü anlamına kavuşturan kişi, yaptığı ampirik gözlemlerle adından çokça bahsettiren Kreaplin olmuştur. Bununla birlikte, anatmik-fizyolojik akımın ilk büyük ismi olan Kreaplin bile, depresyonun ve diğer ruhsal hastalıkların sebebinin, fizyolojik olduğunu söylemekten ısrarla kaçınmıştır (Teber, 2001: 224-229).

Modern psikiyatrinin gerçek kuruluş yılları, Fransız Devriminin ve Aydınlanma sonrası kültürel atmosferdeki değişmelerin sonrasında olmuştur. Pinel ve Tuke'un, ruhsal hastalıkla ilgili çalışmaları, modern psikiyatrinin gelişmesinde ciddi bir temel sağlamıştır. Pinel, ruh hastalıklarının modern sınıflamasını yaparak, ruh hastalarına, insanca şartların hazırlanıp uygulanmasını sağlamıştır. Tuke ise, ruh hastalarına insanca davranılması için gösterdiği çabada, üyesi olduğu Quaker mezhebinden aldığı maddi ve manevi desteğin, önemli bir rolü olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, psikiyatrik tarih yazımı konusunda, yöntemsel bir birliğin olmadığı ifade edilmiştir. Hatta, psikiyatride, egemen bir paradigmanın, nihai bir biçim olarak kullanılamaması nedeniyle, davranışçılık, psikoanaliz, organikçi yönelim arasında, uzlaşmazlıklar olduğu ifade edilmektedir (Sayar, 1991: 17-24). 18.y.y. başlarında, Bellini ve Newton'un, mekanik kuramlarının ağırlıklarını hissettirmesiyle, melankolinin, çekim güçleri, mikropartiküller, hidrodinamik ilkeleri bağlamında, bozulmuş mekanik kuramların etkisiyle ele alınıp açıklandığı ve depresyonun, eter gibi sinir sıvısının tabiatında, sirkülasyonunda meydana gelen düzensizliklerin bir sonucu olarak değerlendirildiği görülmektedir (Çifter, 1993: 11-13).

19 y.y.'ın sonlarına doğru, tıp sözlüğü, depresyonu, hastalık etkisi altında, acı çekmekte olan kişilerin, ruhsal düşkünlüğü olarak kullanmıştır. Depresyonun, fizyolojik ve metaforik açıdan heyecansal fonksiyonların bir düşüklüğü olarak tanımlandığı bu dönemde, melankolinin eş anlamlısı olarak, cesaret kırıcı, karanlık düşüncelere dalma, insiyatif eksiliği, akılcı görülmeyen bir durum olarak tanımlandığı görülmektedir. Empirik modelin ağırlık kazandığı, 19.y.y. ve 20.y.y. boyunca, psikiyatrinin, hastalıkları, hastalık sınıflandırmalarını, anatmik-klinik bağlamda ele aldığını görüyoruz. Bu bağlamda, semptom karşılaştırmalarının, etiyolojik spekülasyonların, frekans dağılımlarının analizinin arttığı, davranışların psikolojik açıdan ele alınıp,

çağdaş sınıflandırma ilkelerinin oluşturulduğu ve bütün bunlarla birlikte, hastalık tanımlamalarının değişerek, bugünkü mani ve melankoli tanımlamalarının, belirginlik kazandığı görülmüştür.

Bunun yanı sıra, materyalizmin ve pozitivistizmin, felsefedeki, bilim dünyasındaki ağırlığı, organik yaklaşımın, uzun bir süre daha etkili olmasını sağlamıştır. Ancak, organik ve genetik çalışmaların kısmi başarılarına rağmen, bu modelin aşırı vurgulanması, çıkmazlara neden olmuş, davranışın, biyolojik bir zemine indirilemeyecek kadar çok boyutlu bir bütün olduğu görüşü, ağırlık kazanmaya başlamıştır. Psikoloji akımlarının gelişmeleri ile birlikte, davranışın bu yeni tanımlanışı, ruhsal hastalıkları değerlendirirken, hastalık öyküsünün, yani, sosyal yaşantının değerlendirilmesini getirmiştir. Kant'tan Hegel'e, kadar aydınlanma düşüncesinin önemli isimleri, depresyonun kendiliğinden meydana gelmediği ve baskıcı norm sistemlerinin içselleştirilmesinin, melankoliye neden olduğu ifade edilmiştir. Bu durumda, 18.y.y.'da adına değinilen, ama, makro düzeyde ele alınamayan, sosyo-politik ve ekonomik faktörlerin, ruhsal hastalıklar üzerindeki etkileri, 19 y.y. ile birlikte, daha önemsenmeye başlanmıştır (Çifter, 1993: 13-16).

Adorno, modern insanın, otoriter ve yabancılaştıran norm sistemlerinden kaçmak için kabuklu hayvanların yaptığı gibi kendi kendini koruyabileceği penceresiz bir mekan olarak depresyonu seçtiğini belirtmiştir (Teber, 2001: 294-295). Freud'un, psikoanalitik yaklaşımı, 20.y.y.'in başlarında, psikiyatriye kazandırdığını görüyoruz. Freud'un ruhsal hastalıklarla ilgili bu görüşlerinde, "sosyal ve kültürel" faktörlerin içkin olduğunu görüyoruz.

20.y.y.'in ikinci yarısından itibaren, Batı Avrupa'da ortaya çıkan, toplumsal muhalefete paralel olarak gelişen anti psikiyatri hareketi, psikiyatrinin, yaptığı yapay sınıflamalarla insanları etiketlediğini ve böylece, toplumsal, politik sorunları bireysel düzleme indirgeyerek, sosyal kontrolü sağlayan, iktidar aygıtı olduğunu ileri sürmüştür. Ruhsal hastalıklarla, toplumsal yapı arasındaki bağlantıların önemine değinen antipsikiyatri hareketi, bu alana yaptığı eleştirilerle, ruh hastalarının, daha insancıl bir bağlamda tedavi edilmelerine ve bir takım hakları kazanmalarına katkıda bulunmuş olmalıdır. Elbette, bu süreçte, W. Reich, H.Marcuse, D.Cooper, Laing gibi isimlerin, önemli katkıları olmuştur (Sayar, 1991: 96). Ancak, arkasındaki kitlesel gücü kaybeden bu güçlü hareket, eski etkisini yitirmiş, Baudrillard'ın, tüketim toplumu için kaçınılmaz

olarak gördüğü bir muhalefet ögesi olarak, psikiyatri tarihindeki yerini almıştır. Psikiyatriye yönelik bu tür eleştirilerin yanı sıra, psikiyatri içerisinde meydana gelen gelişmelerle birlikte, tımarhanelerin, depo hastaneleri olmaktan çıkarak, akıl hastaneleri şekline dönüşmesi ve gelişen ilaç tedavileriyle birlikte, terapilerin artan kullanımı, modern psikiyatrinin gelişmesinde, belirleyici bir rol oynamıştır. Bugün ise, ruhsal hastalıklar, sadece sağlık – hastalık bağlamında değerlendirilmemekte, toplumların ulaştıkları demokratik seviye, sosyo-ekonomik gelişmeler, insan haklarını gerçekleştirme düzeyleri ile akıl hastalığı arasındaki bağlantıların, önemi üzerinde durulmaktadır (Felix, 1990: 55).



### 3.4. Selçuklulardan Günümüze Ruhsal Hastalık Anlayışı

İslamiyet öncesi Türk dünyasında, hastalık ve sağlık anlayışlarının şamanizme dayandığı görülmektedir. Kutadgu Bilig’de, cinleri ve şeytanları kovarak telkinlerle ruh hastalarını iyileştirmeye çalışan efsuncuların, toplumun en saygın kişileri olduğu ve bu mesleğin de meslekler hiyerarşisinde, en önemli yeri işgal ettiği ifade edilmektedir. Her ne kadar, İslam’ın kabul edilmesiyle birlikte, hastalık anlayışının değiştiği ve ruhsal hastalıklar konusunda, İslâm tıbbının uygulandığı ifade edilse de, şamanizmin etkilerinin, şekil değiştirerek, devam ettiği ileri sürülmektedir. İslam’ın yerleşmesinden sonra, bilime verilen önemle birlikte, ruhsal hastalıklar konusunda da oldukça önemli ilerlemeler sağlandığı bilinmektedir. İslâm dünyasının önemli bir hekimi olan İbni Sina, “Kanun” adlı eserinde, bugün bile önemli sayılabilecek gözlemlerini, önerilerini anlatmıştır (Öztürk, 1997: 5-6).

Bütün bu gelişmelerin ışığında, gerek Selçuklular zamanında ve gerekse Osmanlı İmparatorluğu zamanında, ruhsal hastalıkların, dini bir bağlamda yorumlanıp tedavi edildiğini görüyoruz. Selçuklu uygarlığı zamanında, Anadolu’da, “Şifâhane” adı verilen, akıl hastaları için yapılmış olan özel bölümlerde, ruh hastalarına yönelik olarak, çeşitli tedavi yöntemlerinin uygulandığı ve bu şifâhanelerin Osmanlı İmparatorluğu zamanında da etkin olarak kullanıldığı, batılı gözlemcilerin eserlerinde, övgüyle anlatılmaktadır (Köknel, 1995: 6). İstanbul’daki akıl hastalarına, on iki camii avlusunda bulunan küçük odacıklar içerisinde hizmet edildiği, gelen bilgiler arasındadır (Yalçner, 2001: 11). Süleymaniye Camii de bunların en büyüklerinden biridir.

Orta çağ Batı dünyasında, ruh hastaları yalıtılıp, yakılırlarken, aynı dönemlerde, Selçuklu ve Osmanlı yönetimleri zamanında, hastaların yalıtılmak bir yana, toplum içerisinde etkileşimin en yoğun olduğu, kültürel, dinî, sosyal ve ekonomik hayatın kalbinin attığı, büyük camilerin avlularında, bir ibadet telakkisiyle, bu hastalığın tedavisi için, müzik terapisi de dahil olmak üzere, üstün bir sağlık hizmetinin verildiğini görüyoruz. Ancak, bugün depresyon belirtileri ile az çok uyuşan o günkü adıyla melâl veya karasevda, adından da anlaşılacağı üzere, ahlaki metaforlar bağlamında değerlendirilebilecek bir içerik taşımakta ve tam bir ruhsal hastalık olarak da değerlendirilmemektedir. Elbette, bunda, dinin, kader, ümit, sabır, rıza, şükür

anlayışıyla acı ve hüzne yönelik bakışındaki “sakinleştiren” ve “yüceleştiren” anlam çerçevesinin önemli bir yeri vardır.

Bununla birlikte, Türkiye’de, deliliğin, siyasetle ilgili bir mesele olarak, biraz da etiketlemenin, kontrolün, “dışarıda bırakabilmek için içeride tutmanın bir yolu” olarak, Osmanlı İmparatorluğu’nun, daha çok son dönemlerinde, ilk kez, sarayda kullanıldığını görüyoruz. Bunun da ötesinde, deli olmanın, paranoid olmanın biyolojik bir mesele olmadığını göstergeleri, orijinal örnekleriyle, sarayın iktidar kavgalarında, gerilimli entrikalarında, kardeş kanlarında ifadesini bulduğunu söyleyebiliriz. Foucault’un ifadelerine paralel olarak, ülkemizde de, ruhsal hastalığın sadece, etiketlemenin, sosyal kontrolün bir tarzı olarak değil, aynı zamanda, bir yönetim tarzının sonucu olarak, siyasetleştiğine şahit oluyoruz. Nitekim, sosyal kontrolle ilgili konu başlığı altında da göreceğimiz gibi, Osmanlı İmparatorluğu’nun son dönemlerinde, yönetim tarzında yaşadığı değişikliklere paralel olarak, ruh hastalarına olan bakışın, tedavi uygulamalarının ve ruh hastalığının değerlendirilmesinin de değişebildiğini, siyasi etiketlemeler için kullanılabilirliğini göstermektedir (Yalçın, 2001: 17-18).

Çağdaş bir ruh sağlığı eğitiminden sonra, Türkiye’de bu alanda hizmet veren ilk isim, 1898’de Askeri Tıp Okulunda Psikiyatri dersi veren Raşit Tahsin’dir. Ancak, Türkiye’deki Psikiyatrinin kurucusu, efsaneleşmiş ismiyle elbette Mazhar Osman’dır. Çağın tamamlayan ve gittikçe köhneleşen ilk ruh hastanesi olan “Toptaşı Bimarhanesini”, 1927’de, Bakırköy’e taşıyan Mazhar Osman, bugün, sadece, büyük hizmetler veren, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nin değil, aynı zamanda, Türkiye’deki çağdaş anlamdaki ruh sağlığı çalışmalarının da öncüsü olmuştur. 1992 yılı itibariyle, bugün, 21 araştırma hastanesinin tümünde, psikiyatri klinikleri açılmış ve sayıları giderek artan bu kliniklerin, depo hastanelerinin yerlerini alarak, ruh sağlığı hizmetlerini üstlenmeye çalıştığı görülmektedir (Öztürk, 1997: 7-8). Ancak, ruhsal hastalıkların engellenmesinde, bu klinik çalışmalarının yeterli olmadığı, bugün yetersiz görülen koruyucu hekimliğe, önem verilmesi gerektiği ifade edilmektedir.



#### 4. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

Bir araştırmanın bilimselliği, kullandığı araştırma yöntemlerinin bilimselliğine ve uygunluğuna bağlıdır. Bilimsel yöntem, bilimin hedefine varmasını sağlayan, olgular arasındaki ilişkileri araştırmak için kullanılan yolların, sistematik bir bütünüdür (Gökçe, 1999: 39). Bilimsel yöntem, belli bazı aşamalardan oluşur. Araştırma yaparken, bu aşamaların her birinde alınan doğru kararlar ve seçilen uygun teknikler, araştırmanın bilimselliğini ve hedefine varmasını sağlar. Sosyal olaylar, nesnel gerçeklik, bireysel dünyamızın öznel anlamı ile çevrilidir. Gerçekliği, salt gözlemlerle veya anket sonucu elde edilen bilgilerle, ait olduğu karmaşık bütünden, bir parçasına indirgeyerek, genel bir teori oluşturmak adına, tikel olanı genellemek yerine, araştırma olgusunun, bireysel ve sosyal olmak üzere, iki farklı düzeyde oluştuğunu ve bu iki ögenin karşılıklı etkileşim içerisinde soyutlanabileceğini ifade edebiliriz. Çünkü, toplumsal gerçekliğin, H. Mead'ın ifade ettiği gibi, benlik, zihin ve sosyal yapı şeklinde, en az, üçlü bir sacayağa sahip olduğunu ifade edebiliriz. Bu çoklu bakış açısı, birtakım sorunlar yaratsa da, en azından, sosyal davranışların anlaşılmasında, "birey mi, toplum mu?" şeklindeki suni ayrımın yarattığı sorunların aşılabilmesinde, önemli fırsatlar sunabilir.

Başından beri, ülkemizdeki psikiyatri anlayışının, daha çok biyolojik paradigmayı benimsediğini ve nispeten, sosyal hayatı fizyolojiye indirgediğini söyleyebiliriz. Ancak, postmodernizmin de etkisiyle, doğa bilimlerinde uygulanan deneysel yöntemlerin, insanın sosyal hayatının anlaşılmasında, uygun olmadığı görüşü, artık yeterince anlaşılmıştır. Gerçekliğin, bağlama göre değiştiğini ve öznel olduğunu belirten Postmodernizm, daha da ileriye giderek, sosyal gerçekliğin ortada durmadığını ve tersine, öznel olarak gözlemci tarafından yaratıldığını vurgular (Sayar, 2000: 79). Bu anlayışa paralel olarak, eleştirel-yorumlayıcı bakış açısı, rahatsızlığın toplumsal üretimine vurgu yaparak, egemen biyomedikal yaklaşımın, sosyal ilişkileri temize çıkaran paradigmal mevzisini koruyabilmek için, bu yaklaşımına uygun olarak, pozitivist bir metod olarak kullandığını belirtir (Göka v.d., 1992: 203-204). Halbuki, depresyon, içsel ve dışsal şartların, karşılıklı etkileşiminin bir işlevi olduğundan, bu araştırmada, pozitivist bir yaklaşımın yeterli olmayacağını söyleyebiliriz. Bu anlamda, hastaların, rahatsızlıklarını değerlendirmeleri, kendilerini, iç dünyalarını ve davranışlarını anlamlandırmalarıyla ilgili olduğundan, hermenötik yöntemin önemini açıklar. Bu yaklaşım, hastaların yaşamakta oldukları sorunları, basit bir neden-sonuç

bağlamında araştırmak yerine, hastaların bireysel geçmişleri de dahil, onların hayata atfettikleri anlamı kavramamızı sağlar.

Etnometodoloji, toplumsal hayatın nasıl inşa edildiğini ve kültürel yapının, insanların sosyal hayatında, günlük yaşamlarında, nasıl realize olduğunu açıklamaya çalışır. Dilthey gibi Gadamer de, yorumlamanın, kültürel hayatın ve sosyal olaylara verilen öznel anlamın anlaşılmasında, ciddi bir katkı oluşturacağını belirtir (Göka v.d., 1992: 217). Bu yaklaşım geliştirilebilirse, anketin, istatistiki tekniklerin getirebileceği olası sınırlamalar azaltılabilir. Çünkü, araştırmanın belirli değişkenleri arasında kurulan, neden-sonuç ilişkileri, o anda görülmeyen, üçüncü bir ara değişkenin etkisinde olabilir. Bu nedenle, sosyal bilimlerde, olguların açıklanmasında, nedenden ziyade, etkenler zincirinden bahsetmenin, daha doğru olduğunu ifade etmeliyiz. Ayrıca, nedenler ortadan kalktığı halde, kendiliğinden bir gerçeklik gibi, orada duran sonuçların olabileceğini ve ayrıca, bu sonuçların, nedenleri üretebileceklerini de hesaba katmalıyız. Bu sorunu azaltabilmek için, hastaların kendi hayatlarına ilişkin ifadelerinden oluşan olgu örneklerini, fazla yorum yapmadan aktarmaya çalıştık. Bu şekilde, hastaların hayatlarına, bir bütün olarak, konuyu, neden-sonuç ilişkisine boğmadan ve onların hayatlarına, parçalara bölmeden bakabilmeyi istedik. Dolayısıyla, bu teorik zeminde çalışabilmek için, niceliksel ve niteliksel araştırma yöntemlerini, birbirini destekler mahiyette kullanmaya çalıştık.

Rosenhan ve Goffman, ayrı ayrı yaptıkları araştırmalarda, nitel gözleme dayalı çalışmalarıyla, ruh hastalarının nasıl etiketlendiklerini, sınıflandırıldıklarını, nicel çalışmaların anlatabileceğinden daha iyi açıklamışlardır. Bununla birlikte, C.Redlich, Hollingshead ve A.Marshall gibi, birçok sosyolog tarafından yapılan farklı araştırmalarda ise, kullanılan nicel yöntemlerin de, ruh hastalığının sınıfsal bağlamının anlaşılmasında, oldukça katkıda bulunmuştur. O halde, nicel ve nitel araştırma yöntemlerini birlikte kullanmamız, çalışmamızın boyutları açısından daha elverişlidir (Cole, 165-166). Aslında, bu yöntem anlayışı, Max Weber'in, anlam ve açıklamayı, sosyal eylemin anlaşılmasında birbirini tamamlayan bir bütün olarak değerlendirmesini içermektedir. Ricoeur, anlamadan açıklamaya, açıklamadan anlamaya giden bu yaklaşımın, yorumla mümkün kılınabileceğini belirtir. Bu itibarla, anlam ve açıklama, birbirlerini dışlamak yerine, diyalektik bir tarzda ele alınabilir (Göka, 1997: 72). Bilindiği üzere, Weber, anlamlı davranışı, kendi nedenleri açısından değil, eylemde

bulunan kişilerin bu eylemlerine verdikleri anlam ve amaca bağlı olarak açıklar. Bu anlamda, salt pozitif veya yorumcu yaklaşım yerine, bir anlamda, bu ikisini harmanlayan realist bir teorik yaklaşımı benimsediğimizi belirtmeliyiz.

Bilindiği üzere, toplumsal araştırmalar, amacına göre, durum saptayıcı ve ilişki kurucu olmak üzere, iki çeşittir (Gökçe, 1999: 65-66). Araştırmamızda, bu iki araştırma tipini kullanarak, hem hastaların durumlarının doğru olarak saptanmasına ve hem de onların, bu durumlarının nedenlerine ilişkin değişkenler arasında, ilişkiler kurarak, genellemelerin yapılabilmesine zemin hazırlanmasına çalışılmıştır. Çalışmamız, alan araştırması olduğundan, birbirine bağlı iki aşamadan oluşmaktadır. Araştırma konusu ile ilgili olarak, çeşitli kaynaklardan elde edilen bilgi ve bulgular, araştırmanın teorik çatısını oluşturmaktadır. Bu konuyla ilgili olarak, Türkçe yazılmış, sosyolojik kaynaklar bulunmadığından, kitaplar için Bilkent ve Hacettepe Üniversite Kütüphanesinden, süreli yayınlar konusunda ise, Milli Kütüphaneden azami ölçüde faydalanılmıştır. Bu amaçla, başta psikiyatri olmak üzere, psikoloji literatürü dikkatle incelenmiş ve konumuzla ilgili yazılı kaynaklardan elde edilen bu bilgiler, alandan elde edilen bulgularla karşılaştırılıp, harmanlanarak, sosyolojik çalışmamızın esasını oluşturmuştur.

Alan araştırması kısımda ise, daha önce hazırladığımız, 100 sorudan oluşan anketle, hastaların, depresyon nedenleri anlaşılmaya çalışılmıştır. Bu amaçla, hastalara, olgusal, davranışsal ve tutum soruları olmak üzere üç grup soru yöneltilmiştir. Anketimizdeki soruların çoğu, seçmeli türden sorulardır. Soruların çok az bir kısmı ise, açık uçlu olarak hazırlandı, ancak, daha sonra, kategorileştirildi. Bilindiği üzere, anket uygulamasının birtakım olumsuz yönleri vardır. Anket uygulamasından doğabilecek bu sorunları ortadan kaldırabilmek için gözlem ve görüşme tekniğinden, azami ölçüde yararlanılmaya çalışılmıştır. Bu amaçla, çoğu zaman, depresyonlu hastaların yattığı, 4. ve 7. servislerdeki odalarında, bazen de, hastane bahçesinde, 1 saatten 3.5 saate kadar süren görüşmeler yaptık. Kimi zaman sohbet tarzına kayan tüm bu görüşmelerimizin ortalama süresi, 2 saattir. Çoğu görüşmemizin uzun sürmesi, hastayla belirli bir samimiyetin ve güven ortamının oluşturularak, daha güvenilir, doğru ve derinlemesine bir takım bilgilerin alınmasında da oldukça faydalı olmuştur. Ancak, bu görüşmelerimizde, bazı sorularımız karşısında, “ne diyeyim?” türünden, gözlerimizde renk arayan hastaların, görüşlerini, olduğu gibi ifade edebilmeleri için oldukça titiz

davranarak, tekrarlanan sorularımızla, bazı çelişkileri yakalayıp, daha doğru cevaplar almaya çalıştık.

Bunun yanı sıra, başlangıçta, kadınların, yaşadıkları ile ilgili olarak, bize daha zor açılacaklarından endişelendiğimizi, ancak, birkaç istisna hariç, bu konuda herhangi bir sorun yaşamadığımızı ve hatta kadınların daha fazla konuştuklarını belirtebiliriz. Ayrıca, bu hastaların, hastanede, belirli bir süre yatmaları, diğer hastalarla bağlantı kurmamızda ve doğru bilgi almamızda, oldukça etkili olmuştur. Gerçekten de, eğer, bu araştırmayı, ayakta tedavi görenler üzerinde uygulamaya kalksaydık, şüphesiz, işimiz oldukça zor ve yüzeysel olurdu.

Bu görüşmeler esnasında, hastaların yaşadıklarını anlatırlarken, terapi ortamını andırıcasına, sıkça, duygusal anların yaşanması, bazı güçlükler neden olmuşsa da, bu durum, sorduğumuz soruların daha içtenlikle cevaplandırılmasına, oldukça katkıda bulunmuştur. Bu görüşmelerimiz esnasında, önemli gördüğümüz konuşmaları, ankette soramayacağımız ayrıntıları ve hiç beklemediğimiz cevapları, o anda, anket kağıdının arkasındaki boşluklara not edip, sonra da, gözlemlerimizle birlikte, ayrı bir yere ayrıntılarıyla yazdık. Bunun yanı sıra, hastaların durumlarıyla ilgili olarak, şüphelendiğimiz çok nadir zamanlarda, bu hastalarla ilgilenen uzman kişilerle görüşülerek, bu hastaların verdikleri bilgilerin doğruluğunu kontrol etmeye çalıştık.

#### 4.1. Araştırmanın Konusu ve Amacı

Depresyonlu hastaların, sosyal, kültürel ve ekonomik durumları ile ruhsal rahatsızlıkları arasındaki ilişkileri, sosyolojik bir bakışla irdelemek; ayrıca, depresyonun sağlık-hastalık kavramları açısından algılanmasında, tedavisinde, sosyo-kültürel değerlerin yeri ve söz konusu hastalıkta, kişilik ile kültür ilişkisinin incelenmesi, bu araştırmanın konusunu oluşturmaktadır. Bu tez çalışması, ruhsal hastalıklar sosyolojisinin, duygu sosyolojisinin bir örneğini teşkil etmektedir.

Araştırmamızın amacı, bir yandan, depresyonun sosyal ve ekonomik nitelikli kökenlerini tespit ederek, depresyonun anlaşılmasına, öte yandan da genel olarak, medikal sosyolojiye, özel anlamda ise, ruhsal hastalıklara yeterince önem vermeyen ülkemiz sosyolojisine bir katkıda bulunmaktır. Bu itibarla, bildiğimiz kadarıyla, çalışmamız, ülkemiz sosyolojisinde, gerek uygulanış tarzı ve gerekse konusu itibarıyla, orijinal bir nitelik taşımaktadır.

Sosyolojinin ortaya çıkışında olduğu gibi, gelişmesinde de, onun, sosyal problemler karşısındaki duyarlılığı, belirleyici bir rol oynamıştır. Biz de bu duyarlılıkla, ülkemiz sosyolojisine farklı bir açılım getireceği kanaatiyle sosyal sapma sürecinin bir şekli olarak depresyonu ve sosyal bir kategori olarak da, depresyonluları sosyolojik bir perspektifle ele almaya ve anlamaya çalıştık. Bu araştırmada, depresyonun ortaya çıkıp gelişmesindeki, olası nedenler üzerinde değerlendirmeler, açıklamalar yapmanın yanı sıra, bu hastalık sürecinin toplumsal ve ekonomik sonuçları üzerinde de durularak, kelimenin tam anlamıyla, hastalıkla toplumsal yapı arasındaki karşılıklı ilişkiler, analiz edilmeye çalışılacaktır.

#### 4.2. Araştırma Yerinin Seçilmesi

Bilindiği üzere, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri, depo hastaneler olarak, türlerinin son örneklerini temsil etmektedirler. Muhtemelen de ileriki zamanlarda, bu tür hastaneler olmayacaktır. Bu itibarla da sosyolojik bir bakış açısıyla ele aldığımız bu araştırmamızın önem taşıdığına inanıyoruz. Bunun yanında, araştırma yeri olarak, Elazığ'daki Hastaneleri seçmemiz, imkanlarımız açısından da isabetli bir tercih olmuştur. Doğu ve G. Doğu Anadolu Bölgesinde, sadece, Elazığ'ın, Akıl ve Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi'ne sahip olması ve Türkiye'nin ilk iki Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nden biri olan bu hastanenin, halen, ülkemizin aynı türdeki beş hastanesinden biri olması, araştırma evreni olarak, bu hastanede yatarak tedavi gören depresif hastaların seçilmesinde, önemli bir rol oynamıştır. Ayrıca, Elazığ'lı olmamızın, hatta uzun yıllar bu hastanenin bahçesini göreceğ kadar hastaneye yakın bir yerde ikamet etmemizin araştırma yerinin seçilmesinde önemli bir rol oynamıştır.

Yaptığımız çalışmalarımızda, bu hastanelere gelen ruh hastalarının bir kısmının, uzun bir zaman boyunca geçmişte, Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yaşamış olduğunu veya geçici sürelerle başka bölgelere göç ettikleri, çoğu hastanın ise, geçmişte olduğu gibi halen bu bölgede yaşayan kişilerden oluştuğu tespit edilmiştir. Bu bölgenin, Türkiye'nin en az gelişmiş bölgesi olması itibarıyla, sahip olduğu bir çok olumsuz sosyo-ekonomik ve kültürel göstergelerin yanı sıra, sosyal hareketlilik, göç, nüfus artışı, eğitim yetersizliği, kültürel sorunlar, terör gibi bir takım ciddi sorunlar yaşıyor olması, bu araştırma evreninin seçilmesinde, sosyolojik açıdan önemli bir gerekçe oluşturmaktadır.

Araştırmamızın başlangıcında, planlanma aşamasında, Fırat Üniversitesi Psikiyatri Kliniği'nde yatan depresyonlu hastalarla da görüşme yapmaya karar vermiştik. Ancak, maalesef, Fırat Üniversitesi Araştırma Hastanesi Psikiyatri Bölümü Başkanı, araştırma yapmamıza izin vermediğinden, araştırma evrenimizi küçültmek zorunda kaldık. Bu durum, tez süremizin planladığımızdan daha uzun sürmesine neden olmuştur. Bunun yanı sıra, doğrusu, başlangıçta, Elazığ Sigorta Hastanesi'nde, Psikiyatri Bölümü olup olmadığını bilmediğimizden, burada araştırma yapmayı düşünmemiştik. Ancak, Sigorta Hastanesi'nde Psikiyatri Servisi olduğunu öğrendikten sonra, belirlediğimiz zaman dilimleri içerisinde, buradaki depresif hastalarla da görüştük.



### 4.3. Araştırmanın Evreni

Bir araştırmada, gözlem konusu olan nesne ve bireylerin tümüne, evren adı verilir. Bilimsel bir araştırmanın amacına ulaşabilmesi için, araştırma evreninin somut olarak belirlenmesi ve araştırma konusuna göre de sınırlandırılması gerekir. Bu araştırmanın evrenini, Elazığ Akıl ve Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi ve Sigorta Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde, 2000-2001 yılları arasında, depresyon nedeniyle, yatarak tedavi gören depresyonlu hastalar oluşturmaktadır. Depresyonun incelenmesinde, araştırma evreninin sınırlanması ve depresyonlu hastaların teşhisi probleminin aşılması amacıyla, yukarıda bahsini ettiğimiz hastanelerin seçilmesi uygun görülmüştür.

Bu hastanelerin, düzenli bir şekilde istatistik yapan bir birimlerinin olmaması nedeniyle, planladığımız 1 yıllık uygulama süresi içerisinde, toplam kaç hastanın hastaneye başvurabileceğini tam olarak bilemediğimizden, bu tezi yöneten değerli hocam, Prof. Dr. Halil Narman'ın önerisiyle ve hastanede görüştüğümüz uzmanlardan aldığımız bilgiler doğrultusunda, en az 100 hastayla görüşmeyi planladık ve biraz geç de olsa, istediğimiz bu sayıya ulaşabildik. Görüştüğümüz hastaların 85'i, Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde, 15'i ise, Elazığ Sigorta Hastanesi'nde yatan hastalardan oluşmaktadır.

#### 4.4. Örneklemin Seçimi

Araştırma evreni, tam olarak belli olmadığından, araştırmamızı 100 kişi ile sınırladık. Araştırma evrenimizi, 2000-2001 yılları arasında, Elazığ Akıl ve Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi ile Elazığ Sigorta Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde, depresyon nedeniyle yatarak tedavi gören hastalar oluşturduğu için, bu süre içindeki tüm hastaların toplam sayısı da, hedef sayımız olan, 100 kişiden oluşuyordu. Bu nedenle, tam sayım yapma zorunluluğu, kendiliğinden ortaya çıkmış oldu. Bilindiği üzere, maliyet, zaman ve emeğin müsait olması durumunda, alan araştırmalarının güvenilirliği açısından en sağlam olan teknik de budur. Ayrıca, bu şekilde, başka bir zaman diliminde yapılacak kesitsel araştırmalarla, bu hastalığın, aynı yerdeki artış veya azalma oranlarının tespiti de mümkün olabilir.

Bu amaçla, hastanelere gelen ve uzman doktorlar tarafından DSM-III-R kriterlerine göre, depresyon tanısı konmuş olan bütün hastalarla görüşmeye çalıştık. Öncelikle, sorularımızın, seçeneklerimizin yeterince anlaşılıp anlaşılmadığı veya nasıl anlaşıldığı konusunda ve bazı soruların, seçeneklerin gerekli olup olmadığı hakkında ön bilgi edinebilmek için, başlangıçta beş hastayla görüştük ve bu ön çalışmadan oldukça yararlandık. Bir yılı aşkın bir süre boyunca, sürekli olarak, hafta sonları ve hafta içinde de, pazartesi ve cuma günleri, öğle vaktinden itibaren, çoğu günler de, yeni bir hasta geldikten iki üç gün sonra, akşamları, bu görüşmelerimizi yaptık. Araştırmamızda, Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde, 54'ü erkek, 31'i kadın 85 hastayla, Elazığ Sigorta Hastanesinde ise, 11'i kadın 4'ü erkek olmak üzere toplam 15 hastayla görüştük. Bu görüşmelerimizde, hastaların görüşme taleplerimize verdikleri olumlu cevaplar ve uzman doktorların, hastalarının görüşmeye uygun oldukları yönündeki izinleri, belirleyici olmuştur.

Hastalarla konuşmaya başlarken, bizi doktor veya psikolog zanneden kişilere kim olduğumuzu, araştırma amacımızı, bu araştırmanın sınırlarını ve tedavi amaçlı olmadığını da açıkça ifade ettik. Araştırmanın başlangıcında, görüşme formatı konusunda bazı kıstaslarımız vardı. Ancak, hastalarla görüşmelerimiz sonucunda, bu kıstasların bir kısmı gereksiz kaldı, bir kısmı da, hastaların istekleri doğrultusunda yeniden şekillendi. Örneğin, araştırmanın başlangıcında, kadın hastalarla bayan bir arkadaşımızın görüşmesi gerektiğini düşünmüştük, ancak, birkaç hastayla konuştuktan sonra, buna gerek olmadığını gördük. Bir diğer örnekteyse, okuma yazması olan

hastalarla görüşme yapmak yerine, verdiğimiz soru kağıtlarını onların doldurmalarını düşünüyorduk. Ancak, birkaç görüşmeden sonra, hem araştırmanın sağlığı açısından, hem de daha ayrıntılı bilgi açısından, hastalarla birebir görüşme yapmanın daha yararlı olacağı kanaatine vardık.

Görüşmelerimizin başında, bir vesileyle, hastalara, bu tür araştırmalarda, kişi isimlerinin olamayacağını, kimliklerine ihtiyacımız olmadığını, bunun gereksiz olduğunu önemle belirttik. Buna rağmen, görüşmelerimizde, anlatmakta zorlandıkları bazı konuları, bize açıklamak zorunda olmadıklarını belirttik ve duyulmasını istemedikleri bazı konuların, duymalarından çekindikleri kişilerden ve hatta kendi istekleri nedeniyle, doktorlarından bile saklanacağı konusunda, onlara söz verdik ve onlar da bizim verdiğimiz bu güven karşısında ikna olup, bütün açıklığıyla duygularını, düşüncelerini, geçmişlerini ve yaşadıklarını bizimle paylaştılar. Kimliklerini saklamak koşuluyla, yaşadıkları birtakım olayları araştırmamızda, anlatmamızın sorun oluşturmayacağını belirten hastalar, bu konuda bize yeterince yardımcı oldular. Buna rağmen, araştırmamızda, kimliklerinin saklı kalması koşuluna rağmen, altı hastanın, yazmamızı, anlatmamızı istemedikleri olumsuz hatıralarını, araştırmamızda yazmadık.

Araştırmamızda, görüşme zamanını ayarlayamadığımız için veya hastaların, hastaneden beklediğimizden daha erken taburcu oldukları için, 5 hastayla görüşemedik. Bunun yanı sıra, sadece, iki hasta görüşmemizi kabul etmemiştir. Bunlardan biri, hastanede bulunduğumuz günlerde, görüşemeyecek kadar hastaydı, diğeri ise, tamamen bireysel nedenlerle, görüşme talebimizi kabul etmemiştir.

#### 4.5. Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

İstiklal Savaşından sonra ülkemizde açılan iki akıl hastanesinden biri olan Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Dr. Ahmet Şükrü Emed tarafından 12 Ocak 1925 yılında kurulmuştur. O zamanki şartların gereği olarak, 50 yatakhaneli olarak tesis edilen bu hastanenin ilk ismi, Elazığ Emrâzi Akliye ve Asabi Hastanesi'dir. O günden bu yana görev yapan Dr. Ahmed Şükrü Emed, Dr. İsmail Hakkı Gürhan, Prof. Dr. Rıdvan Cebiroğlu gibi başhekimler içerisinde, 1951 yılından 1973 yılına kadar hizmet vermiş olan Dr. Mutemir Yazıcı'nın, önemli bir yerinin olduğu görülmektedir. İstanbul Bakırköy Hastanesi'ndeki görevlerinden sonra geldiği Elazığ'da, halk arasında oldukça tanınmış olan ve bir dönem de Belediye Başkanlığı görevinde bulunmuş olan Dr. Mutemir Yazıcı, 50 yataklı Elazığ akıl hastanesini, 12 binadan oluşan 1000 yataklı büyük bir hastane haline getirmiştir. Toplam 20 yıl içerisinde, Hastane kapasitesinde meydana gelen bu artış, ruhsal hastalıkların artışı açısından ele alınabilir.

İlk önceleri, beş kardeşler olarak bilinen birbirlerine bitişik ahşap binalardan birinde açılan akıl hastanesinde, çalışma şartlarını anlatan Dr. Ahmet bey, bu yıllarda Elazığ ve civarında, etkileri oldukça hissedilen Şeyh Sait İsyanı'nın, kendileri üzerinde yarattığı olumsuz etkilerden bahsetmektedir. Bu dönemler boyunca, hastane kapasitesindeki bu artış, İstiklal Savaşı ve Cumhuriyet'in kurulması sonrasındaki toplumsal zorlukların, hızlı değişmelerin etkileri açısından değerlendirilebileceği gibi, halkın ruhsal hastalıklar konusundaki bilgilenmelerini de ifade ediyor olabilir. Ayrıca, suçlu hastaların yarattığı sorunlardan ve hastanenin yanı başına kurulan Jandarma karakolundan da anlaşılacağı üzere, suçla hastalık arasında ortaya çıkan belirsizliklerin ilk temellerini, burada görüyoruz. İlginç bir olayı anlatan Dr. Mutemir bey, Hristiyan bir akıl hastasının, Müslüman hastalarca sünnet edilmesi üzerine, suçluların ayrı bir yerde muhafazası için, hastane içerisinde imar faaliyetlerine devam etmiş ve bu konuda önemli bir mesafe almıştır. Bir anlamda, bazı suçluların, hastanede değerlendirildiği ve hastanedeki suçlular için alınan önlemler düşünülürse, sosyal kontrol tarzındaki değişmelerin, dışarıdan içeriye geçişlerin ilk izlerini taşıdığını burada görebiliriz (Pazarcıklı, 1975: 7-13).

1925 yılının sonlarında, hastanenin ikinci başhekimisi olan Dr. İsmail Hakkı bey, Amerikan misyonerlerine ait bulunan bu günkü hastanenin bulunduğu yeri, onlardan 3500 liraya satın alarak, hastaneyi buraya taşımış ve hastaların gayretleri ile birçok

ağaçlar diktirmiş, havuzlar yaptırmıştır. 1951 yılında, Dr. Mutemir Yazıcı'nın gayretleriyle, bitişikteki Devlet Hastanesi arazisi alınmış ve ustasından, harç getiren kişisine kadar, tümünü hastaların oluşturduğu bu ekibin, yeni binalar yaptıkları, var olanları da gayet muntazam bir biçimde onardıkları görülmektedir.

1959'a gelindiğinde, yemekhanesinden, havuzlu bahçelerine, modern laboratuvarlarından polikliniklerine, yatakhanelerine kadar, tam tesisatlı bu hastanenin, Elazığ'lı hastalar dışında, çevre illerden tedavi amacıyla Ankara ve İstanbul'a gidecek hastaları da, kabul ettiği ve gerçekten halk nazarında, göz doldurduğu görülmektedir. Bütün bu çabaların sonucunda, 30'ar kişilik gruplar halinde, Ankara ve İstanbul'dan gelen profesör, doçent ve asistanların, istedikleri hastalar üzerinde araştırmalar yapabilmeleri için, uygun ortamların hazırlandığı görülmektedir (Pazarcıklı, 1975: 18-20).

A.B.D. ve İngiltere 'deki ruhsal sağlık programlarından etkilendiği görülen bu ilk sağlık uygulamalarında, hizmet içi eğitim programlarının ve psikoloji servisi rehabilitasyon çalışmalarının, önemli bir yer tuttuğu görülmektedir. İlk önce, rehabilite amaçlı dikiş atölyesinin açıldığı hastanede, karton, kağıt torba üretimi sayesinde, hem hastaların ihtiyaçları karşılanmaya çalışılmış ve hem de, bu hastaların, meşgul olmaları sağlanarak, tedavilerine katkıda bulunulmuştur. Müzikle ilgili çeşitli programların, eğitim amaçlı derslerin ve koşu, kültür-fizik, gibi beden hareketlerinin yanında, çeşitli yarışmaların yapılabilmesi için, futbol, basketbol, voleybol sahalarının ve pinpon masalarının yer aldığı bu hastane ortamı, o zamanın şartları açısından, gerçekten büyük bir başarıdır (Pazarcıklı, 1975: 22). Halbuki, bilebildiğimiz kadarıyla, bugün bile, akıl hastanesinde, ilaç tedavisi ve sınırlı konuşma terapileri dışında bir tedavi uygulaması yapılmamaktadır. Bugün 500 yatak kapasitesiyle hizmet vermeye çalışan hastanenin, başta personel sayısı olmak üzere, birçok eksikliği ve sorunu olduğunu söyleyebiliriz.

## 5. BULGULAR VE DEĞERLENDİRME

### 5.1. Depresyon Hastalarının Genel Özellikleri

#### 5.1.1. Depresyon ve Cinsiyet

Cinsel kalıp yargılarımız, hangi cinsin hangi farklılığı taşıması gerektiğini, duyguların niteliğini ve bunu nasıl ifade edilmesi gerektiğini etkiler. Cinsiyetimiz toplum tarafından nasıl algılanacağımızı, beklenti ve rollerimizi önemli ölçüde etkiler. İnsanların birbirlerini değerlendirmeleri ve kendilerini kurgulamaları toplumsal ve kültürel cinsiyet yargılarına bağlıdır. Cinsel kalıp yargılarımız, erkeklerin daha bağımsız, güçlü ve saldırgan; kadınların ise bağımlı, edilgen ve duygusal olmalarını içeren değerleri taşır. Gerçekten de, bir ucu duygularımızda saklı olan düşünce ve davranışlarımız, toplumsal cinsiyet değerleriyle yakından ilgilidir. Yapılan incelemelerde, depresyona giren veya yaşam boyunca girme riski olan kadınların erkeklerden, iki kat daha fazla olduğu ileri sürülmektedir (Çelikkol, 2001: 217). Depresyon araştırmalarında, kadın-erkek oranları farklılığı, biyolojik etkenin yanı sıra tarihsel süreç içerisinde ortaya çıkan işbölümü farklılığına ve kültürel etkenlere dayalı olarak beliren cinsiyet rollerine bağlanmaktadır (Küey v.d., 1993: 61).

**Tablo 1: Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımları**

Cinsiyet	Sayı	%
Erkek	58	58,0
Kadın	42	42,0
Toplam	100	100,0

Yaptığımız bu çalışmada, hastaların %58'ini erkekler, %42'sini ise kadınlar oluşturmaktadır. Bu çalışmanın yapıldığı süreçte, ülkemizde, ekonomik bir krizin yaşanmakta olması, diğer araştırma sonuçlarındaki oranların aksine, erkek hasta oranının kadınlardan daha fazla olmasını açıklamamızda etkili olabilir. Ayrıca, halk arasında "akliye" olarak bilinen Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin psikoza hastaları barındırmasından dolayı, bu hastanenin kadınlar için daha korku verici ve itici olmasının yanı sıra, bir bayan hastanın görüşme esnasında, "Doğrusu, buranın adı, bana çok ağır geliyor." ifadesiyle belirttiği gibi, stigmmanın kadınlar için daha ağır baskısından dolayı da



onların hastane tedavisine pek sıcak bakmadıklarını ve özel muayeneleri tercih ettiklerini söyleyebiliriz.

Görüşme fırsatı bulduğumuz hastaların çoğunun, Elazığ Ruh ve Sinir Hastahkları Hastanesi' nden olmaları, erkek hasta sayısının, kadın hasta sayısından fazla olmasında etkili olmuştur, denilebilir. Bunun yanı sıra, bu bölgenin geleneksel, dini yapısının da etkisiyle yöre kadınlarının kadercı, mahremiyetçi zihniyetleri nedeniyle, geleneksel tedavi yöntemlerine daha çok başvurmaları araştırmamızda, erkeklere göre kadın hasta sayısının azlığını yordamamızda etkili olabilir. Kültürün de etkisiyle, acıya olan bakış tarzı, kadının "çilekeş" sıfatını kolayca bir statü olarak benimseyip, üzüntüsünü yüceltmesini sağladığından kadınların hastaneye daha az başvurmaları, beklenir bir durumdur. Belki de bu nedenle, birçok depresif kadın, hastaneye başvurmamaktadır. Bu anlamda, uzun bir süre acı çeken kadınların, üzüntüye bağışıklık kazanarak, erkeklere göre, daha az duyarlı olup, dayanıklılık kazandığını söyleyebilir miyiz? Yoksa, tersi mi doğru? Yani, uzun süreli acılar kadınların dayanıklılığını mı çökertiyor? Elbette, bunu ileride daha iyi irdeleme olanağı yakalayacağız. Ancak, ataerkil bir toplumda, kadınlardan erkeksi nitelikler beklenmesi tahmin edilebilir bir durumdur ve belki de kadınlar, fazlasıyla prim yapan erkeksi nitelikler taşıyan bir toplumda yaşamaları nedeniyle kadın olmanın zorluğunu yaşıyor olabilirler. Yani, bir taraftan toplum, kadın edilgenliğini yaratırken, bir yandan da erkeksi dayanıklılığı özendirerek, kadınlar için hasta rolünü, tek çıkış yolu olarak normalleştirmektedir.

İleriki sayfalarda da görüleceği gibi, kadın hastaların çoğu, kendilerine rağmen haklarında karar verilen, okutulmayan, erken evlendirilerek, "başı bağlanan", olup bitenler karşısında, tamamen edilgen, maruz kalan, terk edilip boşanan, dövülen, bağımlı, sahiplik nesnesi bir tip olarak görülmektedir. Kadın hastalar, bugün eski hemcinslerinin aksine, yukarıda sayılan konumlarını kabullenemedikleri veya bu durumlarına rıza gösterecek zihni alt yapıdan yoksun oldukları ve erkeklerle daha eşit bir muameleyi ve daha insani bir konumu talep ettikleri için, başlarına gelenleri, daha çekilmez bulup, depresyona giriyorlar. Kadın kimliğine ve yaşama dair beklentileri değiştiği için de bulunduğu konumu, ki eskiden birçok kadının mahrum bulunduğu imkanlara rağmen, çekilmez bulmaktadır. Çözülen aile bağları ile birlikte kadınlar, sosyal destekten yoksun kalarak, edilgenlikleri ve bağımlılıkları nedeniyle çaresiz kalıyorlar.

Toplumun, cinsiyete ilişkin değerlendirmeleri, bireylerin kendilerini değerlendirmelerini etkileyen, önemli bir faktördür. Bu açıdan ele alındığında depresyonun önemli bir özelliği olan, "kendini değerlendirme" tarzı bir ölçüde, toplumsal cinsiyete ilişkin bakış açısını yansıtır. Dolayısıyla, hem kadın hem de erkek hastalar için depresyon, aynı tanı başlığını oluştursa da, her iki cinsiyet için, aynı anlamı taşımamaktadır. Çünkü, kadın ve erkek cinsiyetine ilişkin, farklı toplumsal yargılar vardır.

Toplumumuzda halen, eskiden olduğu kadar olmasa da, doğduğunda ailesine üzüntü veren, birçok ülkede olduğu gibi, cinsiyeti önceden kız olarak bilindiğinde, bazen düşürülen cinsiyet olarak kadın kimliği, daha sonra toplumdaki düşük statünün zoraki temsilciliğini üstlenir. Erkek doğduğunda, sevince boğulan, kız doğduğunda konuşamayan bir kuşağın devamı olan kollektif şuurumuz, kötü bir ihtimali ifade etmek için, "Anan her gün erkek doğurmaz" ifadesini, toplumsal hafızasına kaydetmiştir. Yine, "Bir oğlana sahip olma iki göze sahip olmaya, bir kıza sahip olma ise, bir göze sahip olmaya benzer", " Bir oğlan, üç kızdan daha değerlidir." ifadeleri, kadın kimliğinin statüsü açısından dikkate değerdir. "Nasıl olsa, kız çocuğu, bir gün ele gider" mantığı, kız çocuklarına verilen eğreti değeri anlamamızda yararlı olabilir.

Kadınların cinsiyet değerlerine ilişkin bu toplumsal yargılara karşın, erkek kimliği, bölgemizde ve özellikle de kırsal yörelerde, soyun devamını sağlayan işgücünün önemli bir unsuru olarak görülür. Ailelerin sosyal güvencesi olarak, yatırımda bulunulan ve daha doğar doğmaz, ardından çeşitli adaklar adanan erkek kimliği, varlığıyla gurur devşirilen bir aşırı beklentidir. Bu aşırı beklentiden dolayı, bazı erkekler, kızlara göre, daha pohpohlanarak büyütüldüklerinden, erkek kimliğini taşımak risklidir. Aile reisi olması nedeniyle, olup biten olaylarda, alınacak kararlarda ve bu kararların sonucunda, karşılaşılabilecek sorunlarda, en fazla baskıyı erkek hisseder. Evine ekmek götüremediği için intihar girişiminde bulunduğunu ve utandığını anlatan N. gibi birçok erkek hasta, bu toplumsal rollerinin kurbanıdır.

Erkekler, toplumumuzda daha küçük yaşlardan itibaren duygularını gizleme ve bastırma yönünde sosyalleştirilerek, güçlü bağımsız, ve dayanıklı olmaya yönlendirilirler. Güçlü olduğunu ve her zaman ayakta olduğunu, yıkılmadığını göstermeyi erkeklik onuru olarak değerlendiren erkekler genelde duygularını, tıpkı gözyaşları gibi, zaafalarını saklar gibi gizleyerek, bastırmayı yeğerler. Octavio Paz'ın

Meksika erkeği için dediği gibi, erkeklik onurumuz, düşmanlık kadar sevgi ve sevecenliğin de baskısı altındadır. Herhangi bir duygusal gevşeklik, erkekliğimize gölge düşürecektir sanki (Paz, 1999: 34).

Genelde, erkekler için geçerli olsa da, aslında, duyguların bastırılması, iç dünyalarımızın saklanması, sırrın, mahremiyetin, bir değer olduğu toplumumuzun çoğunluğunda görülen, bir savunma mekanizmasıdır. İletişimin yeterli olmadığı ve iletişim çatışmalarının, gerek farklı cinsler arasında, gerekse tüm bireyler arasında yoğun olarak yaşandığı, demokratik bir kültürün oturmadığı bir toplumda, en güvenilir yol olarak başvuru olan, duyguların bastırılması, depresyonda önemli bir risk mekanizması olarak yaralayıcıdır. Ruhsal hastalık, biraz da, duyguların, standartların ötesinde ifade edilmesinde göze çarpar. Duygusal dışavurumların ketum olduğu bir kültürel, sosyal ortamda, hasta rolü, depresyon, bastırılan duyguları, düşünceleri ifade etmenin bir yolu olarak görülebilir. Ancak, hastaların ilaç tedavisinde gördüğümüz gibi, duyguların bastırılması ve iletişim tıkanıklığı, hasta rolünü bile fonksiyonel olmaktan çıkarmaktadır. Çünkü, bazı hastalar, bu hallerinde bile, sorunlarını dile getirmemekten yakınıyorlardı.

### 5.1.2. Depresyon ve Yaş

Birçok çalışmada, yaş ile ruhsal hastalığın ortaya çıkışı arasında, bir bağlantı olduğu dile getirilmiştir. Yapılan bir çalışmada, 15-24 yaş grupları içinde en yaygın görülen belirtinin, depresyon olduğu bildirilmektedir (Baltaş, 2000: 201). Bir başka çalışmada ise, erken yaşlarda ortaya çıktığı belirtilen şizofreninin aksine, depresyon ve anksiyete bozukluklarının, daha sonraki yaşlarda ortaya çıktığı söylenmektedir. Ülkemizde depresyonla ilgili prevalans oranlarının, kadınlarda 35-45 yaş diliminde, erkeklerde ise, 45-65 yaş aralığında, zirve yaptığı ifade edilmektedir Diğer bir çalışmada ise, erkeklerde 18-24 yaş aralığında, kadınlarda 55-65 yaş grubunda, depresyonun, anlamlı ölçüde yüksek çıktığı belirtilmektedir (Küey, 1993: 63).

**Tablo 2: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yaş Dağılımları**

Yaş Grupları		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
15-19 Yaş	Sayı		4	4
	%		100,0%	100,0%
20-24 Yaş	Sayı	4	4	8
	%	50,0%	50,0%	100,0%
25-29 Yaş	Sayı	7	6	13
	%	53,8%	46,2%	100,0%
30-34 Yaş	Sayı	12	15	27
	%	44,4%	55,6%	100,0%
35-39 Yaş	Sayı	13	6	19
	%	68,4%	31,6%	100,0%
40-44 Yaş	Sayı	11	4	15
	%	73,3%	26,7%	100,0%
45-49 Yaş	Sayı	4		4
	%	100,0%		100,0%
50-54 Yaş	Sayı	1	2	3
	%	33,3%	66,7%	100,0%
55 ve üstü	Sayı	6	1	7
	%	85,7%	14,3%	100,0%
Toplam	Sayı	58	42	100
	%	58,0%	42,0%	100,0%

Halbuki, bizim çalışmamızda hastaların çoğunluğu, hem kadınlarda hem de erkeklerde, %74 oranıyla 25-44 yaş dilimi arasında bulunmaktadır. Görüşülen hastalardan kadınların, %64.3'ü, erkeklerin ise, %55.2' si, 25-39 yaş dilimi içerisinde bulunmaktadır. Hastaların %27 'lik bir oranının, orta yaş dilimini oluşturan, 30-34 yaş grubunda oldukları, bunu sırasıyla, %19 oranıyla 35-39 yaş grubundakiler, daha

sonra da %15'lik bir oranla 40-44 arası yaş grubundaki hastalar takip etmektedir. Kadınlar içerisinde orta yaş (30-34 yaş) diliminde olanların oranı, %35.7 iken, aynı yaş dilimindeki erkeklerde bu oran, %20.7' dir. Erkeklerde, 35-39 yaş diliminde, %22.4 puanı ile tepe noktasına ulaşan oranın, kadınlarda, %14.3' e düştüğü görülmektedir. Gerek erkeklerde ve gerekse kadınlarda, orta yaş grubunda zirveye ulaşan oran, erkeklerde, 24 yaş ve aşağısında (%6.9), kadınlarda ise, 50 ve daha yukarıdaki yaş grubunda, en alt seviyesine (%7.2) inmektedir.

Genel olarak, hastaların çoğunluğunun, orta yaş grubunda oldukları ve bu yaştan aşağı indikçe de, çoğunu bayanların oluşturduğu hasta oranlarının, azaldığı görülmektedir. Genelde sosyal, ekonomik, yasal sorunların, sorumlulukların ve hayatın diğer zorluklarının, orta yaş döneminde yoğunlaşması, hastaların, orta yaşa ilişkin sorgulamalarının, önemli bir nedeni olsa gerektir. Tarancı'nın, "Otuzbeş Yaş" şiirinde ifadesini bulan orta yaş dönemi, hayatta, bazı amaçlara ulaşıp ulaşılamadığının, net olarak fark edilebileceği, geçmiş ve geleceğin, birlikte değerlendirilebileceği, bir yaş dilimini ifade etmektedir. Bir yakının kaybı, iş, aile sorunları ve bireylerin, büyüyen çocuklarıyla artan sorumluluk ve kaygılarının, durulan duygusal yaşamının geriye gittiği algısıyla birleşerek birçok orta yaş hastasının bunalımlarının altındaki sebep olduğu söylenebilir. Görüştüğümüz erkek hastalarda, ekonomik sorunların merkezde olduğu, aile sorunlarının da, yaşadıkları problemlerde, ciddi bunalımlara neden olduğu düşünülürse, diğer araştırma bulgularından farklı olarak, araştırmamızdaki erkek hasta sayısının, orta yaş dilimindeki fazlalığı anlaşılabilir.

Görüştüğümüz birçok orta yaş hastasının sorunu, sahip olduğu imkanlarla, bir zamanlar kendisini oyalayarak, bugüne kadar getiren hayalleri arasındaki gerilimi ve hayal kırıklıklarıydı. Bunun dışında, bazı araştırmacılar, orta yaştaki kişilik portresinin, katı bir savunma düzeneğine sahip olduğunu ve düşünce saplanmalarının daha kolay olduğunu belirtmişlerdir. Bunun bir sonucu olarak, bireylerin kişilikleri orta yaş içinde kalıplaştığından, oturmuş değer yargıları nedeniyle, bu yaştaki kişilerin, olaylara esnek bakabilmelerinin güçleştiği ve bu nedenle de sorun çözebilme repertuarlarının dar olduğu, bilinmektedir.

Araştırmamızda, orta yaş üstü denebilecek, 45 yaşından itibaren, tekrar azalan hasta sayısının (%7) çoğunluğu, erkeklerin oluşturduğu, 55 yaş ve üstündeki yaşlarda,

tekrar ciddi oranlarda olmasa da, arttığı görülmektedir (%7). O halde, araştırmamızda da gördüğümüz gibi, kadınların gençlik dönemlerinde daha fazla baskı altında oldukları ve evli olanların da, erken evlilikleri nedeniyle bu yaş grubunda olan erkeklere nazaran, daha fazla sorun yaşadıkları söylenebilir. "Kızını dövmeleyen dizini döver" atasözünde olduğu gibi genç kızların, yaşıtı erkeklere göre, aile içerisinde, daha fazla baskı görmeleri, geleneksel cinsiyet kalıplarına göre sosyalleşme sürecinin bir uzantısı olarak, değerlendirilebilir. Örneğin, asılma yoluyla intihar girişiminde bulunduğu için hastaneye getirilen 18 yaşındaki bir genç kız, ailesinden farklı değer yargılarının da etkisiyle, erkek kardeşinin ve ailesinin cinsellikle ilgili ithamları nedeniyle böyle bir girişimde bulunduğunu belirtiyordu.

Yaşlılık, yeti yitimi ile gelişen bir edilgenlik, artan sağlık sorunları ve arkadaşlarının, yakınlarının kaybı ile birlikte edinilen hayatın azaldığı, ölümün yaklaştığı duygusu ile yaşanır. Çeşitli deneysel araştırmalar, depresyonun yaşlılarda düşük bir prevalans hızına sahip olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, depresyonun yaşlı hastalarda, bedenselleştirilerek örtüldüğü ve reddedildiği için veya depresyondaki intihar oranlarının ve bu yaşlardaki ölüm oranlarının yüksekliği ile açıklanmaktadır. Ayrıca, bu yaşlarda yaşanan duygusal çatışmaları azaltabilmek için yaşlıların gençliktekine kıyasla, güçlü duyguları daha az yaşama eğiliminde oldukları ve duygusal bir monotonlaşmaya meylettikleri ileri sürülmektedir (Küey v.d., 1993: 63).

Depresyonun erkeklerde, 45-65 yaşlarda, daha fazla prevalans hızına sahip olduğu yönündeki araştırma bulgusu dışında, araştırmamızda, genel olarak, yaşlı hastaların, oransal olarak azlığı, diğer araştırma bulguları ile paralellik arz etmektedir. Kanımca, bölgenin kültürel yapısının da etkisiyle, yaşlıların, gerek yaşlılıkla ilgili gerekse de diğer sorunlara tevekkülle, kaderci bir tarzda yaklaşmaları, araştırmamızdaki bu yaş grubundaki hasta sayısı ve hastaneye başvuru azlığını açıklayabilir. Araştırmamızda, kadınların, gençlik ve ergenlik dönemleri denebilecek yaş grubundaki sayısal fazlalığının aksine, erkeklerin orta yaş sonrası ve 50 ve üstü yaş dilimlerinde, aynı yaştaki kadınlardan, daha fazla bir oranı oluşturmaları, onların, içinde cinselliğin de olduğu, genel bir yaşam değişikliğinin, artan bir rutinleşmenin, sosyal ilişki daralmasının ağırlığını, kadınlara nazaran, daha fazla hissettiklerini göstermektedir. Fiziki hastalıklar, emeklilik, iş sorunları, kendi ölümünün yaklaşması



gibi hayat sorunlarının yanı sıra, dostluk ve sosyal ilişki ile ilgili sorunların da ileriki yaşlarda görülmesi bu hastalıkların daha sonraki yaşlarda görülmesinin sebebi olarak düşünülebilir (Küey v.d., 1993: 63).

Yaş ilerledikçe, kadınlardan çok farklı olarak, genel bir işlev kaybını yaşayan erkeklerin, hayatı sorgulamaları ve başarısızlıklarına ilişkin hayatla ilgili sorgulamaları, onları, daha derin acılara sürükleyebilmektedir. Görüştüğümüz yaşlı hastaların, geçmiş yaşamlarından tatmin olmadıklarını ve yaşamlarında anlamlı bir yer edinemedikleri duygusuna sahip olduklarını; yaşadıkları hayatı, hep beyhude çabalarla geçmiş, ekonomik sıkıntılarla, acılarla dolu bir ömür olarak algıladıklarını ve bu durumlarının, bilişsel bir çarpıtma olmayıp halen yaşamakta oldukları bir gerçek olduğunu rahatlıkla söyleyebilirim. Örneğin, hayatı madenlerde geçmiş emekli bir hasta, işsiz olduğu için geçinemeyen oğluna yardım etmeye çalıştığını, bu nedenle de okumakta olan bir çocuğunun, okul masraflarını bile karşılayamadığı için, eşiyile sorunlar yaşadığını, görüşmemizde ifade etmiştir. Yine, yaşlı bir hastanın, "hayatımı boşa harcadım, hep başkaları için yaşadım. Bu hayattan hiçbir şey anlamadım. Ne kendime baktım ne gezdim. Şimdi de yaşımla bir şey yapamıyorum, bir şeyden zevk alamıyorum, bunalıyorum." ifadesinde olduğu gibi geçmişe yönelik tatminsizlik duyguları düşündürücüdür.

Yaş ilerledikçe erkeklerin çalışma hayatlarının sonunda daha fazla yorgunluk ve rahatsızlık hissetmeleri olasıdır. Ayrıca, emeklilikle beraber, iş yapamamanın getireceği işe yaramazlık duygusu, statü kaybı ve aile bireylerinin ayrılmaları ile derinleşen yalnızlık algısı da kanımca, hasta olan yaşlı erkeklerin sıkıntılarını anlamamızda açıklayıcı olabilir. Robert Kastenbaum, toplumumuzun emek piyasasından çıkar çıkmaz, üyelerine tahsis ettiği rolün saygısızlık ve mahrumiyetinin, psikiyatriların, "yaşlılık psikoza" dedikleri umutsuzluk, şaşkınlık ve öfkeyi yeterince haklı çıkardığını söyler (Sayar, 1991: 176). Örneğin, çocukları, İstanbul 'da yaşayan kimsesiz, fakir, yaşlı bir Hozatlı' nın yalnızlığı, "ben ne olacağım yavrum" diye dert yanan ifadeleri, üzüntüsüyle birlikte yaşlı gözlerinden süzülürken, bir başka yaşlı hasta, maddi sorunu fazla olmamasına rağmen çocuklarından uzak olmanın, yalnız olmanın, acısını dile getiriyordu.

Görüştüğüm yaşlı hastaların, ölüme tevekkülle baktıklarını ifade etmelerine rağmen, ölümün, bireyin bilinçaltında birçok duygu ve düşüncesini belirleyen bir

içgüdü olması, onu, bu hastaların hastalıklarının nedenlerinden biri olarak, yorumlamamızı engellemektedir. Gerçekten de, emeklilikle beraber bireyin işe yaramadığı duygusuna kapılmaması, yaşlılığının da etkisiyle başkalarına bağımlılık hissetmemesi, geniş aile sisteminin de çözülmesi ile birlikte, yalnızlık hissine kapılarak, hayatın sonuna ilişkin, ölüme ilişkin düşünceler üretmemesi mümkün değildir. Çünkü, yalnızlığın çağrışım yaptırdığı düşünce, yine onun en uç noktası olan ölümdür. Kişi, ölümün yaklaştığını düşündükçe, geçmiş yaşamını hatırlayarak, çözülmemiş çatışmalarını tekrar tekrar içinde hisseder. Eğer birey, bu çatışmalarını, benliğinde iyi bir şekilde entegre edip bütünleştirebilirse, ölüm duygusuna karşı daha anlamlı bir duruşa sahip olur. Ancak, bu bütünleştirmeyi sağlayamazsa, depresyon ve intihar riski artar (Özmen, 1993: 340).

Yaşın, toplumsal tabakalaşmayı ve rolleri önemli ölçüde belirlediği daha önceki toplumsal yapılarda, en çok bilgi ve tecrübenin en fazla yaşayanda bulunabileceği gerçeği, yaşlıları daha itibarlı yapıyordu. Halbuki, bugün, yaş, eski belirleyiciliğini kaybetmekle kalmamış, gençliğe, zindeliğe verilen önem nispetinde, yaşlılık aleyhine işleyen bir olgu durumuna gelmiştir. Bu haliyle, tecrübeleri takdir edilmeyen yaşlılar, bugün ülkemizde maalesef, birçok alanda ihmal edilen bir kesim olarak, değer kaybını yaşamaktadırlar.

### 5.1.3. Depresyon ve Medeni Durum

Kişinin medeni hal statüsünün, ruh sağlığının bozulması üzerine etkisi konusunda, sosyologlar tarafından yapılmış çeşitli araştırmalar vardır. Manhattan sakinlerinden, 20-29 yaş grubu içinde bulunan büyük bir örneklem üzerinde yapılan bir çalışmada, medeni hal statüsünün, kadınlardan çok erkeklerin mutluluğunda, önemli bir unsur olduğu ve bekâr erkeklerin %20 'sinin, ruh sağlığı sorunları olmasına karşın, bekâr kadınların sadece %11 inde, ruh sağlığı sorunları olduğu ifade edilmiştir (Cole, 1992: 25). Medeni durum açısından depresyon riskinin, en fazla ayrılmış veya boşanmış kadınlar grubunda bulunduğu ve bazı araştırmalarda ise, yalnız erkeklerle, evli kadınlar grubunun, risk açısından, ciddi bir kesimi oluşturdukları ifade edilmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, evliliğin erkeklere kıyasla, kadınlar için daha az koruyucu olduğu ancak, kadınlar kendi içlerinde değerlendirildiğinde ise, evliliğin ruh sağlığı açısından onlar için daha koruyucu olduğu belirtilmiştir (Yüksel, 1998: 116).

\*Tablo 3 : Hastaların Cinsiyetlerine Göre Medeni Durumlarının Dağılımı

Cinsiyet		Medeni Durum						Toplam
		Bekar	Evli	Boşanmış	Eşi ölmüş	Evli ama ayrı	İkinci evliliği	
Erkek	Sayı	9	44	3		1	1	58
	%	15,5%	75,9%	5,2%		1,7%	1,7%	100,0%
	%	56,3%	63,8%	42,9%		100,0%	50,0%	58,0%
Kadın	Sayı	7	25	4	5		1	42
	%	16,7%	59,5%	9,5%	11,9%		2,4%	100,0%
	%	43,8%	36,2%	57,1%	100,0%		50,0%	42,0%
Toplam	Sayı	16	69	7	5	1	2	100
	%	16,0%	69,0%	7,0%	5,0%	1,0%	2,0%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Konuştuğumuz hastalar içerisinde, evli olanların oranı, %69 iken bekârların oranı sadece %16'dır. Bekârlık açısından, kadın ve erkek hasta oranları, hemen hemen aynı iken, gerek erkekler içinde (%75 ) ve gerekse kadınlarda, evli olanların oranının (%59.5) daha fazla olduğu görülmektedir. Ancak, yukarıda evli kadınların, erkeklere

\* İlk kutucuklar satır yüzdesini, ikinci hücreler ise, sütun yüzdesini ifade etmektedir. Tablolarla ilgili yorumları daha zenginleştirebilmek için bazen, sütun yüzdesini de kullanmayı uygun gördük.

kıyasla daha fazla oranda olduğu yönündeki araştırma bulgularına karşıt bir şekilde, araştırmamızda, evli erkeklerin oranının (%63.8), evli kadın hastaların oranının (%36.2) neredeyse, iki katına vardığı yönündeki sonuç, daha önce de belirttiğimiz gibi, devalüasyon sonrası ekonomik krizin, diğer hasta gruplarına kıyasla, evli erkekler üzerindeki olumsuz etkisine bağlı olarak, açıklanabilir. Ayrıca, evlilik, eğitim düzeyi de hesaba katılırsa, bu bölge kadınının, bütün sıkıntılara rağmen, hayalini kurdukları tek çıkış yoludur. Bu anlamda, kadınlar evli olmamanın getireceği sıkıntılara, sosyal baskılara karşın, evliliğin getireceği sıkıntıları, daha baştan kabullendiklerinden, sorunlu da olsa, çok ciddi bir sorun olmadıkça, evliliklerini çekmeye razı olurlar. Mesela, görüştüğümüz orta yaş kadınlarının bazıları, daha önceleri kocalarından yedikleri dayakları, diğer sorunları yanında, ciddi bir sorun olarak algılamadıklarını, sertlikleri icabı, erkeklerin yapabilecekleri türden bir davranış olarak kabul ettiklerini; "erkektir döver, anam sen de " şeklinde ifade etmişlerdir.

Bununla birlikte, bu bölgede yaşayan evli kadınların, ev kadını olmaları itibariyle, bekâr kadınlardan daha fazla sıkıntı yaşadıkları ve bu nedenle de bekâr kadınlardan daha fazla ruhsal sıkıntı içerisinde oldukları söylenebilir. Benzer bir araştırmada da, ev kadını olanların, depresyon açısından, daha fazla risk altında oldukları ifade edilmiştir. Ayrıca, yaş farkının da etkisiyle, bekâr kadınlara karşın, evli kadınların, birikmiş sorunların etkisi altında olduklarını, unutmamak gerekir. Eşinden ayrı yaşayan veya boşanmış olan kadınlardaki depresif belirtiler, evlilere göre hayli yüksek bulunmuştur (Doğan, 2000: 31-34; Deniz, 1995: 20).

Bir çalışmada, ülkemizde dul olmanın, depresyon açısından ciddi bir risk olduğu tespit edilmiştir (Baltaş, 2000: 207). Araştırmamızda, görüştüğümüz hastaların %7'sinin boşanmış ve tümünü kadınların oluşturduğu % 5'lik bir kısmının da dul olduğu, tespit edilmiştir. Üstelik, bu oran, kadın hastaların %11.5'ini oluşturmaktadır. Bazı dul kadınlar, dul olmalarından dolayı, çevrelerinin kendilerine yönelik bakış açısından rahatsız olduklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca, özellikle de sosyal güvencesi olmayan dul bir kadının ifade ettiği gibi, eşini kaybettikten sonra, ailesine yük olmanın da, bu durumdaki kadınları, oldukça rahatsız ettiğini belirtmeliyiz. Bölgede, kadınların, kendilerinden 10 ve üzeri yaşlara kadar varan, daha yaşlı erkeklerle evlenmeleri alışkanlığı ve erkeklerin çalışma ve diğer sosyal hayatlarında, kadınlara kıyasla daha riskli bir hayat yaşamaları nedeniyle, araştırma sonuçlarımızda da görüleceği gibi,

yıpranarak eşlerinden daha erken yaşlarda ölmeleri, kadınların dul kalmalarını yordamamızda önemli bir etmen olabilir. Bunun dışında, dul erkeklerle kıyaslandığında, dul kadınların bağımlılıkları ve çeşitli nedenlerle, ikinci bir kez evlenememeleri nedeniyle, yalnız kalmaya ve terkedilmişlik hissine kapılarak, nihayetinde depresyona girmeye daha yatkın oldukları, söylenebilir.

Boşanmanın kolay olduğu ülkelerde, evlilerle bekârlar arasındaki intihar oranlarının, boşanmanın zor veya imkansız olduğu ülkelerdeki intihar oranlarından daha az olduğuna dair bulgular ileri sürülmektedir (Cole, 1992: 22). Bizim araştırmamızda da gerek kadınlarda ve gerekse erkeklerde, diğerlerine kıyasla, depresyonun, en fazla evli olanlarda görülmesi, boşanmanın ekonomik ve diğer nedenlerden dolayı, zor olmasına bağlı olabilir. Sorunların çözülmeyeceğine olan inanç, evliliğin, her ne pahasına olursa olsun, sürdürülmesi gereken, kutsal bir kurum olduğuna ilişkin geleneksel inançlarla beslenir. Durkheimci bir perspektifle, değerlerin, sadece normalliği değil, anormalliği de belirlediği ve bu anlamda da, sosyal yapı ile aile arasında, bir ilişkinin olduğu bilinmektedir. Bu anlamda, olumsuz işlemlere sahip bir ailede, aile değerlerine olan bağlılığın, sosyal bir sapma olarak ruhsal bozuklukları beslediği söylenebilir.

Kocası tarafından, kollarına sigara basılan kadın bir hastanın, kendisine yapılan bu eziyetleri, itiraf bile edememesindeki sebep, sanırız ancak aynı nedenle açıklanabilir. Yine bir başka genç kadın hasta, sürekli kendisini döven eşinden bahsederken, yanıma gelen ninesi onun bu tür sözlerine, deli olduğu gerekçesiyle, inanmamam gerektiğini, yalvararak söylüyordu. Onu, bu konuda ikna ettikten sonra, bu yaşlı teyzenin, torununun eşinin bu konuşmalarını duyarsa, işlerin daha da kötüye giderek, onu boşayabileceğini, korkuyla karışık bir tonda dile getirmesi, bu konuda aydınlatıcı olur, sanırız.

#### 5.1.4. Depresyon ve Kişilik

Kişilik, bireyi, diğer kişilerden ayırt eden, kendine özgü düşünce ve duygularının, davranışlarının oldukça tutarlılık arz eden dinamik bir bütündür. Neşeli, sinirli, alıngan, aceleci, sabırlı olma gibi duygusal tepkileri ifade eden huy ile ahlaki anlamda, iyi kötü değerlendirmelerin konusunu oluşturan karakterin birleşimi, kişiliği oluşturur. Kişilik, kalıttan ziyade, çevrenin etkileriyle oluşur. Birey, her ne kadar, anne-babasından kalıtım yoluyla belirli özellikleri alsa da, kişiliğin oluşumunda asıl belirleyici olan, içinde bulunduğu sosyo-kültürel ortamdır. Toplumdaki değerler, kurallar ve yaşam koşulları, içinde yaşayan bireylerin kişiliklerini belirler. Bireyin ait olduğu ailenin sosyo-ekonomik düzeyi, anne-babanın, okulun, kitle iletişim araçlarının ve genel olarak eğitim tarzının, çocuk üzerindeki etkileri, onun kişiliği üzerinde belirleyici etkilerde bulunur.

Karakter, kişinin kişisel özelliklerine ve içinde yaşadığı çevrenin değer yargılarına bağlı olarak yorumlanır. Adler, kişilikle eş anlamlı olarak kullandığı karakterin, yaşanan ortama intibakın bir sonucu olarak gelişen, belli ifade biçimleri olduğunu belirtir. Ona göre karakter, bireyin yaşam biçiminin ve davranış kalıbının dış görünüşlerinden başka bir şey değildir (Tezcan, 1997: 12-13). Karakter gelişimi, bir anlamda, yaşanan sosyal hayata verilen tepkilerin, dinamik bir bütündür. Zaten, söz konusu yaşam tarzına uymayan kişiliklerin, toplumda, uzun bir süre boyunca, sağlıklı yaşamaları mümkün olamaz.

Fromm, bir toplumda veya sosyal bir sınıfın üyeleri arasında paylaşılan ortak yaşamın bir sonucu olarak, genel bir sosyal karakterden bahseder. Ona göre, bu çekirdek karakter yapısı, toplumdaki ortak tecrübelerin, yaşam tarzının bir sonucu olarak, kendisini yansıtır (Fromm, 1998: 144). Örneğin, Rus insanının, uzun süreli içe dönük depresyon ve kısa süreli, ani patlamalar şeklinde kendini gösteren karşıt duygusal salınımlarıyla, kısa süreli yoğun devrim faaliyeti ve otoriteye uzun süreli boyun eğme şeklindeki karşıt politik davranış salınımları arasında, paralellikler olduğu ifade edilmiştir (Bock, 2001: 160).

Sosyal yapı, gruplar arasındaki veya bu gruplar içerisindeki sosyal ilişkilerden çıkarılabilir. Bu itibarla, toplum, sadece, belirli ilişkileri belirlemekle kalmaz, aynı zamanda, bu ilişkilerdeki bireylerin kişiliğini de belirlemiş olur. Eleştirel kuram, Hegel'den etkilenecek, bütünü, parçayı kapsadığını belirtir ve özneliğin, nesneliliğin



içselleştirilmesinden oluştuğunu ve bu anlamda, zihinsel çatışmaların toplumsal çatışmaların yansımalarını taşıdığı ifade edilir. Dolayısıyla, özerk kişilik fikri, ideolojiktir. Arzularımız kadar, korku ve kabuslarımız da, toplumsal olarak yaratılır ve zaten, toplumsal olan, bireysel olanın tohumunu oluşturur (Jakoby, 1996: 136).

Ruhsal hastalıklarla ilgili olarak, kişilik üzerine yapılan vurgu, tıbbi paradigmanın yarattığı bakış açısının yanı sıra, kapitalizmin eşit, hür birey ideolojisini yansıtmaktadır. Halbuki, Marcuse, bireye ait, birey altı ve birey öncesi etkenlerin, ikinci bir doğa olarak, toplumsal tarihte biçimlendiğini belirtir. Ona göre, içgüdülerin bastırıcı örgütlenmesi, birey dışındaki etkenlere bağlı olarak şekillenir. Benzer şekilde, Marx da, karakteri, bireylerin içine nüfuz eden, birey dışı toplumsal güçlerin çökmesi olarak nitelendirir (Jakoby, 1996: 59,97). Bu anlamda, psikoloji veya psikiyatri çalışmalarında ele alınan psişik yapının, sosyal yapının, kültürel değerlerin derinliklerine kök saldıığını unutmamalıyız. İçgüdülerin örgütlendiği temel birim olarak kişilik de, tam bu noktada, hastalığın kendini geliştirdiği bir zemin olmaktadır.

Adorno, "Otoriter Kişilik" adlı ünlü çalışmasında, bireyi ve psişesini, tarihin damıtılmış bir biçimi olarak göstermiş ve yapılacak bir psikolojinin de, ancak, bu nesnel temel üzerinde anlam taşıyabileceğini ileri sürmüştür (Jakoby, 1996: 16). Sanayi dönemi öncesinde, bireyin, yarı mahrem bir varlık olarak henüz ortaya çıkmadığını ve bu nedenle de, psikoanalizin de, bir birey bilimi olarak, bu dönemde gelişemediğini ileri süren Adorno, kapitalist pazarın gelişmesiyle birlikte, bireyin ortaya çıktığını, ancak, bu pazarın aşırı büyümesiyle birlikte, bu kez de, bireyin, kapitalizmin baskısı altında kaybolduğunu belirtir. İktidarın dolaysız telkininin, insanları, salt işleve indirgediği bu dönemde, toplumun "şeyleşmesi" oranında, bireysel psişenin de, basit bir manivaleye dönüştüğünü belirten Adorno, bu süreç içerisinde, özgür bireyin kaybolduğunu belirtir (Jakoby, 1996: 65). Benzer şekilde, çağdaş insanın ekonomik alışkanlıkları ve davranışlarıyla, kişilik yapısı arasında ciddi bağlantılar olduğunu belirten Fromm, nesnelere değişim değerinin, kullanım değerinin önüne geçmesiyle birlikte, kişiliklerin de, pazar kuralları değerlerine göre biçimlendiğini, ifade etmektedir. Bu anlamda, bir toplumun yapısı, insanlara biçtiği roller bağlamında, belirli tarzda işleyen bir uyarım-tepki dizgesini oluşturur.

Depresyonu, ego kavramı içerisinde ele alan Bibring, bireyin güçlü, sevilen, değerli olmak gibi, özsever nitelikteki beklentilerinin kesintiye uğramasının, bireylerde

çaresizliklere yol açarak, depresyona neden olduğunu vurgular (Dilbaz, 1993: 136). Ama, Bibring, bu nitelikteki beklentilerin, hangi sosyo- ekonomik koşulların sonucu olduğunu ifade etmemektedir. Halbuki, sabırsız, aceleci, hırslı, mükemmeliyetçi, A tipi kişilikleri zorunlu kılan, bu sosyo-ekonomik örgütlenmenin oluşturduğu yüksek beklentilerdir. Bu beklentiler ise, özsaygıyı her an düşürebilecek, oldukça büyük değişim olanakları ile modern yaşamdaki belirsizlikler nedeniyle, öfke nöbetleri içeren, yoğun ruhsal hastalık risklerini bağrında büyötmektedirler. Kâr, kazanç ve mülkiyet eksenli bir ekonomik örgütlenmenin yaygınlaştığı günümüzde, sahip olmak eğilimli bir karakter yapılanmasının, genel bir kişilik kalıbı haline gelmeye başladığını ifade edebiliriz. Sahip olmak, hükmetmek, elde etmek tarzındaki bu kişilik eğilimi ise, sanırız, depresyonun zemin bulabileceği, narsistik kişiliğin temelini oluşturmaktadır.

Narsistik kişilerin, süper ego zaafına bağılı olarak, vicdani gelişme açısından yetersiz, kolay rencide olan, alıngan ve hatta biraz, paranoid şüpheleri olan kişiler olduğundan, dışarıdan iyi hisler alsalar bile, bunları uzun süre içlerinde tutamayıp, kötü hislere dönüştürdükleri bilinmektedir (Saydam, v.d., 2000: 167). Narsizm, bireyin başkalarını değil de, kendini sevmesi, libidonun, egonun kendine yönelmesi olarak değerlendirilir ki bu, liberal ekonominin, olmazsa olmaz şartıdır. Bir anlamda, narsizm, irrasyonel kitle yaşamının, ve modern gündelik yaşamın irrasyonelliği üzerine kurulmaktadır. Narsizm arttıkça da, bireyin diğeri ile aralarındaki mesafe artmakta ve toplumdan yalıtılması arttıkça da, ego, artan güvensizlik ve kimlik bunalımı pahasına, geleneksel sosyal kurgunun temelinde yer alan aidiyet duygusunu yitirerek, sürekli dağılmaktadır. Fromm, bu ekonomik ve toplumsal örgütlenmenin sonucu olarak beliren, "sahip olmak" tarzındaki yönelimlerin, gittikçe, insanlar arası ilişkilere de sindiğini belirtmektedir (Fromm, 1993: 144-145).

Buna benzer olarak, topluma bağlanma ile kendine bağlanma arasındaki gerilimin niteliğine değinen Cooper, ruhsal sorunların asıl nedeninin, modern toplumdaki bireysel gerekliliklerle toplumsal, kolektif gerekliliklerin, birbirlerinden giderek daha fazla oranda uzaklaşması olduğunu belirtir. Bir anlamda, mevcut sosyo-ekonomik örgütlenme tarzı, bireylerin sosyal benlikleriyle, iç benlikleri arasındaki dengeyi bozmaktadır. Bu anlamda, akıl hastası, kişisel özelliklerinden, etkinliklerinden dolayı değil de, aile, akrabalık ve toplumsal-ekonomik rollerine bağılı olarak, hasta olur (Jakoby, 1996: 166).

Yaşanılan hayatın, toplumun, ekonomik örgütlenmesinin daha fazla girişken, daha yırtıcı bireyler gerektirmesi, onların değerleri gittikçe çözülen, farklılaşan bu toplumda, sahip oldukları çekingen kişilikleri ile daha fazla sıkıntıda oldukları ve ileriki zamanlarda da, daha fazla zorlanacakları anlamına gelmektedir. Yetiştikleri aile ortamları, eğitim tarzları, bütün zorlukları ve derin hayal kırıklıklarıyla, görüştüğümüz çoğu hastanın, sonuçta, yaşadıkları toplumsal ve kültürel ortamlarından dolayı oldukça, çekingen, içe kapanık kişiler olduklarını belirtebiliriz.

Temel kişilik kuramını geliştiren Linton ve Kardiner, kişiliği, bir toplumda ortaklaşa paylaşılan, benzer çocuk yetiştirme tarzlarının ve benzer değerlerin, davranışların oluşturduğu özellikler toplamı olarak tanımlarlar. Bu itibarla, toplum merkezci kişilik yapısı, karşılıklı bağımlılık, karşılıklı sempati, sosyal ilgi şeklinde tezahür ederken, ben merkezci kültürler, bağımsızlık, kendine güven, rekabetçilik gibi kişilik özelliklerini ön plana çıkarırlar. Kardiner, kültür sistemlerinin temel kişilik üzerindeki etkilerinin aile, çocuk bakımı, sevgi ve eğitim gibi birincil kurumlarla din,devlet, hukuk, ahlak ve düşünce gibi ikincil kurumlar arasında geliştiğini belirtir (Tezcan, 1997: 92-94). Etnik kültür varsayımına göre, kültürdeki, toplumdaki koruyucu yapıların olup olmaması, kişilerin ruhsal yapılanmalarıyla ilgili farklı sonuçlara neden olmaktadır.

Sosyo-ekonomik değişkenler, ana-baba tutumu, ana-baba ile yaşanan ilişkilerin niteliğini etkiler, bu ise, bireyin kişisel, psikolojik özelliklerini belirler. Örneğin, bir çalışmada, gencin kişilik özellikleri ile ana-babanın tutumları, ailesinin sosyo-ekonomik durumları arasında, birtakım ilişkiler bulunmuştur (Karadayı, 1995: 262). Bu itibarla, bir eğitim aracı olarak aile, yarattığı sosyal ortamlarıyla, hem tutumların edinilmesinde hem de bu tutumları sürdürebilecek kişisel özelliklerin edinilmesinde, önemli bir belirleyicidir.

**Tablo 4: Ailelerin, Çocukluk Yıllarındaki Hastalara Yönelik Tutumlarıyla Hastaların Kendi Kişiliklerine Yönelik İfadelerinin Dağılımı**

Kendini İfade Edebilme Durumu		Geçmişte Ailesinin Kendine Yönelik Tutumları						Toplam
		Bir güçlük karşıştığında yardım eder ama kararı bana bırakırdı	Allem bana aşırı bir itina ve ilgi gösterirdi	Üzüntülü anlarımda bana pek ilgi göstermemişlerdir.	İstemediğim kararlara itaat ettirdikleri çok olmuştur.	Anne veya babamın beni hor görüp utandırdıkları çok olmuştur.	Allem öyle katı ve otoriterdi ki beni dövükleri çok olmuştur.	
İçimden geçeni söylemek uygundur	Sayı	1	6	4	2	1	10	24
	%	4,2%	25,0%	16,7%	8,3%	4,2%	41,7%	100,0%
İçimden geçeni söylemek uygun olmaz	Sayı	9	13	12	13	5	14	66
	%	13,6%	19,7%	18,2%	19,7%	7,6%	21,2%	100,0%
Kendimi karşımdaki kişinin yerine koyarak	Sayı	1	3		1	1	2	8
	%	12,5%	37,5%		12,5%	12,5%	25,0%	100,0%
Toplam	Sayı	11	22	16	16	7	26	98
	%	11,2%	22,4%	16,3%	16,3%	7,1%	26,5%	100,0%

Yaptığımız çalışmada, ailelerin hastalara yönelik farklı tutumlarıyla hastaların, kendi kişiliklerine ait ifadeleri arasında bir ilişkinin olabileceğini varsaymıştık. Ancak, gördük ki, çocukluk yıllarında, ailelerinde, kendilerine kötü davranıldığını, baskı yapıldığını söyleyenlerle (%19.7), bu konuda herhangi bir şikayetleri olmadığını ve ailesinden memnun olduklarını söyleyenlerin (%19.7), kişilikleriyle ilgili tanımlamaları, birbirleriyle paralellik göstermekte veya bu konuda beklediğimiz gibi, yeterince bir farklılık görülmemektedir. Tabloya bakıldığında, bu konudaki ayrıntılar, rahatlıkla görülebilir. Bu durum, bize kişilikle aile tutumları hakkında farklı yorumlar getirme olanağını getirmiştir. Birinci yorumumuz, ailenin vermiş olduğu eğitim tarzının ve çocuğa yönelik genel tutumunun, çok önemli olmakla birlikte, bunun, kişilik üzerinde yaratacağı etkinin sınırlı olduğu veya etkisini yitirebileceği ve toplumun diğer kurumlarının kişilik üzerinde daha etkili olabileceği şeklindedir. İkinci yorumumuz, ailenin kişilik üzerindeki belirleyici etkisinin eskisi kadar olmadığı ve bu etkinin modern kurumlar karşısında zayıflayarak, zamanla azaldığı şeklinde olabilir. Bir diğeri, kişiliklerin Freud, Adler gibi psikologların dediği gibi, sadece, çocukluk yıllarında

belirlenmediği ve hep öyle kalmadığı, zamanla, yaşanan sarsıcı olaylarla birlikte değişebildiği yönündedir. Yine bu konuda bir başka yorumumuz da, utandırmayı, saygılaştırmayı, efendileştirmeyi! (akıllı çocuk) baz alan ve iyi olarak yorumlanan hakim aile tarzlarımızın yumuşak otoriterliğiyle, pısırıklaştırmaya, bastırmaya, adam etmeye yönelik katı aile otoriterliğinin aynı sonuca, yani, çekimser, çekingen, içe kapanık kişileri yaratabileceği fikrine dayanmaktadır.

Toplumumuzda, daha çok koruyucu, sorumluluktan uzak bir çocuk eğitimi verildiğinden, günümüz şartları açısından hastalıklı denebilecek, bağımlı, kendine güvenemeyen kişiliklerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Örneğin, toplumumuzda, hem eğitimde hem de ailede, akıl-us kelimesinin kullanılış tarzının, çocuk yetiştirmedeki kültürel normlarımızın, kalıplarımızın, değerlerimizin sessiz, sakin, karşı cevap vermeyen, utangaç kişiliklerin yetiştirilmesindeki etkilerini görebiliriz. Bilindiği gibi, toplumumuzda normal olanla aklın birleştiğini ve bunu ifade etmek için kullanılan “akıllı-uslu çocuk” yönünde yapılan övgü ve onurlandırmaların, genelde, yukarıda belirttiğimiz, sessiz, sakin şeklindeki özellikleri taşıyan kişilikler anlamında kullanıldığını biliyoruz. Bu durum ise, zor hayat koşulları altında kendine güveni olmayan, ezilen insanlar anlamına gelmektedir. Kısacası, hukukta, siyasette, ahlakta, ekonomide yaşananlarla, bu alandaki değerler, aileden getirilen duygusal, kişisel özelliklerle çelişebilmekte ve bu nedenle ruhsal sorunlar ortaya çıkmaktadır. Böyle bir yapıda ise, hastalarımızda gördüğümüz gibi, öncelikle, aile, bireyin, ikincil kurumlar karşısındaki sorunlarından en fazla etkilenen grup olarak ciddi sorunlara maruz kalmaktadır. Dolayısıyla, kişiliği oluşturan birincil ve ikincil kurumlar arasındaki farklılık ve çelişkilerin, bireylerin ruhsal sorunlarında önemli bir yer tutabileceğini söyleyebiliriz.

Ruhsal hastalıklarda ve depresyonda, belirli kişilik tiplerine vurgu yapılırken, aslında, bir yandan da depresyonu ve genel olarak da ruhsal hastalığı, psikolojik söyleme indirgeme çabalarına şahit oluruz. Ancak, kişiliğin hangi sosyal ve ekonomik şartların ve kültürel değerlerin etkileriyle oluştuğunu anlarsak, ruhsal hastalıkların sebeplerine ilişkin bilgilerimiz de o ölçüde artmış olur. Nitekim, mizaç bozuklukları ile yaşam olaylarının ilişkisini inceleyen Ambelas ve arkadaşları, olumsuz yaşantıları olan bireylerin depresif bir mizaca sahip olduklarını ifade etmişlerdir (Saatçioğlu v.d., 1996: 25). Ayrıca, farklı kişilik ayrımlarına karşın, bireylerin sahip oldukları kişiliklerin,



farklı özellikler arasında bir süreklilik taşıdıkları, ifade edilebilir. Yani, bireylerin kişiliklerinin sürekli olarak, belirli özelliklerden sadece birini yansıttığını, düşünmemek lazımdır. Bunun yanı sıra, kişilik gelişiminin, ergenlikte durmadığı, özellikle, modern yaşamın hareketliliğinin, yaşanan değişimlere paralel olarak, kişilik üzerinde değişimlere neden olabileceği unutulmamalıdır. Örneğin kadın kimliğinin, toplumumuzda, genelde, evlilik sonrasında, eşyle olan ilişkileri sonrasında biçimlendiğini, genel olarak da, zayıf bir ego temelinde örgütlendiğini ifade edebiliriz. Ancak, kişilik eğilimlerindeki bu değişimleri ortaya çıkaran sosyal ve ekonomik koşullara gönderme yapmadan, bu değişimin neden ve nasıl gerçekleştiği de, tutarlı olarak açıklanamaz.

Depresif kişilik; kederli, karamsar, bedbin, kendine güvensiz, başkalarının destek ve onayına bağımlı, benlik saygısı düşük, suçluluk ve umutsuzluk hislerini içeren duygudurum özellikleriyle tanımlanmaktadır. Daha önceleri, depresif mizaç, doğuştan gelen ve sorun anlarında, ruhsal gerilimi arttıran bir durum olarak nitelendirilirken, daha sonraları, depresif bir karakterin oluşumunda, çevre faktörlerinin, asıl belirleyici olduğu vurgulanmıştır (Boratav, 2000: 24). Örneğin, melankolik tipe atfedilen, düzenlilik, dürüstlük, titizlik, geleneksel düşünceli, aşırı çalışkan, aşırı vicdanlı, sosyal olarak iyi bütünleşmiş ve kendini yargılayıcı gibi özelliklerin, belli bir kültürel kalıbın izlerini taşıdığını söyleyebiliriz.

**Tablo 5: Hastaların Doğru Bildiklerini Yapabilmelerinde Kendine Olan Güvenlerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımları**

Doğru Bildiğini Yapabilmede Kendine Olan Güveni ve Bağımsızlığı		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Doğru bildiğini söylemek ya da yapmak adına bir dostluğu yitirme tehlikesini göze alabilirim	Sayı	23	10	33
	%	69,7%	30,3%	100,0%
	%	39,7%	23,8%	33,0%
Doğru bildiğini söylemek ya da yapmak adına bir dostluğu yitirme tehlikesini göze alamam	Sayı	35	32	67
	%	52,2%	47,8%	100,0%
	%	60,3%	76,2%	67,0%
Toplam	Sayı	58	42	100
	%	58,0%	42,0%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%



Varoluşçu teoriye göre, depresif birey, yaşam-sorumluklarını yerine getirme bakımından bağımsız ve otantik olamayan, bu nedenle de, kendini hayatın imkanlarına açamayan bireylerdir. Matussek ve Feil, depresyonlu bireylerin kendine zarar verici, nörotik eğilimleri olan, yalnızlığa, bağımlılığa yönelik bir eğilim olduğunu ifade etmişlerdir (Aşkın, 1999: 36). Bu konuyla ilgili olarak, sorduğumuz soruya cevaben, hastaların %67.0'ı, doğru bildiğini yapmak ya da söylemek adına, bir dostluğu yitirme tehlikesini alamadıklarını ifade etmişlerdir. Diğer verilerin yanı sıra, yukarıda verilen tabloya binaen, hastalarımızın üçte ikisinden fazlasının (%67.0), depresif bireylerin özellikleri arasında belirtilen geleneksel, bağımlı kişilik tipine uyduğu söylenebilir.

Hastaların özgün davranabilme, bağımsız hareket edebilme davranışları açısından, esnek olmamaları, daha önce söylediğimiz gibi, değişen toplumsal, ekonomik şartların yanı sıra, belirli bir yetiştirme tarzının sonucu olarak değerlendirilmelidir. Ayrıca, hastaların bu bağımlı kişilik tarzlarının, sadece, aile arkadaşlık ilişkilerini etkilemekle kalmadığını, iş ve çalışmayla ilgili koşullarını da oldukça olumsuz etkilediğini belirtmeliyiz. Nitekim, esnaflık yapan birçok hastanın, “komşudur, arkadaşır, akrabadır diye diye para istemedeki güçlükleri” veya güvenleri nedeniyle, verdikleri veresiyeleri, alamadıkları borçları nedeniyle iflas ettiklerini ve bu nedenle de hasta olduklarını ifade etmeliyiz. Ancak, bu tarz bir kişiliğin ve davranış kalıbının, artık işlemediğini, modernleşme yolundaki toplumumuzun bireyci yapılanmasının, bu tarz bir kişiliği ezdiğini biliyoruz. Nitekim, klinik çalışmalarda da, depresyonun, terk edilmemek, onaylanmak için başvuru alan kişiler arası savunma mekanizmalarının iflasıyla açıklandığını biliyoruz. Ancak, bağımlı, depresif kişilik yapılanması, değersiz, çaresiz şeklindeki kendilik tasarımını, kendiliğinden değil de, reddedici, katı, suçlayıcı çevreden içselleştirir ki, bunun sonucunda, birey, olumlanabilmek için, içselleştirdiği bu suçlayıcı, aşağılayıcı tutumu, kendine uygular. Nitekim, kültürümüzün taşıyıcıları olan atasözlerimizin bazılarında, bu tarz bir kişilik ve davranış kalıplarının alt yapısını oluşturan, eleştiriye kapalı bir kültürel yapılanmanın izlerini görürüz. “Meyveli ağacı taşlarlar”, “Doğru söyleyeni dokuz köyden kovarlar” atasözlerinde olduğu gibi. Bu anlamda, sürekli olarak, bu topluluğun bir parçası olmak için, yine, bu total, toplulukçu yapının bir ürünü olarak, üstüne düşeni yerine getiren üst benliğimiz, sadistik bir baskı uygulayarak, ruhsal çöküntüye neden olur. Bu anlamda, bir ucu bağımlı kişiliğe uzanan sadistik bir üst benliğin, nihayetinde, sadistik bir sosyal yapının ürünü olduğu unutulmamalıdır. Dolayısıyla, bu tarz bir kişilik yapılanması, psikolojik bir algı

olmayıp, içerisinde siyasetin, bürokrasinin yer aldığı totaliter bir kültürün, az gelişmiş bir sosyo-ekonomik yapının küçük gruplara kadar dayattığı bir yaşam modeli olarak değerlendirilmelidir. Aileden, eğitime, kültürden siyaset tarzına kadar, her kurumda, eleştiriye kapalı, farklı düşüneni öteki olarak etiketleyerek, özgürlüğünü sınırlayan, anti demokratik, dışlayan bir total anlayış, sürekli onay arayan toplulukçu bireyimizin, sadistik üst benliğinin mimarıdır.

Psikiyatrik ilaçların artan tüketimini, şeyleşmenin önemli bir göstergesi olarak yorumlayan Marcus'a göre, bilinçli tepkiler, yerini, giderek içgüdüsel ve bilinçdışı tepkilere bırakır, çünkü, görece özerk birey, mümkün değildir (Jakoby, 1996: 117). Bastırıcı bir toplum, egoyu, bilinçdışı alana hapseder. Kitle toplumunda ise, sosyal gerçekliğin devasa boyutu karşısında, özerk ego çözüldüğünden, bilinçaltı, asıl belirleyici niteliğini kazanır. Bu anlamda, kamusal tahakküm arttıkça, ego, "id" 'e geriler. Kitle psikolojisini, kitle kültürünü, günümüzde, bu kadar konuşulmaya değer yapan da, egonun bu zayıflayışıdır (Jakoby, 1996: 71).

Eleştirel kuram, zayıf egoyu, bireyin, tekelci kapitalist toplumdaki gerileyişi olarak ele alır. Halbuki, bireyin yeterince gelişmediği, bizim gibi, yakın geçmişindeki yaşam tarzıyla toplulukçu, geleneksel değerleri ağır basan toplumların da, aynı soruna sahip olduğunu söyleyebiliriz. Adorno'ya göre, kişilik bir özgürlük biçimidir. Çünkü, karakter, yaşanılan gerçek hayatın şeyleşmesinin bir sonucudur. Adorno, karakteri, bir seçimin sonucu olmayıp, özerk bireyin bastırılmasının, kalıba dökülmesinin bir ürünü olarak değerlendirir. Zayıflayan ego ise, bireyi yabancılaştıran, ezen belli toplumsal ve kültürel şartların ürünüdür. Çeşitli çalışmalarda, mükemmeliyetçi, büyük hedefleri olan bireylerin, daha fazla depresyon riski altında olduğu ifade edilmiştir (Arslan, 1998: 37).

Depresyonu anlamamızda, belki de, kişiliğin değişme potansiyellerinin eksikliği, modernleşme bağlamında, nedensel bir etken olarak yorumlanabilir. Belki de, kişilik tanımının önemli bir unsurunu teşkil eden tutarlılık, sosyal ve kültürel değişmeler anında, gerekli esnekliği engellediğinden, bireylerin acı çekmeleri ve ruhsal hastalıkları artmaktadır. Bunun yanı sıra, hastaların, kişiliklerinin bir parçasını oluşturan mizaçlarıyla, sosyal karakterleri ve toplumdaki pozisyonları arasındaki çatlağın, uyumsuzluğun da, depresyonda önemli bir faktör olabileceği unutulmamalıdır. Örneğin, sınırlı ama ahlaklı bir insanın, değer yargıları farklılaşmış bir toplumda, ciddi sıkıntılar yaşayabileceğini tahmin edebiliriz. Bunun dışında, sabırlı, sakin bir mizaca sahip olan

insanların, acil kararlar gerektiren bir iş dünyasında, yardım sever biri olarak yetiştirilmiş bir insanın da, rekabeti içeren bir iş ortamında çalışmak zorunda kalması, ruhsal sorunlara neden olabilir. Kısacası, günümüzde, değerleri farklılaşmış, sosyal ve coğrafi hareketliliği artmış toplumumuzda, farklı şekillerde toplumsallaşmış bu hastaların, farklı kişilikler gerektiren kimlikleri arasında, bölünüp bölünüp durmaları, bu kimlikler arasında çelişik bir ruh haleti içerisinde kalmaları, onların ruhsal sağlığını tahrip etmiştir.

**Tablo 6: Hastaların Örf ve Âdetlerin Değişmesiyle İlgili Görüşlerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımları**

Hastaların Muhafazakarlık Durumları		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Eski adet ve örfleriyle bağlarını koparan bir millet ilerleyemez	Sayı	43	29	72
	%	59,7%	40,3%	100,0%
	%	74,1%	69,0%	72,0%
İlerlemek için eski adet ve örflerimizi bırakmamız gerekir	Sayı	15	13	28
	%	53,6%	46,4%	100,0%
	%	25,9%	31,0%	28,0%
Toplam	Sayı	58	42	100
	%	58,0%	42,0%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabloya dikkat edildiğinde, hastaların üçte ikisinden fazlasının (%72.0), yenilikler karşısında muhafazakâr bir görüşe sahip oldukları ve ilerlemenin de, ancak, eski örf ve adetlere bağlı olmak suretiyle, olabileceğine inandıkları görülmektedir. Tersinden ifade edersek, hastaların çoğunun, sosyal ve kültürel değişmelere sıcak bakmadıklarını ifade edebiliriz. Bu anlamda, hastaların, eski adet ve örflerin değişip değişmemesi gerektiği hakkındaki kanaatlerini, onların, toplumsal, kültürel değişmeler karşısındaki esnekliklerinin yetersizliği olarak değerlendirirsek, Parsons'un "Ağıl" kuramında, önemli bir yer tutan toplumsal kişiliğin, günümüzde, özellikle de toplumumuzda, yaşanan hızlı değişmeler ve farklılaşmış değerler nedeniyle, toplumsal bir harç olmaktan çıkabileceği, bu nedenle de, çeşitli ruhsal sıkıntılara kaynaklık edebileceği ileri sürülebilir. Görüşmelerimizde, çoğu hastanın önemli bir kısmının, ahlaki bakımdan güçlü değerlere sahip olduklarını, en azından, bunu ifade ettiklerini söyleyebiliriz. Hastalarla aramızda geçen konuşmalarda, görüştüğümüz bu kişilerin hayatla, insani değerlerle ilgili yorumlarında, bu izlenimi edindiğimizi ifade edebiliriz. Ancak, onların,

bu güçlü üst benliklerinin baskıları altında ezilmelerinin, zayıf egolarından kaynaklandığına ilişkin yorumu tamamen reddetmemekle birlikte, asıl sorunun, toplumdaki anomiyile, ahlaki değerlerin önemini kaybetmesiyle ilgili olabileceğini hesaba katmalıyız. Bir anlamda, bu bireylerin sahip oldukları üst benlerinin baskısı, toplumsal ahlakın zayıflaması ölçüsünde artmaktadır. Yani, gittikçe zayıflayan ahlaki yapıya rağmen, ahlaki birtakım değerlere sahip olmanın, yıpratıcı olduğunu düşünüyoruz. Belki de, bu kişilerin yeterince sosyalleşmeleri, tutarlı bir kişilikte olmaları, ahlaklı olmaları, onların sapma ranjını düşürdüğünden, öfkenin içlerine dönerek, ruhsal sağlıklarını yaraladığını belirtebiliriz. Bu anlamda, hastaların bu kadar soruna rağmen, ahlaki beklentilerinin yüksekliği, güçlü bir üst bene sahip olmaları gibi nedenlerden dolayı, onların hapisaneye gitmek yerine, hastaneye gelmelerini anlamamıza yardım edebilir. Bu anlamda, psikotik depresyona yatkın kişilerin, daha önce önemli bir psikiyatrik sorunu olmamış, dürüst, çalışıp çabalayan temiz ve düzenli kişiler oldukları yönündeki bulgular da, bu ifadelerimizi doğrular mahiyetindedir (Koroğlu, 1993: 32).

Depresif kişilik yapısının temel özelliklerinden biri, bastırılmış öfke olarak bilinir. Buna göre öfke, libidinal nesneye duyulan bağımlılığın, eli kolu bağlı olmanın ve bu nesnenin gelecekteki olası vefasızlığının emosyonel koşutudur. Ancak, öfkenin hangi sosyal, ekonomik koşullarda, alt yapıda biçimlendiğini hesaba katmaksızın, hangi iletişim bozukluklarının, tıkanıklarının, kültürel etkenlerin etkisiyle geliştiğini anlamaksızın, onun depresyon oluşumundaki etkisini, sosyolojik bağlamda yorumlayabilmemiz mümkün olmaz. Öfkenin başkalarına yöneltilememesi, benliğe yansıtılması, suçluluk duygusunu doğurur. Ama sosyal ve siyasal yapılanmanın, nihayetinde değerlerin, örneğin, saygının ve yorumlanış tarzının, öfkenin bastırılmasında ve yönünün tayin edilmesindeki baskın rollerini biliyoruz. Ayrıca, suçluluk ve acıma duygusu ile bireyin vicdani duyguları ve korkuları arasındaki ilişki de bu bağlamda ele alınabilir. Örneğin, bireyin, öfke duygusuna karşı gelmek için harcadığı çaba, onun vicdani ile yakından alakalıdır. Ama bu duygu, ahlaki, dini değerler ve eğitim tarzları bağlamında değerlendirildiğinde, anlam kazanır. Çünkü, din başta olmak üzere, genel ahlaki eğitimin, nihayetinde diğergam (elcil) duyguları oluşturmak için, bireylerin nefislerine baskı uygulamasını içeren buyruklara sahip olduğunu biliyoruz. O halde, suçluluk duygusu, vicdanla alakası bağlamında, toplumdaki dini değerlerin etkinliğine ve bu değerlerin toplumsal yapıyla ilişkisinin

mahiyetine bağılı olarak ele alınabilir. Bunun yanında, davranışlarından dolayı, kendilerini suçlayan hastaların bu duygularını, onların amaçları ve ahlaki idealleri doğrultusunda yorumlamak gerektiğini söyleyebiliriz. Örneğin, bir hasta, depresyona girmesindeki asıl zemini oluşturan duygunun, köyde yaşarlarken, kız kardeşinin başkasına kaçması üzerine yaşadığı utanma ve öfke duygusu olduğunu belirtmiştir. Ancak, kültürümüzde, saldırganlık dürtülerinin bastırılması, açık iletişimdeki yanlış anlamalar, saygı anlayışının niteliği, İslam'ın cinsellikle ilgili düzenlemeleri, ayrıca, demokratikleşme düzeyinin düşüklüğü, pişmanlık ve utanma gibi duyguların veya bu tür kişilik yapılanmalarının oluşmasında etkili olabilir. Belki de bu ahlaki, değerlerin, beklentilerin eskisi kadar prim yapmaması, çelişkiye düştükleri toplumsal yapıyı düzenlemede, önceki kadar tatmin edici olmamaları, ruhsal çöküntülere neden olmaktadır.

**Tablo 7: Hastaların Bir Haksızlık Durumunda Gösterdikleri**

**Davranışların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları**

Bir Haksızlık Durumunda Hastaların Gösterdikleri Davranışlar		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Fazla öfkelenmeden hukuki yollardan hakkımı ararım	Sayı	9	2	11
	%	81,8%	18,2%	100,0%
	%	15,5%	4,8%	11,0%
Çok öfkelenir ama hakkımı aramada çekingen davranırım	Sayı	10	9	19
	%	52,6%	47,4%	100,0%
	%	17,2%	21,4%	19,0%
Öfkelenirim ama sonuç değişmeyeceğinden çaresizleşirim	Sayı	15	16	31
	%	48,4%	51,6%	100,0%
	%	25,9%	38,1%	31,0%
Öfkelensem de sabrederek bir mucize beklerim	Sayı	7	4	11
	%	63,6%	36,4%	100,0%
	%	12,1%	9,5%	11,0%
Çok öfkelenir ve hukuki olmasa da sonuna kadar giderim	Sayı	14	7	21
	%	66,7%	33,3%	100,0%
	%	24,1%	16,7%	21,0%
Fazla öfkelenmeden bundan olumlu dersler çıkarırım	Sayı	3	4	7
	%	42,9%	57,1%	100,0%
	%	5,2%	9,5%	7,0%
Toplam	Sayı	58	42	100
	%	58,0%	42,0%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%



Hastaların, bir haksızlık karşısında, nasıl bir tavır sergilediklerini öğrenmek için sorduğumuz, "Bir haksızlıkla karşılaşma durumunda nasıl davranırsınız?" şeklindeki soruya, hem erkek (%29) hem de kadın (%38) hastaların en fazla dile getirdikleri ifade, %31.0 oranıyla, "Öfkelenirim ama, sonuç değişmeyeceğinden çaresizleşirim" şeklindeki ifadeleridir. Bu ifadeden sonra, dikkati çeken ifadeler de aslında, aynı nitelikte olup, yine hastaların çekingenlikleri ile ilgili ifadelerdir. Dikkat edildiğinde, Tabloda, "fazla öfkelenmeden, hukuki yollardan hakkımı ararım" ifadesi, en düşük oranlardan birini oluşturmakta ve bu ifadeyi dile getirenler içinde, kadınların oranı (%18.2), erkeklerin oranının (%81.8) yaklaşık olarak, dörtte birini oluşturmaktadır. Bu durum, herhangi bir haksızlık anında, bireylerin sosyal pozisyonlarının, onların gösterecekleri tepkilerini, kişiliğin kriterlerinden biri olarak değerlendirilen davranış repertuarlarını ne ölçüde etkilediğini göstermesi açısından, dikkate değerdir. Ancak, bu çaresizlik algısı, bireysel bir biliş olmayıp, sosyal bir problem haline gelmiştir ve bu çaresizlik algılayışının, sadece, depresyonlu hastalara ait olduğunu da zannetmiyoruz.

Bir yanda, sosyal piramidin en tepesindeki insanların yasalara, hukuka karşı keyfi, adaletsiz tutumları, "ben yaptım oldu" tarzındaki davranışları ve işlenen suçlar karşısındaki duyarsızlıkları, nihayetinde, elit tabakaların dokunulmazlıkları, öte yanda, ailelerin, eğitim tarzının baskıcı tutumları, insanların çaresizliklerinin ve çekingenliklerinin siyasal ve toplumsal bir zeminden kaynaklandığını anlamamız açısından dikkate değerdir. Aslında, toplumun, toplumsal sağlığının temelini oluşturan insan hakları konusunda gerek sivil gerekse siyasal alanda yaşadığımız sıkıntılar, çaresizlik zihniyetinin, sosyal ve ruhsal zeminini anlamamız açısından dikkate değerdir.

Nitekim, yönelttiğimiz bir soruda, "Bir haksızlık olması durumunda, hukuki yollardan hakkımı ararım" ifadesini dile getiren hastaların azlığı (%11.0), yukarıda bahsini ettiğimiz çaresizlik zihniyetinin anlaşılması açısından manidardır. Ancak, çaresizlik ve çekingenlikle ilgili bu ifadelerde, erkeklerden ziyade kadınların göze çarptığı görülmektedir ki bu sonuç, aslında, onların, bağımlı ve silik toplumsal konumlarının da bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Bununla birlikte, hastaların sadece, %11'i, sorunlar, haksızlıklar karşısında mücadele yanlısı bir tutuma sahip olduklarını ve bu nedenle de sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. O halde, depresyonda, sadece belirli bir kişilik tipinin risk altında olduğu düşüncesi de tamamen doğru değildir. Bu anlamda, çekingen içe kapanık, sakin olan kişilerin yanı sıra, dışa açık,



girişken, sınırlı kişilerin de hasta olması mümkündür. Yani, bireyler, hangi mizaca, kişiliğe sahip olurlarsa olsunlar, sosyal yapımızın, bir yandan, yeterli iletişim kanallarına sahip olmaması ve uygun çatışma kanalları oluşturup, bunları düzenleyememesi, öte yandan da, bireylerin ihtiyaçlarına veya tahrik edilen arzularına cevap vermemesi nedeniyle, sorunlarının çözümünde, sıkıntı yaşamalarına neden olmaktadır. Yani, sabırlı, çekingen kişiler de sınırlı, aktif olanlar da, uygunsuz iletişim kanallarının, iletişim bozukluklarının, daha doğrusu, ne olursa olsun, değişmeyen sosyal problemlerin kurbanı ve aynı zamanda da yaratıcısıdır. Örneğin, haksızlıklara uğradıkları gerekçesiyle, hukuki yollardan hakkını aradığını belirtenlerle, "nasıl olsa bir şey değişmez" deyip hakkını aramaya lüzum görmediğini belirten memurlar da aynı sonuca, yani, sonuçsuzluğa mahkum olmanın hastalığını çekiyorlardı. Memur olan bir hasta, yapılan yolsuzlukları ve usulsüzlükleri şikayet etmek için yazdığı dilekçeyi, gönderdiği üst düzey yöneticinin, sümen altı ettiğini ve sonra kendisinin bir bahane ile, bu yüzden ceza aldığını ifade ediyordu. Bu hasta, "şikayet dilekçesi verdiğim üst yetkili makamın, bizatihi yolsuzluğu paylaştığını nereden bilebilirdim, "şimdi evimden uzakta ben sefalet çekiyorum, onlar ise aynı tas aynı hamam" diye görüşlerini belirtiyordu. Bir başka hasta ise, sorunlarını çözmek için, başvurduğu avukatın, karşı taraftan para yediğini ve lehine devam eden bir davayı, aleyhine sonlandırdığını söyleyerek, dolandırıldığını ifade ediyordu. Bu sonuçlar, aslında, yabancı olmadığı gerçektir. Bugün, belirli miktarın üstündeki senetlerin, mahkemeler yerine, mafya yoluyla halledildiğini, mahkemelerdeki aşırı yığılmalar nedeniyle, insanların hakkını aramaktan kaçındıklarını ve hatta kuşaklar boyunca devam eden davaların varlığını da biliyoruz.

**Tablo 8: Hastaların Bir Haksızlık Anında Gösterdikleri Davranışların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları**

Bir Kötülük Anında Gösterilen Tepkiler		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Kötülüğe kötülükle karşılık vermek gerekir	Sayı	12	10	22
	%	54,5%	45,5%	100,0%
	%	20,7%	23,8%	22,0%
Kötülüğe karşılık vermeyip sabretmek gerekir	Sayı	20	16	36
	%	55,6%	44,4%	100,0%
	%	34,5%	38,1%	36,0%
Kötülüğün cezasını Allah'a havale etmek gerekir	Sayı	16	11	27
	%	59,3%	40,7%	100,0%
	%	27,6%	26,2%	27,0%
Kötülüğe iyilikle karşılık vermek gerekir	Sayı	10	5	15
	%	66,7%	33,3%	100,0%
	%	17,2%	11,9%	15,0%
Toplam	Sayı	58	42	100
	%	58,0%	42,0%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Handerson, depresyona yatkın kişilik özelliklerini içedönüklük, kendine güven eksikliği, iddiasızlık, sosyal beceri eksikliği, bağımlılık, kaygılanma ve obsessiflik ve karamsarlık nitelikleriyle dile getirmiştir. Depresif kişiliği olanların, yaşama olumsuz baktıkları, kendileri, arkadaşları hakkında aşırı eleştirici, aşağılayıcı yargılara sahip oldukları ifade edilmiştir. Ayrıca, depresyonlu kişilerin, güvensizlik duygularına sahip olduklarından dolayı, küçük başarısızlıklardan, derinden etkilenerek, kendilerini zevk alma yetisinden mahrum bıraktıkları ifade edilmektedir (Koroğlu, 1993: 37).

İnsanın, kendine, başkalarının gözüyle bakabildiğini ve başkalarını da yine, başkalarının bakış açısıyla değerlendirdiğini vurgulayan H. Mead, benliğin, belirli bir iletişim süreci içerisinde oluştuğunu ve geliştiğini belirtir (Cüceloğlu, 1998: 99). İletişim ise, belli bir sosyal ortamda, belli değer ve normlar çerçevesinde geliştiğinden, mevcut değer ve normlarıyla, bireyin içinde yetiştiği ortam ve sınıfsal konum, kişinin kendini nasıl kurgulayacağını ve diğerlerine karşı olan davranışlarını, sorunlar, haksızlıklar karşısında, nasıl tepkilerde bulunacağını belirler. Bu bağlamda, hastaların çare arama davranışları ve kişilikleri ile ilgili olarak sorduğumuz bir soruya cevaben, hastaların önemli bir kısmı (%78.0), yapılan kötülükler karşısında, pasif bir tutumu

benimsediklerini, genelde bu gibi durumlarda, yapılan kötülüğü, Allah'a havale edip, sabır göstermenin ve hatta kötülüğe karşı, iyilikle karşılık vermenin, daha uygun olacağını belirtmişlerdir. Hastaların bu ifadeleri, onların kaderle ilgili bir başka soruda belirttikleri kaderci ifadelerindeki oranlardan çok daha fazla oranda kaderci bir bakışa sahip olduklarını göstermektedir. Olaylar karşısında sabır gösterebilmenin, öfkeyi azaltmanın, depresyon açısından taşıdığı önemi düşündüğümüzde, hastaların beşte birinin (%22) öfkeleri nedeniyle, diğer hastaların ise, benliklerine attettikleri çaresizlik, çekingenlik algıları nedeniyle, ruhsal bir zaaf taşıdıklarını ifade edebiliriz. Elbette, bu son cevap, hastaların kendi durumlarını, kişilik yapılarını tam olarak ifade etmez. Hastaların bu ifadeleri, aslında, bize ideal gibi de gelebilir. Ancak, hastalar, bu cevapları idealde ifade etmişlerse bile, onların bu kanıları, olmak istedikleri ile şu anda sahip oldukları kişilikleri arasındaki uçurumu anlamamız açısından da değerlendirilebilir.

En zararlı öfkenin, bireylerin yakınlarıyla ilgili sorunlarından kaynaklandığını biliyoruz. Bu bağlamda, öfkenin anında, içimize dönebilecek kadar yakında olmasını, yakın aile ve akrabalık bağlarının, benliğimizin içeriğini oluşturacak kadar, belirleyici olmasından kaynaklanıyor olabilir. Çünkü, birey nosyonu, bizde de, tam olarak oluşmamıştır ve aile, yakın akrabalar, bireyin içsel bütünlüğünü oluşturan ana referanslar olarak belirleyiciliğini sürdürmektedir. Bunu, Kim'in, "self" kavamu açısından değerlendirebiliriz. Nitekim, Kim, Korelilerin, "self" kapsamının, id, ego, süper ego gibi kavramlarla sınırlanamayacağını ve onların, ailelerini, hemşerilerini, ölmüş atalarını ve aynı sınıftaki diğerlerini içine alacak kadar, geniş bir kapsama sahip olduklarını belirtir (Güleç, 1999: 7). Aslında, Kim'in kişilikle ilgili bu görüşlerinin, bir ölçüye kadar, toplumumuzdaki modal kişiliğin değerlendirilmesinde kullanılabileceğini söyleyebiliriz. Nitekim birkaç hasta, ailesinin üzülmüne üzüldükleri için hastalandıklarını ifade etmişlerdir.

Hastaların öfkeyle ilgili bu davranışlarının altında, dinin algılanış tarzının, sabırla, kanaatle ilgili değerlerinin etkinliğinin azalmasının da etkisi olabilir. Bunun yanı sıra, onların öfkeleriyle ilgili bu bastırıcı davranışlarının altında, utanma duygularının etkisi de ele alınarak değerlendirilebilir. Brouncek, narsistik patolojilerde, temel duygulanımın, utanç olduğunu belirtir. Ona göre, çocuk, anneden ayrı bir varlık olduğunu fark etmesiyle birlikte, ilk utanç duygusunu yaşar ve annenin olumsuz tutumlarıyla birlikte de bu duyguyu yaşar. Levis, utanç duygusunda, kendilikle ilgili

yetersizlik algısı üzerinde durur. Ancak, bize göre, bu algının temelinde, sosyo-ekonomik ve entellektüel alanlardaki işlevsel yetersizlik vardır. Çünkü, algılanan gerçek kendilikle, idealdeki benlik algısı arasındaki mesafe utanç duygusunu yaratan önemli bir etken olarak yorumlanmaktadır (İşcan, v.d., 1996: 25-27).

**Tablo 9: Hastaların Utanma Duygularıyla İlgili İfadelerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımları**

Hastaların Utanmayla İlgili Duyguları		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Başkalarının ayıplamasından hiç çekinmem	Sayı	5	3	8
	%	62,5%	37,5%	100,0%
	%	8,6%	7,1%	8,0%
Başkalarının ayıplamasından çok çekinirim	Sayı	35	30	65
	%	53,8%	46,2%	100,0%
	%	60,3%	71,4%	65,0%
İnsanlar karşı çıksa da kendi fikrimi sonuna kadar savunurum	Sayı	18	9	27
	%	66,7%	33,3%	100,0%
	%	31,0%	21,4%	27,0%
Toplam	Sayı	58	42	100
	%	58,0%	42,0%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Kendinden utanma, suçluluk duygusu, yetiştirilme tarzının yanı sıra, sosyal kabullenilme konusundaki bakışlardan içselleştirilir. Hastalıkla birlikte, azalan fiziki, entellektüel kabiliyetler, onların yetersizlik düşüncelerini besleyerek, kendilerinden utanma duygularını artırır. Freud, utanma duygusunun, bilinçdışına itilmiş cinsel itkilerin etkisiyle oluştuğunu vurgular. Her ne kadar, kültürümüzün diğer etkilerinin yanı sıra, özellikle, cinsellik konusundaki tutumunun utanma duygularını beslediğini kabul etsek de, bu duygunun, bireyin geçmişteki yaşadığı dönemlerden (oral, fallik, anal) birine gösterilen zıt tepkilerle ilgili olabileceği fikrini, yeterli olarak görmemekteyiz. Buna yönelik olarak sorduğumuz bir soruda, çoğu hastanın (%65), "başkalarının ayıplanmasından çok çekinirim" şeklindeki ifadelerinde de görüleceği üzere, hastaların, diğer insanlardan aşırı ölçüde etkilenmeleri, onların, korkuya varacak kadar, başkalarından utanmalarıyla alakalıdır. Ayrıca, tablonun geneline bakıldığında ve

erkeklerin dış dünyayla daha fazla ilişkili olmalarına karşın, kadınların utanma duygularının, erkeklerin bu konudaki duygularına göre daha fazla olması, kadınların, toplumsal rolleri ve cinsiyet rolleriyle ilgili kültürel yapımızla açıklanabilir. Bu sonuçlar da gösteriyor ki, kişiliğin yapılanmasında, sosyal ve kültürün genel etkilerinin yanı sıra, cinsiyet rolleri de oldukça etkili olmaktadır. Ama, bu ifademizden, sadece, utanma duyguları yoğun olanların depresyona daha yatkın bireyler olduğu fikri çıkarılmamalı. Çünkü, bu konuda herhangi bir sorunları, zorlukları olmadığını belirtenlerin (%35) de, hasta olduklarını unutmamalıyız. Bu anlamda, farklı kişiliklerin toplumsal ve ekonomik durumlarına göre, farklı nedenlerle zorlanabileceklerini ve hastalanabileceklerini ifade edebiliriz.

Ailedeki yetiştirme tarzının ve genel olarak da eğitimin, hoşgörüyü ve telafi etmeye dayalı bir rehberlikten ziyade engelleyici, yasaklayıcı, suçlayıcı, tehdit edici ve nihayetinde ayıplayıcı, bastırıcı ve cezalandırıcı bir mahiyette olması, utanmanın ve yine onunla ilgili bir başka temel kişilik formu olan çekingenliğin altındaki en önemli sebeplerinden biri olarak değerlendirilmelidir. Örneğin, bağımlı olan kişilerin ailelerinden ayrılmaları durumunda ve narsistik kişiliğe sahip olanların da bir hayal kırıklığı anında, hasta olmalarının çok daha olası olduğu bilinmektedir (Ceylan, v.d., 2001: 173). Bu konuda, farklı fikirler vardır. Bazı psikiyatrlar, küçüklükten beri yerleşen kişilik tarzının duygudurum bozukluklarında etkili olduğunu ifade ederek, korkuları olan çekingen kişiliklerin, daha fazla duygudurum bozukluklarına yakalandıklarını belirtmektedirler (Ceylan v.d., 2001: 173).

Bazı araştırmacılar ise, kişiliğin hastalığın bir dışa vurumu olduğunu belirtirler. Örneğin, Kendler ve arkadaşları, 1993'te yaptıkları bir araştırmaya dayanarak, nevrotik kişilik özelliklerinin, hastalık öncesinde yükseldiğini söyleyerek bu değişimi, hastalığın bir yansıması olarak değerlendirirler (Aydemir, 1997: 22-24). Hirschfeld ve arkadaşları ise, bu endişelerle yaptıkları çalışmalarında, içedönüklük açısından depresyonlularla depresyonsuz kişiler arasında, bir farklılık olmadığını bulmuşlardır (Aşkın, 1999: 19). Bunun yanı sıra, kişilik ve duyguların bozuklukları arasındaki ilişki, büyük ölçüde, hastalık anında veya sonrasında, bireylerin ifadelerine dayanılarak çıkarıldığından, kişilikle ilgili hastalık kanılarının yanıltıcı olabileceği de unutulmamalıdır.

**Tablo 10: Hastaların Başkalarıyla İlgili Sorunlarını Çözabilme****Davranışlarının Cinsiyetlere Göre Dağılımları**

Kişinin Başkalarıyla Yaşadığı Sorunlarını Çözabilmesi		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Kişi sorunlarını arkadaşlarına yansıtip onları üzmemelidir	Sayı	30	21	51
	%	58,8%	41,2%	100,0%
	%	51,7%	50,0%	51,0%
Kişi, gerekirse sorunlarını çözmek için arkadaşlarını üzebilmeli	Sayı	5	8	13
	%	38,5%	61,5%	100,0%
	%	8,6%	19,0%	13,0%
Kişi arkadaşları üzülmesin diye kendi isteklerinden vazgeçebilmeli	Sayı	18	11	29
	%	62,1%	37,9%	100,0%
	%	31,0%	26,2%	29,0%
Kişinin arkadaşları üzülür diye kendi isteklerinden vazgeçmesi doğru değildir	Sayı	5	2	7
	%	71,4%	28,6%	100,0%
	%	8,6%	4,8%	7,0%
Total	Sayı	58	42	100
	%	58,0%	42,0%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Bir araştırmada, depresif bireylerin premorbid (öncel) bir kişilik bozuklukları olmadığı, kişiler arası sorunları olan, zayıf benliğe sahip güçlü süper egosu olan herkesin, depresyona yakalanabileceği ifade edilmiştir (Köroğlu, 1993: 32). Depresif bireylerin, genelde, kendileri için değil de, başkaları için yaşayan kişiler olduğu, çeşitli kişilerce bildirilmiştir. Özellikle de, çeşitli sorun anlarında ortaya çıkan bu vefakâr, diğergam zihniyetin, itimadın, güvenin sarsıldığı bu modern dönemde, bireyleri zor durumlara düşüreceğini tahmin edebiliriz. Çünkü, bireylerin yaşadıkları sorunları çözebilmede, yakınlarıyla, diğer insanlarla iletişim kurabilmelerinin, olumsuz da olsa konuşup, tartışmalarının önemli bir yeri vardır. Görüştüğümüz bireylerin %80'ni, "sorunlarını çözmek için, gerektiğinde, arkadaşlarını üzmeyi göze alamadıklarını, özellikle yakınlarının, arkadaşlarının istekleri karşısında, onları üzmemek için veya "ayıp olur" düşüncesiyle, kendi isteklerinden vazgeçtiklerini, "hayır" diyemediklerini belirtmişlerdir. Bu, aynı zamanda, bize, hastaların yaşadıkları iletişim tıkanıklıklarında utanma duygularının ne kadar etkili olduğunu da göstermektedir. "Kişi, sorunlarını çözmek için başkalarını üzmemeli" tarzındaki yargının yanı sıra, arkadaşlığa verilen önemin de bireysel bir zaaf olarak değerlendirmek yerine, güncelliğini yitirmiş bir diğergamlık ifadesi olarak, dini kültürel bir değer taşıdığını belirtmeliyiz. Ancak,



utanma, diğergamlık, vefakârlık gibi toplulukçu değerlerin etkinliğinin, bugün artık, yaşanan kültürel, toplumsal ve demografik değişmelerle birlikte, gittikçe azalacağını ve disfonksiyonel hale geleceğini bekleyebiliriz. Bununla birlikte, kişilik üzerine sinmiş olan bazı değerlerde yaşanan değişmelerin veya bu değerlerin sahip oldukları önemi yitirmelerinin, bozuk bir işlev etkisi yaratarak ruhsal sorunlar yarattığını ifade edebiliriz.

Sartre, iradeye yaptığı vurguyla, her insanın hemen her koşulda, kendini gerçekleştirebileceğini ifade eder. Elbette, sağlam bir kişiliğin, olumsuz olaylar karşısında, hasta olmadan ayakta durabileceğini varsayabiliriz. Ancak, bu kişiliğin oluştuğu zemin, verili bir sosyal ortamdan ayrı, yaıtılmış değildir. Yani, birey, kendi içine kapalı, özerk değildir. Kişilik, birey ile toplumun kesişme noktasını oluşturur. Ancak, sosyal gerçeklik, bireysel gerçeklikten daha derindir. Bu anlamda, insan, sınıfsal, sosyal konumlarından soyutlanarak var olamaz. Bireyin yaşamı, sadece, onun kendi kararlarıyla gerçekleştirdiği bir kurgu değildir. Her toplum, gereksinimlerini, kültürünü sırtında taşıtabileceği bir bireye ihtiyaç duyduğundan, bireysel yaşamın ruhsal temelleri, sosyal yapının işlevselliğini sağlar. Bu itibarla, karakter yapısı, verili bir dönemin sosyolojik yapısının kristalize olduğu bir örgütlenmedir. Bireyin geleceğe bakışı, yaşam sevinci, yaşadığı toplumdaki genel insani koşulların varlığına bağlıdır.

## 5.2. Sosyo-Demografik Özellikler ve Depresyon

### 5.2.1. Yerleşim Yeri ve Depresyon

Hızlı kentleşme, yarattığı birçok sorunla birlikte, ülkemizin değişmeyen gündemlerinden biridir. Sağlık, eğitim, yerleşim, istihdam, ulaşım gibi birçok alt yapı sorunlarını çözmeden, çarpık bir şekilde büyüyen kentlerin, göçlerle birlikte sosyo-kültürel dokusu da zedelenmektedir. Şehirlerimize dikkat edildiğinde, şehir nüfusunun yanı sıra, nüfus yoğunluğu ve çeşitliliği de fazladır. 1950'ye kadar nüfusun %75'i köylerde yaşarken, bugün, yaklaşık, aynı orandaki nüfus, kentlerde yaşamaktadırlar. Elazığ'da, 1990-2000 yılı arasındaki son on yıldaki şehir nüfusu oranlarındaki artış hızının (%30) oldukça yüksek olduğunu söyleyebiliriz (Erkan, 2002: 112-115). Ülkemizde Yüksek Sağlık Şurasının yaptığı bir çalışmada, süratli kentleşme ve artan nüfus nedeniyle, ruh sağlığı sorunlarının gittikçe arttığı, ancak bu konuda herhangi bir çabanın gösterilmediği bilinmektedir (Çelikkol, 2001: 273).

Chance ise, modernleşmenin de etkisiyle, şehir ortamlarında grup bağılıklarından ve grupların katı kontrolünden kurtulan bireylerin, öfkelerini ve karıştıklarını daha kolay dışa yansıttıklarını ve bu nedenle de ruhsal hastalıklara daha az yakalandıklarını belirtir (Cimilli, 1997: 295). Kırsal yerleşim ile kentin kıyaslandığı bir çalışmada, kırsal kesimde yaşamış olmanın, kente göre daha fazla risk etmeni olabileceği ileri sürülmüşse de, ülkemizde şehirde yaşayanların depresyona girme risklerinin, daha yüksek olduğu bulgulanmıştır (Doğan, 2000: 34). Ayrıca, bölgeler bazında ele alındığında da depresyonun en fazla görüldüğü bölgelerin, şehirleşmenin ve nüfus yoğunluğunun fazla olduğu, sanayileşmenin daha geliştiği yerlerde olduğu görülmektedir ( Sağduyu v.d., 2000: 10).

**Tablo 11: Hastaların İkamet Yerlerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı**

Cinsiyet		İkamet Edilen Yer				Toplam
		Köy	İçe	Şehir	B.Şehir	
Erkek	Sayı	9	8	38	3	58
	%	15,5%	13,8%	65,5%	5,2%	100,0%
Kadın	Sayı	5	5	30	2	42
	%	11,9%	11,9%	71,4%	4,8%	100,0%
Toplam	Sayı	14	13	68	5	100
	%	14,0%	13,0%	68,0%	5,0%	100,0%

Göç ile ilgili başlığımızda ele aldığımız gibi, hastaların %62'sinin, bir şekilde göç etmiş olduklarını ve %15'inin de köyden kente göçtüğünü belirtmiştik. Cinsiyet açısından ikamet yerleri oranlarının, hastaların genel cinsiyet dağılımlarına paralellik arz ettiği ve bu anlamda, ikamet yerleri oranlarının cinsiyet açısından dikkat çekici bir farklılık arz etmediği görülmektedir. Hastaların şu anda ikamet ettikleri yerlere bakıldığında ise, bunların %68'inin şehirlerde, %14'ünün köylerde, %13'ünün de ilçede bulunduğu görülmektedir. Görüştüğümüz hastaların önemli bir kısmının, genelde şehrin kenar mahallelerinde, en fazla göç alan kısımlarında buldukları tespit edilmiştir.

Kent yaşamı, bireyler için sosyal bağların, ahlaki değerlerin zayıfladığı bir zemin anlamını taşımaktadır. Aristo, bugün kasaba diyebileceğimiz büyüklüğü aşan şehirlerin, yaşanmaz yerler olduğunu bundan yüzyıllar önce dile getirmiştir. İçerisinde bulunduğumuz çevrenin mimari özelliğinin, insanın sosyal ve ruhsal hayatıyla ilgili belirleyici etkileri olduğu görüşü yeni değildir. Amerika Mimarlar Birliği'nin ödülünü kazanan Pruitt I go, apartman bloklarının, insani ilişkileri bozarak tam bir terör ortamına olanak tanıdığını, çok katlı yapılarıyla kötü, çarpık yerleşim tarzının, insanların psikolojik ve sosyal yönünü olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir. Avrupa ve ABD'de çok katlı binaların alkışlarla yıkılarak yerlerine yataya yayılan konutların inşa edilmesi, fiziki çevrenin insanın ruhsal dengesiyle alakalı olduğu fikrine dayanır. Bu görüşün veciz bir ifadesini J.B. Bakema isimli Hollandalı meşhur mimar, şöyle belirtmektedir. "Mimari tarz, insanoğlunun sosyal davranışının üç boyutlu bir ifadesidir." (Ateşin, 1996 : 65). Mısır'lı bir başka mimar Tawia Fadel de, şehir tasarımı ile sosyal münasebetler üzerine yaptığı çalışmalarında, yerleşim yerlerindeki çok katlı konut sayıları arttıkça, bina sakinlerinin birbirleriyle olan münasebet isteklerinin azaldığını tespit etmiştir.

Kent, sahip olduğu olanaklarıyla, bir çok fırsatı bünyesinde barındırmakla beraber, bu imkanları herkese eşit olarak sunmaz. Göçün temelinde bulunan önemli etkenlerden biri olan şehrin cazibesi, sunduğu imkanlar, birçok bireyin hayal kırıklığının, öfkesinin zeminini oluşturur. İnsanın isteklerini, hayallerini zenginleştiren kent yaşamı, birçok bireyi gerçekten fakirleştirir, arzularının gardiyanlığına zorlar. Guenon, modern kent yaşamının, çekici, birbirinden farklı hedefleriyle, bireyleri farklı veya karşıt yönlere çekmek suretiyle "çoklukta dağıttığını" ve dolayısıyla içten, yönü belli bir hayatı yok ettiğini ifade eder (Sayar, 2000: 84). Ulaşamadıkları ile diğerlerinin sahip oldukları arasında, seyirci kalan çoğu birey, kıt kaynaklar için oldukça güç bir mücadelenin

İNİNDE, ruhsal yapılarını zorlarlar. Pskoanalistlerce, depresyonun altında yatan ego zayıflığının temel nedeni olarak ileri sürülen bölünme de, kanımızca, çelişkili değerleri ve birbirinden farklı kültürel beklentileri ile dayanışmadan yoksun şehir yaşamının yarattığı bir sonuçtur. Kanımızca, kentleri ruhsal hastalıkların yatağı haline getiren de budur. Görüştüğümüz birçok birey, hayat karşısında, geçim sorunu ile düşüp kalkmaktan usandıklarını, ev kiralarnı nasıl ödeyeceklerini, çocuklarının okul masraflarını nasıl karşılayacaklarını, dışarıda okuyan veya asker olan çocuklarına nasıl para göndereceklerini, yarın ne yapacaklarını kara kara düşündüklerini, dramatik bir şekilde belirtmişlerdir. Hatta biri, “Nerede yaşamak isterdin?” soruma, “Şehirde veya köyde, ne fark eder. Bu durumda, yaşamın ne anlamı olabilir ki? Ben doğmuş olmaktan pişmanım” diye karşılık vermiştir. Görüşmelerimiz esnasında, köyden gelenlerin, maddi sorunlarını dile getirmekle beraber, bu sorunlarını şehirde ikamet edenler kadar vurgulamadıklarını, ancak ilçede yaşayanların, bu konuda en az şehirliiler kadar endişe içerisinde olduklarını söyleyebiliriz. Bu durumu anlamak kolaydır. Çünkü, köydekilerin giderleri, şehirdekiler kadar fazla olmamaktadır ve az veya çok sahip oldukları toprak ve hayvanları, gıdalarını temin etmeyi endişe kaynağı olmaktan çıkarmaktadır. Ancak, şehir ve ilçelerdekilerin durumu için aynı şeyi söyleyemeyiz. Ayrıca, şehirdekilerin yanı başlarındaki diğerleri gibi, sürekli tüketmek, başkalarının beğenisine bağlı bir edilgenlikle, satın alarak, artan ihtiyaçlarını karşılama arzuları, onları sürekli olarak baskı altında tutar.

**Tablo 12: Hastaların Yaşadıkları Yerlere İlişkin Düşüncelerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı**

İkamet Edilen Yerde İlgili Düşünceler		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Yeniden doğsam aynı yerde yaşamak isterdim	Sayı	14	19	33
	%	42,4%	57,6%	100,0%
Yeniden doğsam aynı yerde yaşamak istemezdim	Sayı	40	23	63
	%	63,5%	36,5%	100,0%
Kendimi bu şehre ait hissetmiyorum	Sayı	1		1
	%	100,0%		100,0%
Kendimi bu şehre ait hissediyorum	Sayı	2		2
	%	100,0%		100,0%
Toplam	Sayı	57	42	99
	%	57,6%	42,4%	100,0%

Hastaların %63.6'ü, buldukları şehirde bir daha yaşamak istemediklerini belirtmişlerdir. Bu ifadeler, hastaların olumsuz duyguları ile açıklanabileceği gibi, şehirdeki yaşamlarının mutsuz ve sorunlu olmasından da kaynaklanabilir. Tabloya dikkat edildiğinde kadınların, yaşadıkları şehirden duydukları rahatsızlığın, memnuniyetsizliğin oranı (%36.5), aynı yönde açıklama yapan erkeklerin oranının (%63.5), neredeyse yarısı kadardır. Erkeklerin, yaşadıkları olumsuzlukları, bayanlardan daha fazla oranda çevresel etkenler bağlamında algılamaları ve yorumlamaları anlaşılır bir durumdur. Çünkü, bayan hastaların çoğunluğu, ev hanımı olduklarından, yaşamlarının çoğu ev içinde geçerken, erkekler rollerinden dolayı, şehrin iş imkansızlıklarından ve diğer sorunlarından, bayanlara göre daha fazla ve doğrudan etkilenmektedirler.

Öncelikle, kalabalık şehirler, duygusal ve kültürel bağları bulunmayan insanların bir bütünü olduğundan soğuk ve ruhsuzdur; bu nedenle de insanları strese sokar, gerginleştirir. Kalabalık, yoğun ve kozmopolit niteliğiyle kent yaşamı, yüreğinde barındırdığı yoksulluk, şiddet ve diğer çelişkileriyle, bireyin üstünde baskı oluşturur. Şehir karmaşılaştıkça, kentli insan, yeni yeni gruplarla karşılaşır ve bu yeni gruplara uyum sağlamanın zorluğunu yaşar. Farklılaşan roller, kurallar ve bilişsel işlevler olarak kendini gösteren bu çelişki ve baskı, bireyin işleyebileceğinden daha fazla girdi anlamına geldiğinden, şehir insanı, bu ağır bombardımanla başa çıkmak için diğer insanlarla, yüzeysel ve duyarsız bir ilişki içerisine girer. Bireylerin sayısı ile duyarlılığı arasındaki ilişkiyi dikkate alan bir alan araştırmada ise, sayı arttıkça, bireylerin duyarlılığının azaldığı görülmüştür. George Simmel de, kentlilerin ruhsal enerjilerini koruyabilmek için az sayıda insanla tanışıp dostluk kurabileceklerini ve bu insanlarla ilişkilerinde, gayet yüzeysel olduklarını belirtir (Dönmez, 1994: 45-49). Simmel, her ne kadar, düşüncelerini, metropollerle ilgili olarak dile getirmişse de, bahsini ettiği sorunları, bugün, ülkemizin göçlerle dolan şehirleri için de düşünüp değerlendirebiliriz. "Karşıdan karşıya caddenin her geçilmesiyle ekonomik ve sosyal yaşamın, çalışma yaşamının temposuyla ve çoğulluğuyla kent, zihinsel yaşamın duyusal konumları açısından kasaba ve kır yaşantısıyla derin bir karşıtlık oluşturur. Böylece, hiç kuşkusuz binlerce bireysel değişkeni bulunan metropol tipi insan, köklerinden kopacak dışsal çevrenin akımlarından ve aykırılıklarından kendisini koruyacak bir organ geliştirmiş olur. Bu durumda, metropol insanında, metropol yaşantısı yükseltilmiş bir kavrayışı ve aklın üstünlüğünü ön plana çıkartmış olur. Yaşamın formunun kesinliği ve dakik



doğruluğu ile böylece yek vücut olan aynı unsurlar en üst düzey bir kişiliksizlik yapısıyla da yek vücutlar ama bir yanda da en üst kişisel özelliği de teşvik ederler. Zevkin sınırsızca peşine düşüren bir yaşam, kişiyi usanmış hale getirir; çünkü sınırları öyle uzun bir zaman için en güçlü tepkimeyi vermeye tahrik eder ki, sonunda, sınırların hiç biri tepki vermez olurlar. Böylece, yeni duyumlara uygun enerjiyle tepki verme konusunda bir yetersizlik ortaya çıkar.” (Simmel, 1996: 82). Ona göre, kısmen bu psikolojik olgu, kısmen de metropol yaşamının dokun-bırak unsuruyla karşı karşıya kalan insanların güvenmeme hakkı, yaşanan göç ve sosyal değişmelerle birlikte ihtiyatlı olmayı gerekli kılar. Dolayısıyla, bu şehir yaşamının bir sonucu olarak ortaya çıkan ihtiyatlılığın, başka bir deyişle güvensizliğin, genelde, ruhsal bozukluk ve konumuz olması itibariyle de, depresyon üzerindeki etkisinin önemli olduğunu belirtmeliyiz.

Şehir, bu yoğunluk sorununun altından kalkabilmek için bireyleri yabancılaştıran soğuk kurumları zorunlu olarak yaratır. Bu ortam içerisindeki şehirli insan ise, rolü gereği kişiliğinin sadece bir kısmıyla, sosyal ilişkide bulunmak suretiyle, yabancılaşarak varlığını devam ettirmeye çalışır. Şehirlerdeki hoşgörü dediğimiz davranışın altında bu duyarsızlığın etkisi yatar. Ama şehirli, artık diğerlerine yabancı ve diğerlerinin yanında yalnız olmanın farkına varır ki, bu daha önce bahsini ettiğimiz, hastalık yüklü yalnızlıkla, benzeri sonuçlar yaratır. Wirth’in de belirttiği gibi kentliler, birbirleriyle oldukça daralmış, küçülmüş roller içerisinde karşılaşır ve kentli insanın, diğer insanlara bağlılığı, ait olma duygusu çok sınırlıdır (Dönmez, 1994: 55). Bu ortam, şehirli insanın sosyal ilişki kalitesini, içtenliğini ve dolayısıyla da ruhsal hayatını bozar. Şehir, yapısı itibariyle bireyler arasında, kaynaşmaya, dayanışmaya, yardımseverliğe uygun bir ortam sunmaz. Dolayısıyla, şehir, içinde yaşayanlara bu konuda güven vermediğinden, korku ve kuşku kaynağıdır. Bununla ilgili olarak yapılan bir çalışmada, kent sakinlerinin %75’i, anketörlerle, kapıyı açmadan, gözetleme delikleri aracılığıyla ilk teması kurdukları; kasaba sakinlerinin %75’inin ise, tam tersine, kapıyı açarak anketörlerle iletişimde buldukları, tespit edilmiştir (Dönmez, 1994: 52).

Kent yaşamını, doğayla yapılan savaşa insanlar arası bir mücadeleye dönüştüren gelişmeler artan nüfus yoğunluğunun yanı sıra, yerleşim tarzı, farklılaşma, uzmanlaşma ve rekabet bağlamında ele alınabilir. Bütün bunların, bireysel farklılıkları ön plana çıkararak, zayıfları ezen yapısıyla ruhsal ve zihinsel zorlamalardaki etkisi daha iyi anlaşılabilir. Çünkü, şehirler büyüdükçe, beraberinde, bunaltıcı ve ruhsuz ortamlarıyla



bireyin kişiliğini törpüleyen kurumlar da büyümektedir. Birey, kişiliğini koruyabilmek için, eşsiz ve farklı olma arayışlarına girmekte, ancak, şehirlerin anomik ortamlarında bir sayı haline getirilmenin acısını çekmektedir. Bütün bu yabancılaştırıcı deneyimler ise bireyin ontolojik arayışlarını cevapsız bırakarak ruhsal problemlere neden olabilmektedir. Grupların sayısı büyüdükçe, insanların özgürlükleri de muhtemelen daha az baskı altına alınabilecektir. Ancak, bu özgürlüğün bedeli mutlaka olacaktır. İnsanın belli koşullar çerçevesinde, kalabalık şehirler içinde hissettiği aşırı yalnızlığı, bu özgürlüğün öteki yüzüdür. Şehirleri özgürlüğün mekanı yapan bir diğer etken ise kozmopolitliğidir (Simmel, 1996: 87). Halbuki kozmopolit şehirler, içerisindeki insanların neye göre davrandıklarını kestiremediğimiz ve bu nedenle de oldukça güvensiz, anomik ortamlardır.

Bireyselliğin, bağımsızlığın şehirlerde daha hakim durumda olduğu, davranış çeşitliliğinin de bu oranda fazla olduğu, hesaba katılırsa, bireylerin kentlerde daha özgür olduklarını söyleyebiliriz. Ancak bu, kent yaşamına alışık olmayanlar için ciddi bir sorundur. Ayrıca, artan bireysellik nedeniyle, kentli bireylerin, gelecek nesiller için daha az fedakârlıkta buldukları, acil ihtiyaçlarını tatmin etmede, daha sabırsız oldukları için de daha tahammülsüz oldukları ileri sürülebilir. Birçok çalışmada, depresyonun altında yattığı söylenen A tipi kişilik özelliklerinin (rekabetçi, ilerlemeci, başarılı, hırslı, sorumluluk duygusu yüksek olmak...), aslında şehir yaşamının ve mevcut sosyo-ekonomik sistemin bir gereği olduğunu düşünüyoruz. Bu itibarla, ele aldığımız birçok depresyonlu, sabit bir yerden mahrum olmalarıyla, artan ait olma duygusundaki zayıflıklarla birlikte, dayanışmadan uzak, ağırlığı gittikçe artan bireyselleşme, ekonomikleşme yolundaki şehir yaşamına, zayıf mücadele ve rekabet potansiyelleri ile ayak uyduramadıkları için, sorunlu hale gelen yaşamlarının bir sonucu, olarak depresyonu yaşıyorlardı.

Prince ve Murphy, batılı olmayan ülkelerdeki depresyon oranlarındaki artışı, modernleşme sorunlarına bağlı olarak açıklarlar. Modernleşmenin önemli bir ayağını ise, kentleşme oranları oluşturduğundan, kentlerin ruh sağlığı ile ilgisi önemli bir husustur. Modern toplumda bireylerin karamsarlık, duygusuzluk, boşluk ve köksüzlük gibi, bilişsel özellikler taşıdığını vurgulayan Karp, kişiler arası bağların kopmasının ve bireycilik etiğinin, depresyona neden olduğunu ve tedavisinin de, kolektif yaşamın yeniden oluşturulmasıyla mümkün olduğunu belirtir (Cimilli, 1997: 295).

### 5.2.2. Göç ve Depresyon

Coğrafi hareketliliğin, zihinsel rahatsızlıklara yol açan ciddi bir stres etmeni olduğu ve göçmen nüfus içinde psikiyatrik rahatsızlığı olanların, diğer toplum kesimlerinden daha fazla olduğu bilinmektedir (Stora, 1992: 32). Modernleşme ile birlikte sosyal ve coğrafi hareketlilik arttığından, değişen fiziki çevre ile birlikte alışkanlıklarda, sorumluluk ve rollerde değişimler meydana gelir. Bunun sonucunda ise, aşına olunan ve duygusal önemi olan ilişkiler kaybedildiğinden, ruhsal gerilimlerde artmalar olur. Göçle birlikte ortaya çıkan sıla özleminin, hastalıklara neden olduğu konusunda ilk sayılabilecek gözlemler, İsviçreli hekim J. Hoferus tarafından yayınlanmıştır. 17.Yüzyılda bir öğrencinin, köyünden ayrılıp başka bir yere yerleştiğinde, ruhsal ve fiziki yapısının gittikçe bozulduğunu, ancak, tavsiye üzerine köyüne döndüğünde durumunun düzeldiğini anlatan yazar, sıla üzerine hayallerin, söz konusu hastalıklara neden olduğunu belirtmiştir (Teber, 1980 : 134-135). Göçle birlikte, sosyal koşullarda meydana gelen ani değişiklikler, belirsizlik yaratarak, bireylerin geleceğe kuşku ve kaygıyla bakmalarına neden olur. 1950'lerden başlayarak, hızla artan kentleşme olgusu, Türkiye'nin demografik dağılımını ciddi ölçüde değiştirmiştir. 1990 yılında yapılan genel nüfus sayımları sonucunda, ilk kez, halkın %60'ının, artık, köylerde değil, çoğunluğu büyük şehirler olmak üzere, kentlerde yaşamaya başladığı tespit edilmiştir (DİE, 1990: 40-45). Bu durum, sosyal ve kültürel değişimlerle birlikte, birçok sorunu beraberinde getirmiştir.

Sosyal psikoloji araştırmalarında, aşırı veya yetersiz uyarımın, ruhsal bozuklukların oluşmasında önemli bir etkisi olduğu bilinmektedir (TTB İzmir Tabip Odası, 1979: 38). Bu itibarla şehir yaşamı, insanları, derin ilişkilerden yoksun, yalnızlıkla artan bir yetersiz uyarımla, hayat koşullarının zorluğundan ibaret aşırı uyarım arasında bunaltır. Buna paralel bir şekilde, Kâhya da, bireylerin göçle birlikte uyum güçlüğü ve yalnızlık çektiklerini ve bunun bir sonucu olarak da ruhsal hastalıklara yakalandıklarını belirtmiştir (Cimilli, 1997: 297). Aile bağlarından ayrılarak, şehrin ağır ve olumsuz koşullarıyla tek başına mücadele etmenin yorgunluğunu, çilesini, arabesk müziğin yüksek trajik kasetlerinde seslendiren kollektif çığlık, psikiyatride hafif depresyon türü olarak anılmaktadır.

**Tablo 13: Hastaların Çoğunlukla Yaşadıkları Yerlerle, Şu Anda****İkamet Ettikleri Yerlerin Dağılımı**

Yaşamın Çoğunlukla Geçtiği Yer		Şu Anda İkamet Edilen Yer				Toplam
		Köy	İlçe	Şehir	B.Şehir	
Köy	Sayı	11	5	14	1	3
	%	35,5%	16,1%	45,2%	3,2%	100,0%
İlçe	Sayı		6	6	1	13
	%		46,2%	46,2%	7,7%	100,0%
Şehir	Sayı	2		42	1	45
	%	4,4%		93,3%	2,2%	100,0%
B.Şehir	Sayı	1	1	5	2	9
	%	11,1%	11,1%	55,6%	22,2%	100,0%
Yurtdışı	Sayı		1	1		2
	%		50,0%	50,0%		100,0%
Toplam	Sayı	14	13	68	5	100
	%	14,0%	13,0%	68,0%	5,0%	100,0%

Anketimize katılanların %31'i, yaşamlarının büyük bir kısmının köyde, %13'ünün ilçede ve % 45'nin ise, şehirde geçtiğini ifade etmişlerdir. Ancak, hastaların şu anda ikamet ettikleri yerlere bakıldığında, sadece %14'ünün köyde yaşadıkları ve %68'nin ise, şehirlerde ikamet ettikleri görülmektedir. O halde, hastaların yaklaşık %15'nin köyden şehre göç ettiklerini söyleyebiliriz. Ülkemizde, şehirlerin yapısal birçok sorunu bulunmaktadır. Şehirlerin yabancı ortamı, koşturmaya ve rekabet gerektiren hayat tarzı, bireylerin ruhsal yaşamını alt üst edecek mahiyettedir. Bir çalışmada, hayat koşullarının zorluğunun ve sosyal bağların kaybının kronik rahatsızlıklara neden olduğu belirtilmiştir (Baltaş, 2000: 171-173).

Özellikle, durağan nitelikli, bağımlılık ilişkileri yoğun, duygusal ilişkilerin, topluluk hayatının ağır bastığı küçük yerlerden gelen, çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğu bu hastaların, çalışmak için gittikleri büyük şehirlerin karmaşık ortamında, yalnız başlarına oldukça zorlandıkları ve üstelik sadece kendilerinin değil, aynı zamanda geride bıraktıkları kişilerin de bundan oldukça olumsuz etkilendikleri, ifadelerinden anlaşılmaktadır. Örneğin, bayan bir hasta, eşinin soğuk demirci olarak, başka şehirlere, inşaatlarda çalışmak için sürekli gitmesinden dolayı, sıkıntılı olduğunu belirtmiştir. Göçle birlikte bireyler, çevreleriyle iletişim sorunu yaşayabilir, ayrımcı bir muameleye maruz kalabilirler. Bu durumun, sadece ruhsal rahatsızlıklara değil, mide, kalp ve somatik rahatsızlıklar gibi, ciddi sorunlara neden olduğu ifade edilmektedir



Ayrıca, genel olarak bakıldığında, hastaların %62.0'nun herhangi bir sebeple göç ettikleri veya ikamet yerlerini değiştirdikleri görülmektedir. Hastaların %21'i iş bulma amacıyla, %7'si terör, %8'i tayin-atama ve %6'sı ise, sürgün nedeniyle göç ettiklerini belirtmişlerdir. Görüştüğümüz hastalar içerisinde, serbest işçi ve işsizlerin büyük bir kısmının, iş bulmak amacıyla büyük şehirlere gidip bir zaman orada çalıştıkları, sonra da tutunamayınca, memleketlerine geri döndükleri, bazısının da halen çalışmak için il dışına gitmeye devam ettikleri gözlemlerimiz arasındadır. Ekmeğini kazanmak için oradan oraya savrulan bu insanların, ne düzenli bir aile hayatları ne de güven duyabilecekleri bir gelecekleri vardı. Bu insanlar, bir anlamda yersiz yurtsuz insanları andırıyorlardı. Büyük şehir yaşamına yabancı olan bu insanların, mevcut ekonomik ve sosyal koşullar içinde, eğitimsizlikleriyle yeterli bir iletişim kurmaları, haklarını arayıp, ihtiyaçlarını giderebilmelerinin zor olduğu tahmin edilebilir. Çünkü, bu insanlar belli bir yerde istikrarlı bir yaşam kurabilecek imkanlardan yoksunlardır. İş kaybının, işsizliğin yüksek olduğu bu göçebe yaşamlarının, sadece bu hastalarda değil, ailelerinde de ciddi problemler doğurarak, aile huzursuzluklarına neden olduğu bellidir.

Terör nedeniyle, yerlerinden yurtlarından ayrılmak zorunda kaldıklarını belirten hastaların durumunun ise, daha kötü olduğu söylenebilir. Çünkü, bu insanlar, mecburen göç ettiklerinden, kendilerini hazır hissetmedikleri bir şehir hayatının ağır sorunlarıyla, oldukça dezavantajlı bir durumda bulmuşlardır. Köylerinden terör nedeniyle zorunlu olarak göç eden dul bir bayan, çocuklarıyla şehrin ücra bir mahallesinde yaşamaya çalıştıklarını, ama, il dışında, baraj inşaatında çalışan oğlunun işten atılmasıyla birlikte, 50 milyona oturdukları evin kiralalarını bile aylardır ödeyemediklerini ve bu nedenle de sıkıntıda olduğunu ifade etmiştir. Bunun yanı sıra, aynı bayan hasta, yanında duran kızını kastederek, "kızımın çeyizini bile hazırlayamamışken oğlumu neyle evlendireceğim, nasıl geçineceğiz? ..." diye dert yanmaya devam etmiştir.

Tıpkı, ölümden olduğu gibi, ayrılık sonrasında da bilinçaltında bir suçluluk, yönü belirsiz bir öfke, bireyi rahatsız edebilir. Çağrışımlarla çalışan zihin dünyamızda, ayrılığın, ölümü çağrıştıran bir yönü vardır. Elazığ'ın, "ölüm Allah'ın emri, ayrılık olmasaydı" dizeleriyle ünlü bir türküsünde olduğu gibi, ölüm ile ayrılık arasında kurulan ilişki, cemaat insanının, folklorla sinmiş bilinçaltını yansıtan, ruhsal bir gerçeğidir. Levy Bruhl'a göre, toprağından ayrılan herkes, topluluğundan da ayrılmış olur. Ölür ve kendi toplumunun geleneksel ölüm törenine hak kazanır. Topluluğun ruhu



toprakla özdeşleşir. Dolayısıyla, bağışlanmayan sürgün cezası, gerçekte ölüm cezası gibidir (Paz, 1999: 224).

Gerçekten de sürgün nedeniyle göç etmiş olan hastalar, haksızlığa uğrama düşüncesinin de etkisiyle, öfkeyle karışık çaresiz bir ruh halini yansıtıyorlardı. Bir anlamda, öfkeleri içlerine dönerek kendilerini yakmaktadır. Sürgün nedeniyle yerlerinden ayrılanların bir kısmı, ideolojik ayrımcılığa maruz kaldıklarını, bir kısmı yönetici ile kişisel geçimsizlik nedeniyle, bir kısmı ise, usulsüzlüğe ve yolsuzluğa göz yummadıkları için bu duruma düştüklerini belirtmişlerdir. Bunun dışında, bir öğretmen ise, köydeki bir toprak meselesinde, muhtarın isteği doğrultusunda, şahitlik yapmayı kabul etmediği için köy muhtarının etkisiyle, sürgün edildiğini belirtmiştir. Bu, gerçekten ilginç bir durumdur. Bunun yanı sıra, sürgün olanların, belirsizlik durumu sürdüğü için ve buldukları yerler mahrumiyet bölgeleri olduğu için evlerini taşımadıklarını, haliyle, yalnızlıktan, ailelerinden uzakta olmalarından, aile huzurlarının bozulmasından dolayı sıkıntıda olduklarını belirtmişlerdir. Yalnızlık duygusu, göç edenlerin en önemli problemlerinden biridir. Çünkü, uzun süreli yalnızlıkların, yetim-öksüz olma hissi uyandırdığını söyleyebiliriz. Yalnızlık duygusu temelde, dışında kaldığımız veya geri dönmek için hissettiğimiz derin bir yer, yurt özlemidir. Anketimizde de görüleceği gibi, göç eden hastaların %34.9'u, göçten sonraki en önemli problemlerinden birisi olarak, "yalnızlık" ve "yabancılaşma" işaretlemiştir. Ayrıca, göç edenlerin %20'sinin, göçten sonraki en önemli problemlerinden birisi olarak "maddi sıkıntıları" belirtmeleri, onların ruhsal sıkıntılarını ve yalnızlıklarını anlamamızda, önemli bir unsur olarak göze çarpmaktadır.

Göçle birlikte ortaya çıkan sorunlardan biri de kimlik bunalımıdır. Ayak uydurulması güç, sosyo-kültürel değişimlerle birlikte, yaşanan coğrafi hareketlilik, farklı toplumsal grupların, birbirlerini özümsemelerini oldukça güçleştirir. Kimlik duygusunda, sosyal değerlendirme ve kabullenilme algısının büyük bir önemi vardır. Birey, topluluğundan uzaklaşmanın etkisiyle, kopmuş olmanın kaygılarını ve özlemle karışık suçluluk duygularını, yeni çevresine adapte olmakta çekeceği güçlüklerle birlikte yaşar. Ayrıca, yalnızlık korkularının, uyum güçlüğü ve güvensizlikle birlikte bulunduğu, bireyin alışageldiği sosyal fiziki çevrelerinden ayrılmaları ile birlikte, ortaya çıktığı ifade edilmektedir (Çorapçıoğlu, 1998: 22). Bu itibarla, yaşanan kimlik sorunlarının ve kimlik direncinin, kendini ruhsal sorunlar olarak gösterebileceği ifade



edilmektedir (Öztürk, 1996: 185-190). Çünkü, yeni bir çevreye adapte olmanın, ait olmanın zorluğu, diğer insanlarla aralarındaki mesafe, taşralı insan için hayatın katlanılmaz veya boş olduğu anlamına gelebilir. Ayrıca, göçmenlik sadece yerleşimde değil, kimliklerimizde de görülmekte; ve Osmanlı kimliğinden ulusal kimliğe, ulusal kimlikten batılı kimliğe, dinsel kimlikten laik kimliğe geçişin yarattığı çeşitli çatışmaların ve sorunların, ruhsal yaşamda olumsuz etkileri söz konusudur (Öztürk, 1996: 185-190). E. Fromm, hiçbir şeyin, insanları ortak olarak paylaştıkları, yaşadıkları duygular kadar birleştiremediğini söyler. Dolayısıyla yalnızlık algısı, değerlerin sarsılması ve farklılaşması ile yakından alakalıdır. Çünkü, mevcut kurallar, yasaklar ve değerler, bireylerin etrafında birlik oluşturup duygusal bağlarını oluşturan ortak noktalardır. Hızlı değişim ise, bu ortak noktaları sarsar. Dolayısıyla, sorun, değişimin iyi veya kötü olmasından ziyade, bizzat değişimin kendisidir. Depresyonlu hastalarda görülen en önemli problemlerden biri olan, “kararsızlığın” da aslında, yalnızlık gibi değerlerdeki bu sarsılmanın veya farklılaşmanın bir sonucu olduğunu söyleyebiliriz. Örneğin, bir akrabasına kefil olmanın bedelini, mal varlığıyla ağır bir şekilde ödeyen orta yaşın üzerindeki bir hasta, “yani şimdi biz kimseye güvenmeyeceğiz, iyi olmayacağız ve kimseye de inanmayacağız, öyle mi?” deyip duruyordu. Bir başka hasta ise, ortağı tarafından dolandırılmanın etkisiyle, hastaneye düştüğünü ifade ediyordu. Bütün bunlar ortak değer yargılarının, etkinliğini yitirmesinin, bireylerdeki hayal kırıklığını ve yabancılaşmayı anlamamıza yardımcı olur mahiyettedir.

Göç süreci içinde, saptanan kimi davranış bozukluklarının, nedeni bilinmeyen hastalıklardan çok, insanların, yaşadıkları toplumsal-ekonomik koşullarının değişmesi, iş süreci içindeki konumlarının, yaşamlarının bir bütün olarak güvenceli olup olmaması gibi, belli bir tarihsel, toplumsal koşullarla ilgili olarak ortaya çıkabilen görünümle olduğu sanısı güçlenmeye başlamıştır. Sadece, göçlerde değil geçici görevler nedeniyle yapılan yer değişikliklerinden dolayı da ruhsal sağlıkta bozulmaların olduğu belirtilmektedir. Sözgelimi, askerlik görevi icra edilirken de, benzer durumlar görülebilmektedir. Aslında, söz konusu olan, insanların alışık oldukları yerlerden, davranış ve değerlerden uzaklaşmalarıdır. İnsanların, özellikle, aidiyet hissettikleri yakın sosyal çevrelerinden uzaklaşarak, birdenbire, herhangi bir sebeple, karmaşık diyebileceğimiz yeni sosyal ve ekonomik ilişkiler içine girmeleri, çoğu kez hastalık nedeni olabilmektedir.

### 5.2.3. Yalnızlık, Ayrılık ve Depresyon

Tarih boyunca insanlar, hep topluluklar halinde yaşamışlardır. Bu nedenle, insanın sosyal bir varlık olduğu gerçeği, onun en önemli özelliklerinden biri olarak hücrelerine kadar işlemiştir. Yalnızlığın, en derin ruhsal gerçekliklerimizden biri olması, insanın toplum içinde yaşamak istemesinin, ruhsal sebeplerinden biridir. Çünkü, yalnız olduğunun, doğadan ayrı olduğunun bilincinde olan ve kendini yoksun olduğu bir başkası aracılığıyla gerçekleştirmek için bir eş veya arkadaş arayan tek varlık insandır. Anne karnında, bütünü bir parçası olarak, sarılıp sarmalanmayı, sınırsız bir hazzı yaşayan çocuk, korku dolu bir deneyimle, anne karnından ayrılmıştır. Bu nedenle, O. Rank, insanın her zaman anne karnındaki sorumluluktan uzak, ilk hazzı aradığını ve anneden ilk ayrılışla beraber yaşadığı, yalnızlık kaygısını, bilinç altında taşıdığını belirtir. Ona göre, kaygılarımızın kaynağı olan yalnızlığımız, doğduğumuz günden başlayarak, bize suçluluk verir (Rank, 2001: 57-58).

Doğduğu andan itibaren hayal kırıklığı yaşayan insan, anne rahminden ayrılırken, aslında o evrensel bütünlükten, birlikten de koparak, yalnız ve tek başına kalmanın derin acısını hisseder. Bu nedenle, her ayrılık ve her yalnızlık, ilk duygusal acı yaşantılarımızı geri çağırarak bir deneyim anlamına gelir (Fromm, 1998: 5). Yalnızlık, ben kimliğini düzenleyen, ait olma duygusunu erittiği için, ruh sağlığına zararlıdır. Zack tarafından yapılan bir çalışmada, yalnızlığın mutsuzluk, keder, korku, öfke ve gerginlik gibi duygulara neden olduğu belirtilmiştir (Çorapçıoğlu, 1998: 23). Son dönemlerin en çok tanınan psikoanalistlerinden biri olan İ.Yalom da, aynı temaya değinen yazılarından birinde, benlik kaygısının “ben” ile birlikte aşk, dostluk ve aile ilişkileri gibi, “biz” duygusu sağlayan birliktelikler içinde eriyebileceğini ileri sürmektedir (Yalom, 1999: 19).

Kültürün, ruhsal bozukluklara etkisinin incelendiği bir araştırmada, eskimolardaki yalnızlık yaşantısının, ruhsal bozukluklara yol açtığı bulgulanmıştır (Pfeiffer, 1996: 251). Bir başka çalışmada ise, yalnızlığın, sosyal ilişkilerdeki azalmanın, benlik değerini düşürerek strese neden olduğu ifade edilmiştir (Cirhinlioğlu, 2001: 33-36). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, yalnızlıkla depresyonun birbirleriyle korelasyon içinde olduğu, birbirleri ile nedensel bir ilişki içinde olmasalar bile, başlangıçları itibariyle, ortak bir zemine sahip oldukları söylenmektedir.

**Tablo 15: Daha Önce Ailesinden Ayrı Kalan Hastaların  
Cinsiyetlerine Göre Dağılımları**

Geçmişte Ailesinden Ayrı Kalanların Birlikte Kaldığı Kişiler		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Amcasının yanında	Sayı		2	2
	%		100,0%	100,0%
Ninesinin yanında	Sayı		5	5
	%		100,0%	100,0%
Yalnız	Sayı	29	3	32
	%	90,6%	9,4%	100,0%
Diğer	Sayı	3	2	5
	%	60,0%	40,0%	100,0%
Toplam	Sayı	32	12	44
		100,0%	100,0%	100,0%

Harowitz ve arkadaşları, depresyonun, yalnızlığın prototiplerinden birçoğunu içeren geniş bir kavram olduğunu belirtmiştir. Onun yaptığı bir çalışmada, yalnız bir kişinin, depresif olarak tanımlanma olasılığının, %45, depresif bir kişinin yalnız tanımlanma olasılığının ise %29 olduğu gösterilmiştir (Çorapçıoğlu, 1998: 23). Görüştüğümüz hastaların %44'ü, hayatlarının bir döneminde, iki ile on yıl arasında değişen bir yalnızlıklarının olduğunu belirtmişlerdir. Özellikle, hemen hemen tümünü, erkeklerin (%29) oluşturduğu bu hastalar, 16-17 yaşlarından itibaren, çalışmak için evlerinden, ailelerinden ayrılarak, yalnız başlarına kaldıklarını ifade etmişlerdir. Bu hastalar içerisinde, bazıları, aileleriyle yaşadıkları sorunları nedeniyle, evden uzaklaştıklarını, bazıları da, buldukları yerde eğitim olanakları olmadığı için, okumak amacıyla, ortaokuldan itibaren yurtlarda veya tek başlarına tuttıkları evlerde yalnız kaldıklarını ifade etmişlerdir. Ruhsal sorunlar yaratan bu yalnızlık deneyimlerinin, bireylerin kendi tercihleri olmakla birlikte, bunda, modernleşmenin, coğrafi, sosyal hareketliliğin artmasının önemli bir etken olduğunu söyleyebiliriz.

**Tablo 16: Hastaların Şu Anda Birlikte Kaldığı Kişiler**

Şu Anda Birlikte Kalınan Kişiler		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Yalnızım	Sayı	8	2	10
	%	80,0%	20,0%	100,0%
Çocuğumla/Çocuklarımla	Sayı		4	4
	%		100,0%	100,0%
Eşim ve çocuklarımla	Sayı	31	15	46
	%	67,4%	32,6%	100,0%
Annem, babam ve çocuklarımla	Sayı	6	7	13
	%	46,2%	53,8%	100,0%
Sadece eşimle	Sayı	3	3	6
	%	50,0%	50,0%	100,0%
Eşimin ailesiyle	Sayı	1	7	8
	%	12,5%	87,5%	100,0%
Annem veya babamla	Sayı	3	3	6
	%	50,0%	50,0%	100,0%
Ailem ve anne- babamla	Sayı	5		5
	%	100,0%		100,0%
Kardeşlerimle	Sayı	1	1	2
	%	50,0%	50,0%	100,0%
Toplam	Sayı	58	42	100
	%	58,0%	42,0%	100,0%

Yine bununla ilgili olarak, 27. soruya cevap veren hastaların %10'u, şu anda yalnız yaşadıklarını, belirtmişlerdir. Yakın ilişkiler kurup, sürdürebilmenin, depresif belirtilerde azalmaya yol açtığı ve bu konudaki sorunların ise, ruhsal problemler yarattığı yönünde birçok bulgu vardır (Demir v.d., 1995: 243-244). Ancak, bu bulgularda, yalnızlığın, genelde bireylerin kendi kişilikleriyle, becerileriyle ilgili olduğu anlayışı, daha ağır basmaktadır (Özmen, 1995: 339). Halbuki, sosyal, ve ekonomik şartlar, bireyleri bu yönde bir eğilime mecbur etmektedir. Dolayısıyla, bu kişilerin yalnızlıkları, sosyo-ekonomik konumlarının bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Nitekim, Kuiper ve arkadaşları, olumsuz yaşam olayları neticesinde, bireylerin yalnızlığı, sapkın bir yol olarak, bir başa çıkma metodu olarak, tercih ettiklerini belirtmişlerdir (Karaca, 1996: 27). Örneğin, fakirliğin, bireylerin sosyal desteğini azaltan, bir yalnızlık riski taşıdığını söyleyebiliriz. Baskil'i bir hasta bunu, "düşenin dostu olmuyor" ifadesiyle dile getiriyor. Yine, yukarıda da değindiğimiz gibi, bazı hastaların, aile sorunları ve göç etmeleri neticesinde, iletişim becerilerinin azaldığı söylenebilir. Ancak, belirtilmesi gereken bir başka husus da, taşra bölgelerinde

geleneksel değerlerin etkisiyle yetiştirilen bu hastaların, yoğun grup bağılıkları ve itaatkâr eğitim tarzları nedeniyle, aile bağlarından yeterince ayrışamadıkları, anne-çocuk bağlarındaki duygusal bağılıklarından kopamadıkları ve yeterince bireyselleşemedikleri için de, herhangi bir ayrılık durumunda, kaygılarının yüksek olması beklenebilir (Arkonaç, 1999: 139). Bowlby, hayatının erken evresinde, uzun süre annesinden ayrı kalan çocukların, ömür boyu sürecek bir depresyon geliştireceğini belirtse de, yaş konusunda kesin bir kriter belirtmemektedir. Bizim araştırmamızda da 12 hasta, çocuk veya ergen denebilecek bir yaşta, ailesinden uzakta bir yakınının yanında uzun süre kaldıklarını belirtmişlerdir. Ancak, araştırmamızın başlangıcından itibaren, hastalara bu yönde bir soru yöneltmediğimiz için, bu hastaların hangi yaşlarda ve ne kadar süre ile ailelerinden ayrı kaldıklarını ayrıntılarıyla ele almadık. Örneğin, yalnız olduğunu anlatan bayan bir hasta, ailesi tarafından, çocukları olmadığı için, amcasına evlatlık verildiğini öğrendiği yaştan itibaren, bu duruma, hep içlendiğini ve daha sonra da amcası ile kavga edip, küserek kendi evine döndüğünü, ancak, amcası öldükten sonra da yanına gitmediği için, hep vicdan azabı çektiğini anlatmaktadır.

**Tablo 17: Yakınlarından Ayrı Olan Hastaların  
Cinsiyete Göre Dağılımları**

Ayrı Olunan Kişiler ve Nedenleri		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Kardeşim, çalışmak için	Sayı	5	1	6
	%	31,3%	11,1%	24,0%
Çocuğum, ilk eşimde	Sayı	5	4	9
	%	31,3%	44,4%	36,0%
Çocuğum, çalışmak için	Sayı	1	2	3
	%	6,3%	22,2%	12,0%
Çocuğum, okumak için	Sayı	2	2	4
	%	12,5%	22,2%	16,0%
Çocuğum, askerlik için	Sayı	3		3
	%	18,8%		12,0%
Toplam	Sayı	16	9	25
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Annelerinden erken yaşlarda ayrılan çocukların, ruhsal hastalıklara yakalanma risklerinden başka, bir de, araştırmamızda gördüğümüz gibi, çocuklarından ayrılmak

zorunda kalan ebeveynlerin, bu ayrılıklar nedeniyle ruhsal sıkıntılar yaşayabileceklerini ifade edebiliriz. Görüştüğümüz bazı hastalar, Tabloda gördüğümüz gibi, şu veya bu şekilde çocuklarından ayrılmak zorunda kalmalarından dolayı, sıkıntılar yaşadıklarını, özellikle de, eşlerinden boşandıktan sonra, çocuklarından ayrılmak zorunda kaldıklarını belirten birkaç annenin, bu olaydan sonra, hissettikleri suçluluk ve özlem duyguları, gerçekten, içler acısıydı. Aile yaşamındaki çözümlerin, değerlerdeki bozulmaların, bu tür ayrılıklar doğurması, beklenir bir sonuçtur.

Deprese hastaların yalnızlıkları ile arkadaş sayısı, düzenli arkadaş ve aile ilişkileri arasında, ters bir korelasyondan bahsedilmektedir (Çorapçoğlu, 1998: 23). Görüştüğümüz hastaların yalnızlıkları da, subjektif bir algı veya doğuştan gelen kişisel bir özellik olmayıp, yaşadıkları yıpratıcı olaylarla, güvensiz sosyal ilişkilerin bir niteliğidir. Hastanelerdeki görüşmelerimiz sonucunda, hastaların rahatsızlıklarının temelinde, diğer insanlarla olan sosyal ilişkilerde yaşadıkları, hayal kırıklıklarının büyük bir payı olduğunu söyleyebiliriz. Bu bağlamda, hastaların, diğer insanlarla yaşadıkları sorunlardan dolayı, ileride benzeri bir hayal kırıklığı yaşamamak için yakın sosyal ilişkilerden uzak durup, yalnız kalmayı veya bu konuda yeterli bir çaba sergilememeyi tercih ettikleri söylenebilir. Çünkü, bireyler genelde, çölde yaşamak için su biriktiren kaktüsler gibi, başkalarıyla ilgili olarak hissettikleri kuşku ve güvensizlikle başa çıkabilmek için çevrelerine diken örerek, içlerine kapanırlar.

**Tablo 18: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Arkadaşlık İlişkilerinin Dağılımları**

Arkadaşlık İlişkileri		Cinsiyet		
		Erkek	Kadın	Toplam
Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım vardır.	Sayı	14	9	23
	%	60,9%	39,1%	100,0%
Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım yoktur.	Sayı	17	16	33
	%	51,5%	48,5%	100,0%
Arkadaşlık ilişkilerim olumsuz yönde değişti.	Sayı	27	17	44
	%	61,4%	38,6%	100,0%
Toplam	Sayı	58	42	100
	%	58,0%	42,0%	100,0%



Örneğin, anketimizde yer alan 52.soruya cevap veren hastaların %33'ü, sevinç ve kederlerini paylaşabilecekleri bir arkadaşlarının olmadığını, %44'ü ise, arkadaşlık ilişkilerinin olumsuz yönde değiştiğini belirtmişlerdir. Bu soruya paralel olarak da, hastaların %51'i, insanların çoğuna güvenmediklerini, %38'i ise, insanların hiçbirine güvenmediklerini belirtmişlerdir. Bu sonuçlarda da görüleceği gibi, hastaların sosyal ilişkilerde uğradıkları bozgun, onlarda reddedilmişlik, değersizlik, yetersizlik ve hayal kırıklığı oluşturmuştur ki, bu duygular, yalnızlığın altında yatan önemli sebeplerdendir.

Bir başka gözlemimiz de hastaların, hastanede bulunmaktan dolayı, kendilerini yalnız hissettikleri, yakınlarının kendilerini görmeye pek gelmedikleri, yönündeki şikayetleriydi. Yalnızlığın, çeşitli değişkenlerle ilişkisi üzerinde yapılan çalışmalarda, yalnızlığın kadınlarda, erkeklerden daha fazla olduğu yönünde bulgular bulunmaktadır (Çorapçıoğlu, 1998: 22). Anketimizde, kadın hastaların (%29.3), erkek hastalara (%38.1) nazaran daha az arkadaşlık ilişkilerinin olması, kadınların sosyal imkanlarının, sosyal desteklerinin daha az olmasıyla; erkek hastaların, son zamanlarda arkadaşlık ilişkilerinde, bayanlardan daha fazla sorun yaşamaları ise, yine aynı sebeple, bayan hastalardan daha sosyal olmalarıyla açıklanabilir. Yani, erkekler, gerek işleri ve gerekse rolleri nedeniyle, daha fazla sosyal oldukları için, yaşadıkları arkadaşlık sorunları da daha fazla olmaktadır. Bizim çalışmamızda ise, eşi vefat etmiş yaşlı bayanlarda ve boşanmış 7 bayan hastada yalnızlık sorunu tespit edilmiştir. Ancak, hastaların geçmişleri de dikkate alındığında, genel olarak çalışmak için başka yerlere gitmeleri nedeniyle, erkeklerin kadınlara göre, kadınların ise boşanmaları veya eşlerinin vefatı nedeniyle, erkeklere göre, daha fazla yalnızlık çektiklerini söyleyebilirim. Ayrıca, erkek hastaların, düşük sosyo-ekonomik seviyeleri, işsizlikleri, onların yalnızlığını açıklamamızda önemli bir faktör olarak yorumlanabilir.

### 5.3. Sosyo-Ekonomik Özellikler ve Depresyon

#### 5.3.1. Sosyal Sınıflar ve Depresyon

Sosyal sınıf kavramı, üretim süreci içerisinde, belli bir yeri işgal eden, aşağı yukarı aynı geliri ve sınıf bilincini paylaşan, benzer eğitim ve kültüre sahip bireyler topluluğunu ifade eder. Ancak, araştırmamızda, sahip olduğu belirsizliklerden dolayı, sınıf kavramını sadece, araştırmamızdaki ekonomik ve sosyal birtakım kıstaslara göre, hastalar arasında alt, orta, üst gibi ayrımları ifade etmek için izafi bir tamlayan olarak kullanmayı uygun gördük. Stres araştırmaları üzerine yazılarıyla bilinen Dahrend ve E.M.Hall gibi yazarların da ifade ettiği gibi, toplumsal tabakalaşma tarzı, ruhsal hastalıkların yapısal bağlamını anlamada oldukça önem taşır. Depresyonla, sosyo-ekonomik faktörler arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalarda, çelişkili bulgular vardır.

Kültüre özgü farklılıkları ele almadığı için eleştirilen, 1970'li yıllardaki bazı çalışmalarda, depresyonun, yüksek statülü meslek çalışanlarında, daha çok görüldüğü ve yoksul ülkelerde ise, depresyonun görülmediği ifade edilmiştir. Daha yakın zamanlarda yapılan çalışmalarda ise, yüksek statülü mesleklerde çalışanların, ruhsal açıdan daha sağlıklı olduğu belirtilmektedir (Belek, 1993: 20). Bebbington ise, yaptığı bir çalışmada (1978), sosyo-demoğrafik etmenlerle, depresyon arasında bir ilişki olmadığını belirtmiştir. Karp ise, A.B.D' deki çalışmasında (1996), depresyonun yoksulluk, işsizlik ve eğitimsizlikle ilgili olduğunu tespit etmiştir (Cimilli, 1997: 293).

Kapitalizm, özel teşebbüse dayalı olarak, kârı maksimum düzeye çıkarmayı hedeflediğinden, bu sistemde rekabet, üretim sürecinin temel bir faktörü olarak değerlendirilir. Bu nedenle, kapitalist toplumdaki hiyerarşik örgütlenme, bireyleri başarı, statü ve prestij mücadelesine yöneltir. Ancak, rekabet sadece iş ilişkilerinde değil, insanlar arasındaki ilişkilerde de önemli bir davranış kalıbı olduğundan, prestij, statü, kâr kaybı veya kayıp ihtimali, bireylerde korku ve endişe yaratır. Artan statü ve prestij, sağladığı tatminlerle, bir meta gibi değerlendirilebilir; çünkü bu, markalı bir araba, lüks bir yaşam anlamına gelir.

**Tablo 19: Hastaların Gelir Düzeylerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı**

Hastaların Gelir Durumu		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
100 milyon ve aşağısı	Sayı	3	3	6
	%	50,0%	50,0%	100,0%
	%	5,2%	7,1%	6,0%
101- 200 milyon	Sayı	8	12	20
	%	40,0%	60,0%	100,0%
	%	13,8%	28,6%	20,0%
201-300 milyon	Sayı	11	10	21
	%	52,4%	47,6%	100,0%
	%	19,0%	23,8%	21,0%
301-400 milyon	Sayı	16	11	27
	%	59,3%	40,7%	100,0%
	%	27,6%	26,2%	27,0%
501-600 milyon	Sayı	6	1	7
	%	85,7%	14,3%	100,0%
	%	10,3%	2,4%	7,0%
601 milyon ve yukarısı	Sayı	4	2	6
	%	66,7%	33,3%	100,0%
	%	6,9%	4,8%	6,0%
Geliri yok	Sayı	10	3	13
	%	76,9%	23,1%	100,0%
	%	17,2%	7,1%	13,0%
Toplam	Sayı	58	42	100
	%	58,0%	42,0%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%

İki sosyolog Norman Brodbom ve David Caplovitz, yaptıkları bir araştırmada, birçok veri içerisinde, mutluluğu, en çok etkileyen faktörün, gelir durumu olduğunu tespit etmişlerdir (Cole, 1999: 23). Bu durumda, her şeyin garantisi olmasa da mutluluğun, ruh sağlığının asgari şartı, geçim yapabilecek bir gelire sahip olmaktır. Tabloda da görüleceği gibi, hastaların %74'ü, açlık sınırının altı olarak kabul edilen, 400 milyon ve daha altı bir gelire sahiptirler. Görüşmelerimizde, kendilerini değersiz olarak gören ve yaşamaya layık olmadıklarını belirten hastalar, bu duygularının sebebi olarak, ailelerinin ihtiyaçlarını karşılayamamalarını göstermişlerdir. Hastalığın, bireyden bireye değişen, subjektif bir karakteri vardır. Bazı insanlar, aynı gelir seviyesinde olmalarına rağmen, hastalık karşısında farklı tutumlar sergileyebilirler.

Ancak, aynı gelirden olanların, farklı zihniyet ve değerleri, sosyal gerçekleri, dengeleyicileri olduğu unutulmamalıdır.

Bu konuda yapılmış birçok çalışma, kendilerini hasta olarak tanımlayan insanların, hasta davranışı sergilediğini göstermiştir. Bu çalışmalarda, beklentilerinde başarısızlığa uğrayanların veya kendilerini öyle hissedenenlerin, bu durumlarını hasta rolüyle meşrulaştırma yoluna başvurdıklarını göstermektedir. Yani, sanıldığı aksine, bazı insanlar, hasta oldukları için sosyal rollerini ihmal etmekten ziyade, bu rollerini yerine getiremedikleri için, kendilerini sağlıklı hissetmekte veya gerçekten hasta olmaktadır. Burada ifade edilen, bu insanların numara yaptığı falan değildir. Bilakis, bu tür hastaların, içinde buldukları hastalıklı sosyo- ekonomik düzey, onları, böyle bir eğilime yöneltmektedir (Cole, 1992: 29-33).

Bunun dışında, ayrıca, anksiyete ve kaygı verici durumların eşiği de, kişiden kişiye değişmektedir. Bazı araştırmacılar, kişinin toplum içindeki konumunun, stres verici olayları algılamasında ve onlardan etkilenmesinde belirleyici bir unsur olduğunu ifade etmişlerdir (Stora, 1992: 41). Gerçekten de, bireyin bulunduğu sosyal statü, onun için tecrit edici bir konumu dayatabilir. N. Beyin durumunu açıklarken, " düşenin dostu olmaz" ifadesinde olduğu gibi, statü kaybı, sosyal çevrenin koruma duvarının dışına itilmek riskini taşır. Bundan dolayı, alt tabaka, en az değer gören ve sadece hastalık yükü açısından değil, marjinalleşme riski açısından da, en fazla risk gruplarını bağrında taşır. Statü, kendine saygının önemli bir kaynağı olarak aynı zamanda, benlik bilincinin bir parçası olan özlem düzeyini belirlediğinden, statünün, hayal kırıklığı üzerindeki etkisini anlayabiliriz. Birey statüsü ile özdeşleştiğinden, sosyo- ekonomik düzeyle ruh hastalıklar arasında ters bir korelasyon olduğu ifade edilebilir.

Birçok hasta, yoksulluğun, evine yiyecek, giyecek götürememenin, ev kirasını ödeyememenin, çocuklarının okul masraflarını karşılayamamanın kendilerine çok ağır geldiğini ve başkalarına muhtaç olmaktan, borçlu gezmekten utandıklarını söyleyerek, bu şekilde yaşamaktan usandıklarını vurgulamışlardır. Prestij ve üstünlük ihtiyacımızla beslenen reklamlardan da anlaşılacağı gibi, statü, ister öznel, ister nesnel anlamıyla olsun, bireylerin bir şeylere sahip olup olmamalarına göre artıp azalabilmektedir (Duhm, 1996:140). Gelir ve başarı, hem iş hayatındaki ve hem de sosyal ilişkilerdeki anahtar işlevinden ötürü, toplumsal prestijin önemli kaynaklarından biridir. Para ve prestij, yüksek değişim değeri olan başarıya karşılık olarak kazanıldığından,

başarısızlık veya kaybetme korkusu, ciddi bir ruhsal travma kaynağı oluşturur. Ama, neden kaybetme veya üstünlük arayışındaki bir engel bireyde, bu kadar yıkıma neden olabiliyor? Bir kaybı, sadece, psikoanalitiğin yas çağrışmaları kapsamında değerlendirmek veya köksüz içsel çatışmalarda aramak, elbette, mümkün değildir. Bu konuda, çeşitli olaylara verilen anlamın, tarihsel ve kültürel değerler bağlamında değerlendirilmesinin uygun olacağını sanıyoruz.

Bireyler, birbirleriyle kurdukları ilişkilerde, sosyal normların yanı sıra, aralarındaki sosyal mesafeye dikkat ederler. Bu mesafe, bireyler arası güvensizlikleri besleyen önemli bir zemin sağlar; çünkü, sosyal tabaklaşma, dengeleyici bir din veya ideolojik anlayışın da yokluğuyla bireylerin karşılıklı ilişkilerinde, birbirlerine yabancılaşmalarını, sınırlar çekmelerini ve düşmanca duygular hissetmelerini sağlayan bir çittir. Dolayısıyla, sürekli başkalarınca belirlenen öznel değer bu değişken niteliği, duygusal tutarlılığımızı bozma riski taşır. Nasıl ki, üst ben, diğer insanların içe yansıtılması ile somutluk kazanıyorsa, benlik imajımız da, sosyal tabakadaki yerimize göre, diğerlerinin bakışları dolayısıyla edinilir. Sartre'ın deyimiyle, ilke olarak, başkası, bana bakan kimsedir.....İmkanlarının saklı ölümü... Görülmüşlüğüm, beni böylece, benim olmayan bir özgürlüğe karşı koyamayacak bir varlık olarak oluşturur. Bu anlamda, başkasına görüldüğümüz kadarıyla kendimizi, köleler olarak kabul ederiz (Duhm, 1996: 141).

**Tablo 20: Hastaların Eğitim Durumlarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımları**

Cinsiyet	Eğitim Durumları							
	Okur yazar değil	İlk okul mezunu	Orta okul mezunu	Sadece okur yazar	Lise veya dengi meslek okul mezunu	Üniversite / Y.Okul mezunu	Toplam	
Erkek	Sayı	1	20	10	3	16	8	58
	%	1,7%	34,5%	17,2%	5,2%	27,6%	13,8%	100,0%
Kadın	Sayı	9	16	3	2	9	3	42
	%	21,4%	38,1%	7,1%	4,8%	21,4%	7,1%	100,0%
Toplam	Sayı	10	36	13	5	25	11	100
	%	10,0%	36,0%	13,0%	5,0%	25,0%	11,0%	100,0%

Sosyal statü, belli tüketim alışkanlıkları, eğitim ve gelire bağlı olarak değişen, statü sembolleriyle kendini belli eder. İnsanların kendilerine saygı duyabilmeleri, en azından,

toplumsal saygı kaynaklarına sahip olup olmamalarına bağlıdır. Bu anlamda, sosyal statüyle de ilgili olmak üzere, bireyin, diğerlerinden göreceği sevgi ve saygı, onun ruhsal sağlığı için oldukça önemlidir. Eğitim seviyesinin yüksekliği, bireylerin kendilerine olan güvenlerinde, yasal ve yasal olmayan sorunlar karşısında, alternatifler geliştirmelerinde, oldukça önem taşır. Bunun yanı sıra, modern dönemde, okumaya verilen değer bir sonucu olarak, eğitim seviyesi, bir statü ögesi olarak değerlendirilir. Görüştüğümüz hastaların önemli bir kısmı, sadece, gelir seviyeleri açısından değil, aynı zamanda, geldikleri aile kökenleri ve Tabloda da görüleceği gibi, eğitim seviyeleri açısından da, alt sınıfa mensup bireylerdir.

İnsanların, diğerlerinin bakışına olan bağımlılıkları, onları, prestijlerini yükseltme konusunda gerilime sokar. Bireylerin diğer insanlardan üstün olma amacıyla sınıf atlama isteğinin altında da, bu duyguların önemli bir etkisi olduğu söylenebilir. Öncülüğünü, Adler'in yaptığı bireysel psikoloji, üstün olma çabasını, aslında, insanlara tahakküm etme güdüsünün bir sonucu olarak, ruhsal hastalıkların temelindeki duygu olarak görür. Evrimsel bakış açısını savunan bilimsel çevrelerin, oldukça aşına olduğu bu üstünlük arayışı, Adler'in ileri sürdüğü gibi, doğuştan gelen bireysel bir olgu olmaktan çok, sosyal tabakalaşma sisteminin bir fonksiyonudur (Adler, 1997: 50).

Gerçekten de, Adlerci bir perspektifle de olsa, bu üstünlük ve tahakküm duygusunun, sosyal yapının bir tümleyicisi olduğunu görmemek mümkün değildir. Bütün içsel çatışmaları, kaygıları, travmaları düzenlemeye çalışan savunma mekanizmaları, psikolojik yaklaşımlar, sanıldığı gibi aksine, toplumun kültürel ve toplumsal işleyişince belirlenir ve sonuçta, bir toplumdaki yaşamı karakterize eden sosyal tabakalaşma tarzı, rekabeti, sömürsü ve tahakkümüyle bu belirleyicilikte, üstüne düşen hayati rolü yerine getirir. O halde, sonuç olarak, ruhsal hastalık, dengesiz bir tabakalaşma ve kontrolsüz kapitalizm için fonksiyoneldir diyebiliriz.



**Tablo 21: Hastaların Son Zamanlarda Yaşadıkları Ekonomik Problemlerin Cinsiyetlerine Göre Dağılımları**

Cinsiyet		Son zamanlardaki Ekonomik Problemler					
		Bir problem olmadı	Aşırı borçlanma	İşlerdeki kötü gidışat	Para sıkıntısı	Dolandırılma	Toplam
Erkek	Sayı	13	14	6	14	10	57
	%	22,8%	24,6%	10,5%	24,6%	17,5%	100,0%
	%	56,5%	63,6%	60,0%	42,4%	100,0%	58,2%
Kadın	Sayı	10	8	4	19		41
	%	24,4%	19,5%	9,8%	46,3%		100,0%
	%	43,5%	36,4%	40,0%	57,6%		41,8%
Toplam	Sayı	23	22	10	33	10	98
	%	23,5%	22,4%	10,2%	33,7%	10,2%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Durkheim, orta sınıftaki insanların, alt sınıftaki insanlardan daha mutlu olduğunu söylediğinde, orta sınıfın hayat koşullarının, alt sınıftan daha iyi olduğunu kastediyordu (Durkheim, 1992: 245-250). Tabloda da görüldüğü gibi, hastaların, gelir durumlarına paralel olarak, yaşadıkları ekonomik sıkıntılar, onların yaşadıkları zorlukları anlamamız açısından önemlidir. Türkiye 'deki gelir dağılımı bozukluğu, maalesef, bozukluk olmaktan çıkmış, adaletsiz bir uygulama haline gelmiştir. Bir tarafta, oldukça yüksek gelire sahip olanlar, diğer yanda, asgari ücretliler ve işsizler. Neredeyse, orta sınıfın çöktüğü, böyle sosyal bir yapıda, gerçekten de, insanların ruhsal yapıları sağlıklı olamaz. Eğitimsizlik, işsizlik, gelir düşüklüğü gibi, birbiriyle ilgili sorunlar, hem yaşam koşullarındaki ve hem de sağlık hizmetlerine ulaşmadaki engellerin başını çekmektedir.

WHO, 1996'daki raporunda, sosyo-ekonomik dengesizliklerin ve eşitsizliklerin, sağlıkta görülen eşitsizliklerin en önemli kaynaklarından biri olduğunu belirtmiştir (WHO, 1996: 170-171). WHO'nun böyle bir sonuca ulaşmasında; sağlığı, kişinin bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden, tam iyilik hali olarak tanımlamasının önemli bir etkisi vardır. Çünkü, her an geçim derdiyle yatıp kalkan bir toplumun, ne ruhsal ne de sosyal bir iyiliği söz konusu olamaz. Orta çağ dizgesindeki toplumsal dengeye karşılık, günümüzün hızlı toplumsal hareketliliği, sadece, birkaç kişinin ulaşabileceği ödüller

için, birçok insanın çılgınca çırpınıp durduğu bir devingenliğe sahiptir (Fromm, 1990: 102).

Gerçekten de, aşağı ve yukarı doğru, sosyal hareketliliğin yüksek oluşu, bireylerin durumlarına adaptasyonunu güçleştirir. Sanayileşmiş büyük kentlerde yapılan bazı araştırmalarda, statüsü yükselen bireylerin bile, bu hızlı değişim nedeniyle, stres ve koroner hastalıklara yakalanma risklerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Stora, 1992: 28). Elbette, orta çağ insanının da servet peşinde koşmadığını, hırs sahibi olmadığını söyleyemeyiz. Ancak, bu durumu dengeleyen ve eleştiren bir ahlak baskısı olduğundan, bu duyguların, bireyler için rahatsızlık vermediğini varsayabiliriz (Ülgener, 1983: 128).

Ancak, modern zamanlarda eşitlik, ilerleme ideali ve demokratik diğer haklar, bu hedeflere ulaşamayanların hayal kırıklığını tahrik eden potansiyeller olarak, bireylerin beklentilerine eklenmiştir. Lerner'in şehirleşme kuramında belirttiği gibi, diğer faktörlerle birlikte, artan kitle iletişimi ve empati düzeyi, düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip bireylerin, kendilerini, diğerleriyle kıyaslayıp, kötü hissetmelerine neden olan mekanizmayı anlamamızda, önemli bir rol oynamaktadır. İnsanlar arasında eşitlik idealini yaratmanın bir yolu, insanlar arası dayanışmadan geçmektedir. Birlik, beraberlik, güven duygusunu besleyen dayanışma duygusu ise, buna ait değerlerle, insanlar arasındaki ortak paydaların genişliğine bağlıdır. Çünkü, bireylerin diğerleriyle özdeşim kurabilme kapasiteleri, sahip oldukları benzerlikten etkilenir. Halbuki, sınıfsal uçurumlar, bu tabanı ciddi bir şekilde oymaktadır. Bu durumda, ahlaki değerler zayıflayınca, insanlar arasındaki dayanışmanın yerini, menfi çatışmalar almakta ve hukuk sistemi de, bu çatışmaları düzenleyemediğinden, menfaat, yaşayış ve zihniyet farklılıkları, sosyal huzuru bozma riski taşımaktadır (Güngör, 1995: 113-155). "Neyim eksik başkalarından, neden başkaları gibi ben de, çocuğuma hazır bez kullanamıyorum" diyen N. olgusunda da görüleceği gibi, aslında beklentileri belirleyen, üst sınıfla olan özdeşleşme ve kıyaslamalardır.

Reklamlarla pohpohlanan sınıfsal çelişkiler, içinde bulunulan durumu sorun olarak algılamamın temelinde bulunmaktadır, yoksa, sanıldığı gibi, bizatihi yoksulluk sorununun kendisi, kendinden menkul bir sorun değildir. Yani, sorun, bizim neye sahip olamadığımızdan öte, başkalarının neye sahip oldukları ile ilgilidir. Başkaları ile kıyaslayarak edindiğimiz "ben değeri", verili bir kültürel, ekonomik standartların sonucunda oluşur. Neyin, kimin kötü durumda olduğunu belirleyen, etiketleyen

standartlar, o durumu taşıyanların kendilerini kötü durumda algılamalarını belirler. Birey, bu tabakalaşma tarzı içerisinde, nerede olursa olsun, kişisel anlamda derin bir bölünmeyi yaşar. Kovel, sınıf farklılıklarının, başlangıçta, bireylerin birbirlerine yabancılaşmalarına, daha sonra da içselleştirilerek, kendi kendilerinden kopmalarına neden olduğunu belirtir. O'na göre, benlik, bir kez, ötekilerden koptuğunda, kendi bedeninden ve doğadan da uzaklaşır. Nesnel yaşamın doğrudan uzantısı olan bu bölünme, parçalanma, kapitalist üretimi beslediği oranda, bireyin nevrozunu da besler. Sınıfsal çatışmaları düzenlemeye çalışan bürokrasinin, aşırı büyümesi gibi, ruhsal hastalık da, bölünmüş benliğin, aşırı içsel çatışmalarını düzenleme çalışmalarının bir sonucu olarak artmaktadır (Kovel, 2000: 89-90).

Statü, bireyin, toplum içinde yerine getirdiği rolle yakından alakalıdır. Sosyolojik anlamda rol, bireyin, ceza verme yetkisini elinde bulunduran diğerlerinin beklentilerine göre tanımlanır. Daha iyisi olmak için gösterilen çabayı, kapitalist ekonomi bağlamında, diğerlerinin beklentileri dolayımında anlayabileceğimizi söyleyebiliriz. Gerçekten de, bireyin, iç ve dış beklentilerinin yüksekliği karşısında, sahip olduğu potansiyellerinin yetersizliği, birey için ciddi bir risktir. İlerleme ideali, sınıf atlama şeklinde ortaya çıktığından, alt tabakada olanlar bir yana, durumlarını daha fazla iyileştiremeyenlerin bile iyi olmadıkları, geri gittikleri algısına sahip olmaları doğaldır. Çoğu mükemmelmci depresif hastanın, aslında, kendi alanlarındaki birçok kişiden daha iyi olmalarına rağmen, yeterince başarılı olmadıkları için kendilerini sert biçimde eleştirip depresyona girmelerinin altında da, kanaatkârlıktan yoksunlaştıran üretim tarzıyla kapitalist sistemin artan beklentileri vardır.

Freud'un dediği gibi, uygarlık, zaten, belli bir bastırma sonucunda gerçekleşmiş ve belli bir bastırmayı da, varoluşu açısından, zorunlu olarak uygular. Ancak, bu baskı, sınıfsal uçurumu keskin olan toplumlarda oldukça fazla olduğundan, toplumumuzda olduğu gibi, ruhsal hastalıkların artışı kaçınılmazdır. Çünkü, bilinç dışına bastırılmış arzularımızın, toplumca kabul edilmiş kültürel hedefler (din, sanat, spor) olarak yüceltilememesi, yerlerine yeni ikame nesnelere bulunamaması, depresyonun sebeplerinden biri olarak yorumlanabilir. Adler, sınıf bilincinin, aşağılık hissinden kurtulmayı arzulayan, duygulanımsal bir temele dayandığını belirtir. Bu fikre dayalı olarak, marksist bazı düşünürler, proteleryanın sınıf bilinci arttıkça, aşağılık hissinden kurtulmak için bile olsa, durumlarını kader olarak benimsemeyeceklerini belirtir

(Jakoby, 1996: 48). Halbuki, hastalık nosyonu geliştikçe, hastaların, durumlarını kader olarak değil de, hastalık olarak şematize etmeleri söz konusudur. Bu anlamda, genelde, ruhsal hastalıkların ve konumuz olması itibariyle de depresyonun, alt tabakaların bilincini körelten, fonksiyonel bir hastalık olduğunu söyleyebiliriz.

Ülken'e göre bolluk, refah, şan, şöhret, gösteriş merakı, sadece, bugün değil, Ortaçağda da üst sınıfın önemli özelliklerinden biri olmuştur. Osmanlı'da alt tabakadan üst tabakaya tırmanmayı, güç ve ihtişam arayışının sebebi olarak yorumlayan Ülken, Orta çağda, sosyal tabakalara paralel bir şekilde, ahlak kaidelerinin şekillendiğini ve aşağı tabakalara inildikçe de, katı bir ahlaki yapılanmanın göze çarptığını belirtir. Ülken, zenginlik arayışına karşıt olarak, kanaatkârlık ahlakının da, buna paralel bir şekilde üst sınıflarda gevşek, alt sınıflarda yaygın bir katılığının olduğunu, ancak, çözülme dönemiyle birlikte, sabrın, kanaatkârlığın, çalışma zorunluluğundan ötürü, kârcı bir zihniyetle çatışmaya başladığını belirtir (Ülgener, 1983: 97). Çünkü; biri, hırsla dayanan kârla; öteki, sabra dayanan bir kanaatkârlıkla güdülenir. Ona göre kanaatkârlık ahlakı, orta çağın çözülme döneminde zayıflamış ve mutasavvıflarda bile, zengin olmaya yönelik tiksintinin yerini, yükselmek isteyenlere açık kapı bırakan, düşünceler almıştır (Ülgener, 1983: 103). Kanaatkârlığın, sabrın, insanları, buldukları sosyal pozisyonu kabullenip, sınıf atlamayı gereksiz kıldığı ve üretim tarzının da bu ahlaka uygun olarak, kapalı olduğu bir yapıda, sadece, siyasi sistemin değil, aynı zamanda, bireylerin de hallerinden razı olacaklarını tahmin edebiliriz. Halen, bazı kimselerde etkisini gördüğümüz bu bakış tarzının, hızla değiştiğini, artan beklentilerin, bireylerin durumlarını kabullenmede zorlanacakları bir yapıda, ruhsal hastalık riskinin de oldukça fazla olacağı, tahmin edilebilir. Değişen üretim tarzı ve ahlaki yapı sonucunda, bireylerin duyguları da bundan nasibini almıştır. Yoğunluğu gittikçe artan, karmaşıklaşan hayat, değişen değer yargıları ile birlikte, kendini realize etmektedir. Artan farklılaşma neticesinde, çatışan çıkarlarıyla, bu kadar rekabetçi, parçalı bir toplumsal yapı, belki de, tarihte ilk kez ortaya çıkmıştır. Bu farklılık, diğerleriyle özdeşleşmeyi engelleyerek kışkırttığı kavurucu bir kıyaslama neticesinde, ruhsal hastalık, özellikle, alt sınıflarda tanısını bekler. Ülken'e göre, nasıl ki acelecilik, sabır gerektiren sanat ve zanaatla uyuşmazsa, kanaatkârlık da bugünkü ekonomik yapının hızlı üretim- tüketim kalıbıyla uyuşmaz. İşte bundan dolayıdır ki, beklentilerin tatmin edilememesi, eskiye nazaran, bugünün bireylerinde daha yaralayıcı olup, telafisi de o ölçüde zor olmaktadır. Bu da, bizi, başta alt sınıflar olmak üzere, modern insanların,

**maddi açıdan durumları daha iyi olmalarına karşın, ruh hastalığına yakalanma risklerinin, atalarına göre, daha fazla olduğu sonucuna götürmektedir.**



### 5.3.2. Meslek, Çalışma Ortamı ve Depresyon

Tregald'a göre, kişiyi çalışmaya yönelten etkenlerin başında, kişisel etmenlerin yanı sıra, ait olma, kendini belirtme, sorumluluk, yeterlilik, düzen, sahip olma, maddi gelir kaygısı ve grup morali gibi duyguların önemli bir yeri vardır (Çelikkol, 2001: 17-29). Maya'nın çalışmaları ile artık, çalışan adamın, bir makine olmadığını, çalışma ortamının, çalışanlar arası ilişkilerin, hayati bir öneme sahip olduğunu biliyoruz. Çalışma, insanı bağımsız ve sosyal bir varlık haline getiren bir etkinliktir. Öncelikle, bireylerin hem iş hayatlarının hem de özel yaşamlarının tatmini, yaptıkları işin, kişiliklerine ve kendi isteklerine uygunluğuna bağlıdır. Bu anlamda, iyi olmayan çalışma atmosferinin, bireylerde ruhsal hastalıklara neden olabileceğini tahmin edebiliriz. Gerçekten de, hekimlerin, hasta kayıtlarının önemli bir kısmını işyerindeki kişiler arası ilişki sorunları oluşturmaktadır. O halde, çalışma, sadece kârın doyurma aracı anlamına gelmeyip, ruh sağlığı açısından da önemi yadsınamayacak bir terapi ortamı anlamına gelebilmektedir. Birey, çalışmak suretiyle, diğer insanlarla birlikte olup, doğaya, nesneye üstün olup, izini bırakmanın, bir anlamda yaratıcılık duygusunun tatminini yaşar. Bireyin toplumsal yeri, yaptığı işle yakından alakalıdır. Prestij, itibar sahip olunan gelir miktarıyla, mesleğin toplumdaki yerine bağlıdır. Mesleğe itibarını kazandıran ise, nihayetinde toplumun meslek çeşidine verdiği, değer ve önemdir. Goldhorpe ve Kornhauser, otonomi ve yeteneğin düşük olduğu mesleklerin bu mesleklerdeki bireyler için düşük ihtiyaç tatmini anlamına geldiğini ve bunun da düşük özgüven hissine sebep olarak, yaşam tatminini ve ruh sağlığını olumsuz etkilediğini belirtmiştir (Newton v.d.,1997: 40).

**Tablo 22: Hastaların Mesleki Dağılımları**

Meslekler	Sayı	%
Memur	22	22,0
Serbest İşçi	6	6,0
Kamulçisi	9	9,0
Esnaf	4	4,0
Ev Hanımı	35	35,0
Emekli	6	6,0
Çiftçi	5	5,0
İşsiz	9	9,0
Diğer	4	4,0
Toplam	100	100,0



Yaptığımız araştırmada, hastaların %35'ini, ev hanımları, %22'sini memurlar ve %9'unu ise, işsizler oluşturmaktadır. Ayrıca, hastaların %9'unun, iyi gelire sahip olan kamu işçilerinden ve %6'sının ise, maddi olarak çok kötü durumdaki serbest işçilerden oluştuğu görölmektedir. Araştırmamızda göröleceği gibi, en fazla depresyon oranı ev hanımlarında görölmektedir. Ruhsal hastalıklarda, iş durumları açısından ev hanımlarının diğer mesleklerden fazlalığı, çeşitli araştırma bulgularıyla da desteklenmektedir. Görüştüğümüz bayan hastaların, olumsuz herhangi bir durum karşısında, ekonomik ve sosyal güvencelerinin olmayışı, bağımlı, yalnız, toplumsal konumları gereği, bazen değersiz, hatta kötü muameleye tabi olmaları ve dış dünyaya olan yabancılıkları gibi nedenlerle hastalandıklarını söyleyebilirim. Her şeyden önce, çeşitli kaynaklarda ev kadının, ev işlerinden çocuk bakımına kadar uzayan rutin iş sorumlulukları nedeniyle, risk altında oldukları ifade edilse de, benim görüştüğüm bayanlarda, bu konuda bir sorunlarının olmadığını, ancak bu sorunun, hastalık nedeniyle iş yapamama şeklinde hastalık sonrasında ortaya çıktığını ve evdekilerin hasta durumlarını dikkate almadan, fazla beklenti içerisinde olmalarından dolayı, sıkıntı çektiklerini ifade etmişlerdir. Buna paralel olarak, görüştüğüm bayan hastaların önemli bir kısmının da, yeterli bir desteğe sahip olmadıklarını ve aile içinde, kendilerine yönelik soğuk, kaba tavırlar nedeniyle kendilerini tükenmiş hissettiklerini rahatlıkla söyleyebilirim. Benzer şekilde, çeşitli kaynaklarda da tükenme ile aile yapısı ve sosyal destek arasındaki ilişkilere ait bulgular vardır (Torun, 1995: 49).

Her ne kadar depresyon genelde, aile bazında analiz edilse de, ailenin daha geniş bir bağlamdan, ait olduğu sınıftan ayırt edilerek ele alınmasının doğru olmayacağını düşünüyorum. Alt tabakaya mensup ailelerden gelen hastaların, daha iyi iş bulmaları hususunda, üst tabaka bireylerinden daha şanssız olmaları ve halen alt tabakada bulunmaları, dikkate değerdir. Kadınların hastalıklarının, eşlerinin iş yaşamındaki sorunlarından ve düşük statülü pozisyonlarından etkilenmediğini söyleyemeyiz. Kadınların, aileleri ile olan yüksek bütünleşme, empati düzeyleri de onlar için hastalık sebebi olabilmektedir. Örneğin, birkaç bayan hasta, çok net bir şekilde, hastalıklarının sebebi olarak, eşlerinin iş durumlarındaki problemlerini ve eşlerinin buna üzülmelerine üzülmekle, hastalandıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca, modern dönemlerle birlikte, iş ve aile hayatının ayrılması, farklılaşan eş rollerinin, aile üyelerinin birbirlerini anlamalarını güçleştirerek, aile uyumsuzluğunu etkilediğini söyleyebiliriz.

Araştırmamızda, hastalar içerisindeki oranları itibariyle, en yüksek ikinci meslek grubu olarak, memurları görüyoruz. Memurlar, ast üst ilişkileri içerisinde bulunmaları, yaptıkları işin mahiyeti, yönetime, alınan kararlara katılımlarının olup olmamaları itibariyle, önemle değerlendirilmeleri gereken bir meslek grubunu oluşturmaktadırlar. Ülkemizde, zaman zaman maalesef yöneticilerin doğru dürüst yönetim bilgisi almadan partizanca nedenlerden veya torpil, hatırla işbaşına getirildiği öteden beri bilinen bir durumdur. Bu ve benzeri olumsuz uygulamalar, yukarıda beklentileri sıralanan uygun iş atmosferi için elbette ciddi bir sorundur. Bu nedenle bazı hastaların, farklı bir siyasi görüşe sahip oldukları için veya yöneticisiyle şahsi anlaşmazlıklardan ötürü, ayrımcı bir muameleye maruz kaldıkları, geçici görevlerle bir yerden bir yere sürüldükleri, kötü şartları olan yerlerde görevlendirilip, sürgün edildikleri yönündeki serzenişlerini, öznel yargılar olarak değerlendirmemek gerektiğini düşünüyorum. Önemli bir kısmını, infaz koruma ve memurların oluşturduğu bu sekiz hastanın, haksızlığa uğramanın verdiği öfkeyle karışık duyguları, görülmeye değerdi. Görüştüğümüz hastalardan mesleklerini serbest işçi olarak tanımlayanların, daha sonraki ifadelerinden de anlaşıldığı gibi, uzun zamandır işsiz olduklarını hesaba kattığımızda, aslında %15'lik oranlarıyla, işsiz olanların ciddi bir oranı oluşturdukları söylenebilir.

Türkiye'de, yapısal sorunlar nedeniyle, sigorta ve çalışma güvenliği, bir türlü istenilen ölçü ve standartlarda sağlanamamıştır. Bu nedenle, görüştüğümüz hastalarda olduğu gibi, çalışma güvencesi olmayan işçiler için, işten çıkartmalar, ücret kesintileri ve işsiz kalma gibi sorunlar, en önemli üzüntü kaynağını oluşturmaktadır. Dolayısıyla, sanıldığı aksine, bu hastaların nevroitik kaygı ve korkularının, irrasyonel olmayıp, tamamen gerçek temellere dayandığını söyleyebiliriz. Krech ve Crutchfield, işletmelerde yöneten yönetilen arasındaki ilişkinin ana teması olarak, gerilim ve çekişmelere dikkat çekerek, gelirin kötü dağılımının, hemen hemen herkeste güvensizlik ve kuşku duygularına neden olduğunu belirtmiştir (Çelikkol, 2001: 30). Gerçekten de ülkemizde, gelir dağılımı bozukluğunun ve gelir yetersizliğinin, insanlar arasında bölünmelere, kin ve nefrete neden olduğunu söylemek mümkündür. Dar gelirli mesleklere mensup hastaların, geliri yüksek diğer meslek gruplarına karşı olumsuz duygular içerisinde olduğunu ve hatta durumlarının sorumlusu olarak da neredeyse, bu kimseleri gördüklerini söyleyebiliriz. Bununla ilgili olarak, yapılan bir çalışmada da gelir düzeyi arttıkça, toplulukçu değerlerin önemini kaybettiğini, bireysel doyumun da artarak diğerlerine olan ilginin azaldığı belirtilmiştir (Torun, 1995: 49-67). Halbuki,

hastalar örneğinde olduğu gibi düşük gelir ve düşük mevki de, diğerlerinin kendisine olan ilgisinde, azalmaya neden olduğundan, yalnızlık hissine ve destekten uzak olmasına neden olmaktadır.

Ayrıca, bazı hastalar, işlerini sıkıcı ve rutin olarak değerlendirdiklerini dolayısıyla yaptıkları işleri, tatmin edici bulmadıklarını belirtmişlerdir. İşyeri iklimi, çalışanın zamanının büyük bir kısmını oluşturduğundan, bireyin diğer kişilerle olan ilişkilerini de önemli ölçüde belirler. Bireyin işi üzerinde sahip olduğu kontrol imkanının, yaptığı işe kendisinin ve diğerlerinin verdiği değer önemli olduğunu düşünüyoruz. Ayrıca, kişinin kendini geliştirme ve ifade etmede, yaptığı işin önemi büyüktür. Çünkü, kişisel başarı duygusunun yetersizliği, sürekli emir alarak, kontrol edemediği sorunlardan dolayı, eleştirilmesine zemin hazırlayan iş ortamları, bireyde, işe yaramazlık algısı yaratarak, tükenme hissine neden olur. İş ortamındaki güvensizlik, mesafeli tavırlar, katı kurallar, çalışanların iş sıkıntılarının başında gelir. Özellikle infaz korumaların, diğerlerine karşı olan mesafeli, güvensiz tutumlarının, onların ruhsal hastalık açısından, riskli bir kesimi oluşturduklarını rahatlıkla söyleyebiliriz. Memurların yaptıkları işlere baktığımızda, tamamen rutinleştirilmiş, monoton, beceriye, terfi ve gelişmeye kapalı; hatta işçi gibi bir topluluk ismine sahip olmanın vereceği birlik duygusundan da yoksundur. Bu anlamda, yapılan iş stressiz bile olsa, memurluğun, bireyi güdülemeyen yapısı, sorun oluşturmaktadır. Özellikle hizmetli, düşük dereceli memur ve infaz koruma memurlarının durumu, bu açıdan dikkate değerdir. Bir hizmetlinin “işin yoksa yarın kirleneceğini bile bile temizle” ifadesinde olduğu gibi, rutin, sıkıcı işler bireylerin tükenmelerinde oldukça etkilidir. Ayrıca, kapalı yerde çalışmanın, sıkışık kalma duygusuna neden olması, bu memurların tükenmelerinde, rahatsızlıklarında katkısı olduğu kanaatindeyim. Bunların dışında, ülkemizde meslek örgütlerinin yeterince gelişmemiş olmasının, çalışanın kimlik ve destek duygularının oluşmasında, ciddi bir eksiğe neden olduğunu belirtebiliriz. Çünkü, çalışan kişilerin, zor durumlarında, meslektaşlarının gerçek veya varsayımsal desteğini alamamaları, onlar için değersizlik duygularının oluşmasına neden olur. Durum, işsizler ve geçici işçiler için daha da vahimdir. Çoğunun, geçici işlerde sürekli yer değiştirerek yarını belirsiz bir şekilde çalışmalarını, bu kişilerin, yaptıkları işlere duyarsızlaşarak, başarılarının düşmesine ve dolayısıyla da hastalanmalarına neden olabilir.

**Tablo 23: Hastaların Meslekleriyle İlgili Problemleri**

Meslekle İlgili Problemler	Sayı	%
Problemim yok	3	3.1
Parası yetersiz	29	30.2
İşim nedeniyle evimi ihmal ediyorum	2	2.0
İşim sıkıcı olduğundan zevk alamıyorum	8	8.3
İşim çok yorucu	17	17.7
İşim asıl mesleğim değil	4	4.1
Biz çalışanlar arasında sorun var	4	4.1
Sosyal güvencesi yetersiz	10	10.4
Çalışanlar arasında ayırım yapıyor	8	8.3
Vardiyalı çalışma sorunu var	4	4.1
Çalışma koşulları kötü	7	7.2
<b>Toplam</b>	<b>96</b>	<b>100.0</b>

Görüşüğümüz hastalar, bu bilgilere paralel şekilde, en önemli mesleki sorun olarak, para sıkıntısını (%29), daha sonra da işlerinin yorucu olmasını (%17) ve sosyal güvencelerinin olmamasını (%10 ) ifade etmişlerdir. Ross ve Mc. Leon, ruhsal bozukluk ile yapılan işten alınan doyum arasında, bağlantı olduğunu belirtmiştir (Çelikkol, 2001 : 48). İşin sürekliliğinin, sosyal güvencesinin, çoğu zaman, alınan ücretten bile daha önemli olduğu düşünülürse, serbest işçilerle, işsizlerin ne kadar kötü durumda oldukları daha iyi anlaşılır. Bunun yanı sıra, bu hastaların hastalıklarını sadece yaptıkları işe veya mesleklerine bağlayamayız. Çünkü, bu hastaların tek sorunu, işle ilgili olanlar değildi, iş sorunları temelde olmak şartıyla diğer sorunları da ciddi bir görünüm arz etmekteydi.

Piotrkowski'ye göre, iş hayatı ev ortamını fazlasıyla etkilemektedir. Bu, beklenen bir sonuçtur. Gerçekten de, bu hastaların, aileleri ile olan ilişkileri, yakın kayıpları ve diğer sorunları dikkate alınmadan, tek faktörlü bir açıklama yapmak doğru olmaz. Örneğin, bazı hastalar sürgün olduktan sonra eşlerinin “dürüst olmak sana mı kalmış, ağzına niye sahip olamıyorsun” gibi ifadelerle başlayan ve kavgalarla biten aile huzursuzluklarının temelinde iş hayatlarındaki sorunların olduğunu belirtmişlerdir.

Görüştüğümüz hastalardan % 8'i, yaptıkları işin, asıl meslekleri olmamasını, mesleki sorun olarak ifade etmişlerdir. Ülkemizde, mesleki seçimde bulunulurken, çoğu zaman rehberlikten uzak, rasgele yerleştirmeler söz konusu olmaktadır. Bu nedenle, ülkemizde, okuldan işletmelere kadar uzanan geniş bir alanda, ihtiyaç duyulan rehberlik hizmetlerindeki sorunlar, ruhsal sağlık açısından, ciddi sıkıntılara neden olmaktadır. Mühendis olan bir hastanın, öğretmenlik yapmasından duyduğu rahatsızlığı, geçmişindeki olumsuz olayları anlatırken, ikide bir dile getirmesi, bu çerçevede düşünülebilir.

Ayrıca, bu tür rasgele yerleştirmeler, gelişmekte olan bir ülke için işgücü kaybı anlamına gelir. Çalışanla çalışmayanın bir olduğu, işin rutin ve düşük ücrete tabi olduğu, ilerleme olanağının yapılan, üretilen işe bağlı olmadığı meslekler, iş tatmininin düşük, tükenme düzeyinin yüksek olduğu mesleklerdir (TTB İzmir Tabip Odası, 1979: 40-43). Bu bakımdan, ülkemizde, memurların iş tatminlerinin daha düşük, tükenme düzeylerinin de daha yüksek olduğunu ve dolayısıyla da depresyon risklerinin daha fazla olduğunu söyleyebiliriz.









Nevrozu, korkuya karşı bir savunma mekanizması olarak açıklayan Duhm, asıl korkunun, anne-baba tarafından cezalandırılma korkusu olduğunu belirtir (Duhm, 1996: 38). K. Horney de, reddedici anne baba tarafından büyütülen çocukların, yalnızlık ve güvensizlik duygusuyla büyüdüğünü ifade etmektedir. Ona göre, eğer bir çocuk, reddedilmekten, eleştirilmekten, dışlanmaktan korkar, sürekli bir itilmişlik ortamında yaşarsa, umutsuzluk ve alınganlık duygusu gelişir (Alper, 2001: 15).

Gerek literatürde ve gerekse bizim çalışmamızda, genel olarak hastaların, geçmişte, çocukluk ve gençlik yıllarında, aileleriyle doyurucu bir ilişki yaşamaları bir yana, doğru dürüst bir iletişim bile kuramadıkları, ailelerinin ilgisiz ve kırıncı muamelelerine maruz kaldıkları görülmektedir. Benzeri bir başka soruda, ailesini katı, otoriter olarak algılayan ve ebeveynlerinin kendilerini küçükken dövdüklerini belirten erkeklerin oranı (%69.2), aynı seçeneği işaretleyen kadınların oranından (%30.8) iki kat daha fazladır. Erkeklerin aileleriyle daha problemlili olmaları, ataerkil bir kültürün beklentileri ile, erkeklerin daha serbest yetiştirilmeleri ile nispeten açıklanabilir. Ayrıca, buna paralel olarak, erkeklerin kültürel olarak beklentilerinin yüksekliği veya kadınların daha az beklentilerinin olması da, bu konuda açıklayıcı olabilir.

Görüşülen hastalardan kadınların %21.4'ü, ailelerinin kendilerini istemedikleri kararlara zorladıklarını belirtirlerken, aynı şikâyi işaretleyen erkek hastaların oranı (%12.5), kadınların oranının neredeyse yarısı kadar olması da, bu açıdan düşünülebilir. Erkeklerin, ikinci olarak dile getirdikleri bir husus da, ailelerinin kendilerine aşırı bir ilgi ve itina göstermeleridir. Hastaların, bu konudaki görüşlerinin subjektif bir içerik taşıyabileceğini unutmamakla birlikte, bu şikâyin işaretlenmesinin anlamlı olduğunu düşünüyoruz. Genel anlamda, aile içerisinde, kadınlara kıyasla erkeklere daha fazla önem verildiği doğrudur. Ataerkil bir yapıda, aile içerisinde erkeğe verilen bu önem ve aşırı ilgi, onların ileriki yaşlarda karşılaştıkları zorluklar nedeniyle, daha fazla sıkıntı çekecekleri anlamına gelir. Ayrıca, erkeklerin küçük yaşlardan itibaren, kadınlara kıyasla daha fazla ilgiyle büyütülmeleri, kültürel olarak biçimlenmiş "güçlü olma" beklentileri ile çatışır. Bununla ilgili olarak, Tablo 26'da da görüleceği gibi bir güçlkle karşılaştıklarında, erkeklerin sadece %8.9 'u, ailelerinden destek gördüklerini belirtmişlerken, kadınların %14.3'ü böylesi bir durumda destek bulduklarını belirtmişlerdir.

Başta duygusal işlev olmak üzere, ailenin toplumsal fonksiyonları ile ayakta durmayı başaran yapısal bozukluklar, aynı zamanda, aile üzerinde ciddi bir baskı oluşturacağından, sosyal ve ekonomik yapının çarpıklıklarının, başta çocuklar olmak üzere, bütün aile üyelerini ve ailedeki ilişkileri, olumsuz olarak etkilemesi kaçınılmazdır. Gerçekten de, depresyonun, ebeveyn ve çocuk arasındaki kötü etkileşimin bir sonucu olduğu yönündeki ciddi bulgular düşünüldüğünde, ailedeki sıkıntı ve zorlanmaların, ruhsal hastalıkların oluşmasındaki etkisi daha iyi anlaşılır. Aile içindeki kötü muamelenin ise, çocuğun kendine ve başkalarına olan güvenini sarsarak, bireyde duygusal ve iletişimsel bozukluklara neden olduğu, ailelerini, aşırı baskıcı algılayan bireylerin de, özgüvenlerinin düşük, depresyon düzeylerinin ise, yüksek olduğu tespit edilmiştir. Gerçekten de, baskıcı aile ortamlarında büyüyen kişilerin, iletişim becerileri zayıflayacağından, sosyal ve elbette doğal olarak da, duygusal destekleri de o ölçüde azalır (Güvenç, 1996: 36).

Yaptığımız bu çalışmada, aile geçmişleri hakkında, erkeklerin en fazla şikayet ettikleri konu, “dayak ve katı muamele” (%32.1) iken, kadınların en fazla şikayet ettikleri konu, “istemedikleri konulara itaat etmek zorunda kalmaları” ve diğer bir soruda belirttikleri gibi, “ailelerindeki kavga ve huzursuzluklardır”(26.8). Toplumuzda, nedense, hemen her alanda, ailede, eğitimde, siyasette, itaate yüksek bir değer verilmekte ve bireylerin sosyalleşmesinin de bu yönde olması beklenmektedir. Özellikle, sosyalleşmenin başlangıç noktası olması itibarıyla, aileyi ele alırsak; bireylerin, daha küçük yaşlardan itibaren, baba otoritesi karşısında zayıflatıldığı, onu eleştirmekten kaçınıldığı bilinmektedir.

Elbette, grup bağlarının sıkı ve az yoğunluklu bir demokrasinin cari olduğu, düşük sosyo- ekonomik bir yapıda, itaat, işlevsel bir önem taşımaktadır. Bu itibarla, yapısal hiyerarşi, anne-baba-çocuk iletişimine yansiyarak, saygı ağırlıklı bir ilişki modeli içeren, İslam’ın anne babaya itaati öngören buyrukları ile birleşerek, aile içindeki olumsuz duyguların, ifade edilmek yerine, bastırılması sonucunu yaratır. İtaat ağırlıklı bir eğitim modelinde, bireylerin, bireysel düşünce, karar ve davranışları, iyi karşılanmadığından, çocukların bağımsız ve otonom bireyler olarak yetişmeleri zordur. Dolayısıyla, bu kişilerin, bağımlı kişilikler olarak yetiştirilmeleri, onların reddedilme, olumsuz bir durum veya sosyal ilişki durumunda çift yönlü bir sıkıştırmanın etkisiyle, duygusal olarak ezilebilecekleri, tahmin edilebilir. Yani, bir taraftan, sosyalleşerek edinilen, içselleştirilen

bağımlılık tarzındaki bir ilişki kalıbı, öte yandan, bu kalıba izin vermeyen, sosyo-politik ortamlar. Örneğin, birkaç kadın hasta, bütün bağımlılıkları ve yoksunlukları içinde, kocaları tarafından terk edilerek, tek başlarına bırakılmışlardır. Söz konusu kişiler, ailelerinin, kendilerine destek olmadığı gibi, sorunlardan dolayı da kendilerini suçladıklarını belirtmişlerdir. Bu durumda, olumsuz duyguların ifadesi, genelde suçluluk ve pişmanlık duyguları eşliğinde yaşanan patlamalar şeklinde olur ki, bundan en fazla etkilenenler, çocuklar olmaktadır.

Baştan aşağı, bütün kurum ve kurallarıyla demokratik olmayan itaatçi bir eğitim ve yaşam tarzının, bireylerin tepkilerini içlerine bastırarak, kendilerine dönen bir öfkenin kurbanı olmaları, yani, depresyon geçirmeleri beklenir bir durumdur. Ancak, her ne kadar kültürel beklentiler nedeniyle fazla hissedilmese de, kız çocukları üzerindeki baskı, yerine göre, erkeklerden daha fazla olmaktadır. Çünkü, kızların davranışları, daha fazla kontrol altında tutulmak istendiğinden, onların üzerlerindeki baskı da daha fazla olmaktadır. Baskıcı ailelerde, esnek kurallar yerine katı, açık iletişim yerine de, dolaylı bir iletişim, söz konusu olduğundan, patlamalarla kendini gösteren tartışmalar, sürtüşmeler, bu ailelerdeki çocukları olumsuz olarak etkiler. Ailede, şiddetli geçimsizlikleri nedeniyle bu hastaların ihmal edilmeleri, sevgi ve şefkate en ihtiyaç duydukları zamanda, ilgi bir yana, ceza görmeleri, onların ruhsal yapılarını ciddi anlamda sarsmıştır. Özellikle, üvey anneleri geldikten sonra, aile içinde ciddi sıkıntılar yaşadıklarını belirten dört hastayı, burada belirtmek istiyoruz. Bunlardan erkek olan iki hasta, anneleri ölüp de üvey annelerinin gelmesinden sonra, zaman zaman evden kaçmaya neden olacak kadar, aile içinde huzursuzluklar yaşadıklarını ve hasta olmalarını, da bu huzursuzluklara bağladıklarını belirtmişlerdir. Diğer iki kadın da, babalarının evlenmelerinden sonra, yaşadıkları sorunlar nedeniyle, ninelerinin yanında kalmaya başladıklarını, ancak, hiçbir zaman bu sorunlarının bitmediğini belirtmişlerdir.

W. James, bir insana verilebilecek en büyük cezanın, onu umursamazlık olduğunu belirtir. Yine Watzlawick ve arkadaşları, ruhsal hastalıkların, temelde, reddetme ve umursamazlık şeklindeki olumsuz iletişimden kaynaklandığını belirtir (Cüceloğlu, 1998: 28). Görüştüğümüz hastalarda, ailelerinin, kendilerine karşı olan tutumlarında, en fazla dile getirdikleri sorunların başında, onların, “kendilerine karşı ilgisiz tutumları” gelmektedir. Gerek erkekler (%16.1), gerekse kadınlar (%16.7) geçmişlerinde, ailelerinin, üzüntülü anlarında, kendilerine yardımcı olmadıklarını, ilgisiz kaldıklarını



belirtmişlerdir. Susan Seymour'un bir makalesi, aile genişliğinin ve sosyal statüsünün, anne çocuk arasındaki olumlu duyguların ifadesini etkilediğini bulgulamıştır (Bock, 2001: 223).

**Tablo 27: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Kardeş Sayılarının Dağılımları**

Kardeş Sayıları		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Bir	Sayı		1	1
	%		100,0%	100,0%
	%		2,4%	1,0%
İki	Sayı	2	1	3
	%	66,7%	33,3%	100,0%
	%	3,4%	2,4%	3,0%
Üç	Sayı	8	5	13
	%	61,5%	38,5%	100,0%
	%	13,8%	11,9%	13,0%
Dört	Sayı	9	3	12
	%	75,0%	25,0%	100,0%
	%	15,5%	7,1%	12,0%
Beş	Sayı	4	8	12
	%	33,3%	66,7%	100,0%
	%	6,9%	19,0%	12,0%
Altı	Sayı	9	6	15
	%	60,0%	40,0%	100,0%
	%	15,5%	14,3%	15,0%
Yedi ve Yukarısı	Sayı	26	18	44
	%	59,1%	40,9%	100,0%
	%	44,8%	42,9%	44,0%
Toplam	Sayı	58	42	100
	%	58,0%	42,0%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Görüştüğümüz hastaların da, geniş aileden (çok çocuklu) ve düşük statülü bir aileden gelmelerinin onların hasta olmalarında etkisi olabileceğini ifade edebiliriz. Bununla birlikte, geniş ailelerde, hastalarımızın durumunda olduğu gibi, ekonomik durumun kötü olması durumunda, çocuklara gösterilecek ilginin yetersiz kalacağı veya eşitsiz dağılacığı kaçınılmazdır. Ayrıca, geniş ailedeki sorunların, “kol kırılır, yen içinde kalır” mantığıyla ele alınmasının da, bu tür ailelerdeki bireylerin, dezavantajlı durumlarının anlaşılması açısından, önemli olabileceği ifade edilebilir.



Üstelik, toplumumuzda, annenin yanı sıra, anneanne- babaanne, teyze, hala ve hatta bazen komşunun da yer aldığı aile yapısının, bir anneler topluluğu oluşturarak, çocukların ambivalan bir bütünlük kuramamaları neticesinde, ruhsal açıdan kırılan hale geldikleri ifade edilmektedir (Saydam v.d., 2000: 222). Bu tür ailelerde, ailenin kalabalık oluşu, ebeveynlerin yorgunluklarını ve tükenmişlik duygularını arttırarak, ebeveyn duygularının, aşırı bir şekilde dışa vurulması sonucunu meydana getirir. Duyguların aşırı bir şekilde dışa vurumu ise, çocukların ruhsal durumu açısından oldukça zararlıdır (Doğan, 2000: 35).

Ekonomik durumu zayıf olan bu çok çocuklu geniş ailelerde, ebeveynler üzerindeki baskı arttıkça, aile üyelerinin birbirleri ile aralarındaki ilişkilerin niteliği bozulur, tahammül sınırları daralır ve bu durumda da, genelde, çocuklar, günah keçisi haline getirilir. Bu tip bir aile ortamında ise, “ayıp”, “iyi-kötü” şeklindeki yargılayıcı kontrol tarzı, kaçınılmaz hale gelir. Bu yargılayıcı tutumların ağır bastığı ailelerdeki çocukların, kendilerine ve çevrelerine yönelik bakışları ise, yargılayıcı ve olumsuz olur. Çünkü, çocuklar, vicdanlarını, anne babanın kendilerine ilişkin tutumlarından çıkarsayarak içselleştirirler.

Ancak, geniş aile problemini sadece, ailedeki üye sayısı ile ilişkilendirmenin de pek doğru olacağını sanmıyoruz. Örneğin, Seymour, Hindistan’da yaptığı araştırmasında, düşük kasta mensup çekirdek ailelerde, geniş ailelere göre, daha az duygulanım ifadesi olduğunu ortaya koymuştur. Kanımızca, geniş ailenin zamanla dağılması ve hastaların alıştıkları bir beraberlik tarzından, yeterince bireyleşmeden kopmaları, ayrılmaları, kendilerinin, kurdukları çekirdek aileyle birlikte, desteksiz kalmaları veya öyle hissetmeleri de, bu hastaların durumunu açıklamada etkili olabilir. Örneğin, orta yaşın biraz üzerindeki bar erkek hasta, birlikte kaldığı geniş aileden ayrılıp, kendi ailesiyle tek başına kalması nedeniyle, hasta olduğunu belirtiyordu. Yine, geniş bir ailede yetişen bir kadın, evlenip ailelerinin yanından ayrıldıktan sonra, içinde bir şeylerin koptuğu hissine kapıldığını ve kendisini yalnız hissettiğini belirtmiştir.

**Tablo 28: Çocukluk ve Gençlik Yıllarında Sarsıcı Olaylar Yaşayan Hastaların Depresyon Sebeplerine İlişkin İfadelerinin Dağılımı**

Depresyon Sebepleri	Çocukluk ve Gençlik Yıllarında Yaşanan Sarsıcı Olaylar							
		Geçim Sıkıntısı	Alleden Ayrılık	Aile Huzursuzluğu	Bir Yakının Kaybı	Üzücü Bir Aşk	Diğer	Toplam
Sevdiğimden ayrıldım	Sayı	2	2		2	1		7
	%	28,6%	28,6%		28,6%	14,3%		100,0%
		7,4%	14,3%		14,3%	16,7%		7,9%
Bir yakınımlı kaybettim	Sayı	2	2	2	1	1		8
	%	25,0%	25,0%	25,0%	12,5%	12,5%		100,0%
		7,4%	14,3%	7,7%	7,1%	16,7%		9,0%
Aile huzursuzluğu	Sayı	10	4	11	1	4		30
	%	33,3%	13,3%	36,7%	3,3%	13,3%		100,0%
		37,0%	28,6%	42,3%	7,1%	66,7%		33,7%
Maddi sıkıntı	Sayı	6	5	1	8		1	21
	%	28,6%	23,8%	4,8%	38,1%		4,8%	100,0%
		22,2%	35,7%	3,8%	57,1%		50,0%	23,6%
Bir haksızlığa uğramam	Sayı	2	1	2	2		1	8
	%	25,0%	12,5%	25,0%	25,0%		12,5%	100,0%
		7,4%	7,1%	7,7%	14,3%		50,0%	9,0%
Kader	Sayı			3				3
	%			100,0%				100,0%
				11,5%				3,4%
Aile huzursuzluğu ve maddi sıkıntı	Sayı	5		7				12
	%	41,7%		58,3%				100,0%
		18,5%		26,9%				13,5%
Toplam	Sayı	27	14	26	14	6	2	89
	%	30,3%	15,7%	29,2%	15,7%	6,7%	2,2%	100,0%
		100%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Araştırmamızda, dikkatimizi çeken bir başka husus da, şu anda, aile huzursuzluğu nedeniyle depresyon geçirdiklerini söyleyenlerin, aile geçmişlerinin de, olumsuz ve problemli olduğu şeklindeki bulgumuzdur. Tabloda da görüleceği gibi, “geçmişte, aile huzursuzluğu yaşadıklarını belirtenlerin oranı (%42.3 ), aile huzursuzluğu ve maddi sıkıntıyı birlikte değerlendiren seçenek dikkate alındığında, %70.0’a varmaktadır. Alkolün, aile içerisindeki huzursuzluklarda ve kullanılan şiddette önemli bir etken olduğu bilinmektedir. Literatürde, kronik depresyonu olanların, ailelerinde aşırı alkol

kullanımının olduğu ifade edilmiştir (Demirarslan, v.d., 1999: 7). Bizim araştırmamızda da, alkol başlığıyla verilen yazımızda görüleceği gibi, hemen hemen tümü erkek olmak üzere, hastaların %8.2'sinin, alkol nedeniyle, aile geçmişlerinde sorun yaşadıkları tespit edilmiştir.



### 5.3.4. Evlilik Yaşamı ve Depresyon

Aileyi toplumun temel birimi yapan, üstlendiği fonksiyonları ile toplumun devamında hayati bir rol oynamasıdır. Evlilik, diğer fonksiyonlarının yanı sıra, duygusal ve ruhsal açıdan sağladığı imkanlarla, üyelerine ciddi bir doyum ve sosyal destek sağlar. Ancak evlilik, fonksiyonelliğini kaybettiğinde, evlilikte yaşanan birtakım sorunlar, eşlerin ruhsal sağlıklarını tehdit eder hale gelmektedir. Çünkü aile, duygusal hayatın kalbi durumundadır ve ailedeki yakın bağlar, çok kuvvetli ve önemli olduğundan, bu alanda yaşanan bir sorun, duygusal anlamda birçok sorundan daha ağır sonuçlar doğurur. Gittikçe küçülen boyutları ve fonksiyonları ile aile, devasa ekonomik organizasyonlar ve modern kurumlar karşısında, üyelerinin birlikteliğini sağlamada yetersiz kaldığından, duygusal yaşamın daha da kötüleşeceğini tahmin etmek yanlış olmaz. Türk ailesi, diğer ülkelerin ailelerine göre, daha iyi bir durumda olmasına rağmen, gerek ekonomik sorunlar ve gerekse diğer sosyal sorunlar neticesinde artan boşanma oranları ile gittikçe kötüleşmektedir (Yıldırım, 1996: 109).

Lereiscman ve Paykel'in yaptığı bir çalışmada, evlilik ve aile huzursuzluklarının, depresyonun ortaya çıkmasında ve devamında, belirleyici bir faktör olduğu görülmüştür (Samancı, 1998: 48-50). Çeşitli araştırmalarda ise evlilik sorunlarının temelinde, ruhsal hastalıkların, özede ise depresyonun etkili olabileceği belirtilmiştir (Şahin, 1996: 3). Tahmini olarak, unipolar depresyonlu hastaların % 40-50'sinin önemli ölçüde, uyumsuz bir evlilik yaşantısı içinde oldukları ve uyumsuz evliliklerin, % 50'sinde de, eşlerin bir veya ikisinin, hafif veya orta düzeyde bir depresyon belirtisi taşıdıkları ifade edilmiştir. Ayrıca, depresyonlu biriyle yaşayanların yorgunluk, umutsuzluk, üzüntü, hayata karşı ilgisizlik gibi, belirtiler taşıdıkları sıklıkla ifade edilmiştir.

**Tablo 29: Eşle Tartışma Sıklığının Cinsiyete Göre Dağılımı**

Cinsiyet		Eşle Tartışma Sıklığı				Toplam
		Hiç Tartışmayız	Çok Az Tartışırız	Ara Sıra Tartışırız	Sürekli Tartışırız	
Erkek	Sayı	6	3	22	16	47
	%	12,8%	6,4%	46,8%	34,0%	100,0%
Kadın	Sayı	1	4	15	13	33
	%	3,0%	12,1%	45,5%	39,4%	100,0%
Toplam	Sayı	7	7	37	29	80
	%	8,8%	8,8%	46,3%	36,3%	100,0%

Araştırmamızda, evlilerin %46.3 'ü eşleriyle ara sıra tartıştıklarını söylerken, %36.3'ü sürekli tartıştıklarını belirtmişlerdir. Hastaların %21.6'sı, eşinin ailesi nedeniyle tartıştıklarını ve bu konuda, aile huzursuzlukları yaşadıklarını belirtmişlerdir. "Hiç tartışmayız" diyen hastaların çoğunluğunun (%85.7), erkek hastalar olmasını anlamlı olarak yorumlayabiliriz. Erkekler, eşleriyle tartışmayı kendilerine karşı çıkmak olarak yorumlayabileceklerinden bu yönde bir cevap vermiş olabilirler. Bilindiği gibi, ülkemizde genelde, geleneksel akrabalık bağlarının birbirine oldukça yakın olması nedeniyle, kişisel sınırlar belirsiz ve ilişkiler yapışık olduğundan, aile içi sorunlar, yakın akrabaların etkileriyle meydana gelebilmekte veya bu tür sorunlara, diğer yakın akrabaların müdahalesi söz konusu olabilmektedir. Özellikle, bayan hastaların çoğunluğu oluşturduğu bu hastaların, kaynana ve görümceleriyle, ciddi problemler yaşadıkları tespit edilmiştir.

**Tablo 30: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Birlikte Kaldıkları**

**Kişilerin Dağılımları**

Şu Anda Birlikte Kalınan Kişiler		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Yalnızım	Sayı	8	2	10
	%	80,0%	20,0%	100,0%
Çocuğumla/Çocuklarımla	Sayı		4	4
	%		100,0%	100,0%
Eşim ve çocuklarımla	Sayı	31	15	46
	%	67,4%	32,6%	100,0%
Annem, babam ve çocuklarımla	Sayı	6	7	13
	%	46,2%	53,8%	100,0%
Sadece eşimle	Sayı	3	3	6
	%	50,0%	50,0%	100,0%
Eşimin ailesiyle	Sayı	1	7	8
	%	12,5%	87,5%	100,0%
Annem veya babamla	Sayı	3	3	6
	%	50,0%	50,0%	100,0%
Ailem ve anne- babamla	Sayı	5		5
	%	100,0%		100,0%
Kardeşlerimle	Sayı	1	1	2
	%	50,0%	50,0%	100,0%
Toplam	Sayı	58	42	100
	%	58,0%	42,0%	100,0%

Görüştiğimiz birkaç bayan hasta dışında, eşinin ailesiyle yaşayanların (%8) veya kendi anne-babası ile birlikte kalan evlilerin (%13) oranı, tabloda görüleceği gibi toplam %21'dir. Ancak, daha önce, eşinin ailesiyle birlikte yaşayanları da kattığımızda, daha fazla sayıdaki hastamızın geniş aileyle ilgili problemleri olduğunu belirtmeliyiz. Daha önce, eşinin ailesi ile birlikte kalıp da sonra ayrılan orta yaş üstündeki bu bayanların, bu konuda oldukça dert yandıkları görülmüştür. Eşlerinin veya kendilerinin anne-babalarıyla birlikte kalan evlilerin, geleneksel değerlerin ve rollerin değişmesi ile birlikte, aile içinde uyum sorunları yaşadıklarını söyleyebiliriz. Önceden evin reisi olan büyük dede ve yine dede kadar saygı gösterilmesi gereken nine, çocuklarının ve gelinlerinin davranışlarına müdahale etmeyi, son sözü söylemeyi hakları olarak görürken, çocuklarının dünyaya bakışları, beklentileri, görüşleri ve bu konudaki tahammülleri değiştiğinden, özellikle, bayanların geniş aile içinde sıkıntılar yaşadıklarını ifade edebiliriz. Bu itibarla, hastanedeki psikoloğun ifadesiyle “ruhsal sorunlar nedeniyle kaynanaların çok az, gelinlerin ise, çok daha fazla hastaneye başvurduklarını” belirtmeliyiz.

Tabloya dikkat edildiğinde erkeklerin bayanlara kıyasla yalnızlık sorunundan daha fazla yakındıkları görülmektedir. Hastalara görüşmemizde de tespit ettiğimiz gibi, “Yuvayı dişi kuş yapar” atasözünü doğrularcasına eşlerden biri öldüğünde veya bir boşanma durumunda, erkek hastalar bayanlara göre daha fazla yalnızlık çekmektedirler. Çünkü, bayanlar boşanma veya ayrılık durumunda genelde çocuklarını yanlarına aldıklarından, eşin vefatı durumunda ise çocuklarının yanına gitmeleri daha kolay olduğundan ve yalnız kalmaları durumunda ise, ev ortamına, ev işlerine daha alışkın olduklarından evde tek başlarına kalmalarının, yalnızlıklarının verdiği acıyı erkekler kadar ağır hissetmemektedirler.

Eğitimsiz, herhangi bir sosyal, ekonomik güvencesi olmayan geleneksel kadının anne olduktan sonra ve daha doğrusu, çocukları büyüdükten sonra, statüsünün yükseldiğini, aile içinde saygın bir konuma yükseldiğini biliyoruz. Geleneksel yapılı kadın, kötü şartlarda, çaresizce katlandığı sorunlara, özellikle erkek çocukları üzerine kurduğu gelecekteki hayalleri ile katlanır ve onlar üzerine yatırımında bulunur. Bu itibarla, erkek çocuk, geleneksel kesimdeki anne için hem sosyal şartlar itibarıyla ve hem de duygusal nedenlerle, çocuk olmanın ötesinde, kendisinden ayrıştıramadığı, farklı göremediği, özdeşim kurduğu bir benlik nesnesi anlamı taşır. Dolayısıyla,



geleneksel yapılı anneler için gelinleri, bir algı yanlışlığının kurbanı, hissettikleri ayrılık kaygısının yansıtıldığı, kaynağı bilinmeyen bir öfke hedefi olabilirler.

**Tablo 31: Eşle Tartışma Nedenlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı**

Eşle Tartışma Sebepleri		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Evine ilgisizliği nedeniyle	Sayı		4	4
	%		100,0%	100,0%
	%		12,1%	5,4%
Eşimin ailesi nedeniyle	Sayı	5	11	16
	%	31,3%	68,8%	100,0%
	%	12,2%	33,3%	21,6%
Ekonomik nedenlerle	Sayı	9	3	12
	%	75,0%	25,0%	100,0%
	%	22,0%	9,1%	16,2%
Sevgisizlik, geçimsizlik nedeniyle	Sayı	8	4	12
	%	66,7%	33,3%	100,0%
	%	19,5%	12,1%	16,2%
Eşimin beni aldatması nedeniyle	Sayı	1	3	4
	%	25,0%	75,0%	100,0%
	%	2,4%	9,1%	5,4%
Eşimin kötü alışkanlıkları nedeniyle	Sayı		3	3
	%		100,0%	100,0%
	%		9,1%	4,1%
Diğer	Sayı	18	5	23
	%	78,3%	21,7%	100,0%
	%	43,9%	15,2%	31,1%
Toplam	Sayı	41	33	74
	%	55,4%	44,6%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Yine, benzeri bir soruda, evli hastaların %21.6'sı, eşlerinin ailesi nedeniyle eşleriyle tartıştıklarını ve %16.2'si de, eşiyile anlaşamama ve sevgisizlik problemi yaşadıklarını belirtmişlerdir. Kadınlar içerisinde, eşlerinin aileleri nedeniyle sorun yaşadıklarını belirtenlerin oranı (%33.3), aynı seçeneği işaretleyen erkeklerin oranının (%12.2); ekonomik nedenler yüzünden eşleriyle problemlili olduklarını belirten erkeklerin oranı da, aynı seçeneği işaretleyen bayanların (%22.0) oranının iki katından daha fazladır. Bunun yanı sıra, sevgisizlik, geçimsizlik, her iki grupta da aşağı yukarı aynı ölçüde bir rahatsızlık kaynağı iken, kadınlarda, eşinin evine olan ilgisizliği,

kendilerini aldatmaları ve kötü alışkanlıkları diğer önemli tartışma sebeplerini oluşturmaktadır. Evli olan hastaların %16.2'si, ekonomik problemler yüzünden, eşleriyle tartıştıklarını söylemişlerdir ki, bu husus, hastaların ekonomik durumlarının kötü olması itibariyle, beklenen bir durumdur. Yaşam standartlarının düşüklüğü veya istedikleri şeylere ulaşamamaları neticesinde, kendilerini engellenmiş hisseden eşlerin, birbirlerine hoşgörüle davranmaları, sorunsuz yaşamaları zordur.

**Tablo 32: Eşle Tartışma Sıklığının Evlenme Şekline Göre Dağılımı**

Evlenme Şekli		Eşle Tartışma Sıklığı				Toplam
		Hiç tartışmayız	Çok az	Arasıra	Sürekli	
Görücü usulü ile evlendik	Sayı	3	2	24	17	46
	%	6,5%	4,3%	52,2%	37,0%	100,0%
		42,9%	28,6%	64,9%	58,6%	57,5%
Kaçarak evlendik	Sayı			1	3	4
	%			25,0%	75,0%	100,0%
				2,7%	10,3%	5,0%
Anlaşarak evlendik	Sayı	4	5	12	9	30
	%	13,3%	16,7%	40,0%	30,0%	100,0%
		57,1%	71,4%	32,4%	31,0%	37,5%
Toplam	Sayı	7	7	37	29	80
	%	8,8%	8,8%	46,3%	36,3%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Çoğunluğunu (%57.5) görücü usulüyle evlenenlerin, %37.5'ini anlaşarak evlenenlerin oluşturduğu bu hastalar içinde, görücü usulüyle evlenenler içerisindeki sürekli tartışmaların oranının (%37) anlaşarak evlenenlerin oranıyla (%30) aşağı yukarı aynı olduğu dikkate alınır; hastaların bu seçenekle ilgili sorunlarının, evlenme şeklinin ötesinde, toplumun sosyal ilişki sorunlarıyla, zihniyetiyle alakalı olduğu söylenebilir. Sayısı az olmakla birlikte, kaçarak evlendiklerini belirtenler içerisindeki sürekli tartışmaların oranının yüksek (%75) çıkmasında ise, hasta ailelerin, bu tarz bir evliliğe meşru bakmamalarının ve müdahalelerinin etkisi olabilir.

**Tablo 33: Evlilikle İlgili Problemlerin Cinsiyete Göre Dağılımı**

Evlilikle İlgili Problemler		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Herhangibir problemimiz yoktu	Sayı	17	3	20
	%	85,0%	15,0%	100,0%
		42,5%	8,8%	27,0%
Eşimle rahat konuşamıyorduk	Sayı	5	8	13
	%	38,5%	61,5%	100,0%
		12,5%	23,5%	17,6%
Eşim evini ihmal ediyordu	Sayı	3	4	7
	%	42,9%	57,1%	100,0%
		7,5%	11,8%	9,5%
Eşim bana acımasız ve sert davranıyordu	Sayı	1	11	12
	%	8,3%	91,7%	100,0%
		2,5%	32,4%	16,2%
Birbirimize denk değiliz	Sayı	4		4
	%	100,0%		100,0%
		10,0%		5,4%
Eşimin ailesi nedeniyle sorun yaşıyorduk	Sayı	7	8	15
	%	46,7%	53,3%	100,0%
		17,5%	23,5%	20,3%
Eşim bana ilgisiz davranıyordu	Sayı	3		3
	%	100,0%		100,0%
		7,5%		4,1%
Toplam	Sayı	40	34	74
	%	54,1%	45,9%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%

Her ne kadar hastaların %27.0'si, eşleriyle şu an için herhangi bir problemleri olmadığını söylese de, bunlar içindeki bir grup hasta, çok önceleri eşleriyle sorunlar yaşamış olduklarını, eşlerinden dayak yediklerini belirtmişlerdir. Ancak, ilginç olan, eşleriyle herhangi bir problemlerinin olmadığını söyleyenlerin %85'inin erkek olmasıdır. Bu durumda, erkeklerin aksine bayanların, aile sorunlarından daha fazla etkilendikleri ve daha çok bu sorunlar nedeniyle hastalandıkları ileri sürülebilir. Ev hanımlarının sosyal ilişki dünyalarını, hatta sosyal dünyaya açılan kapılarını eşleriyle olan ilişkileri oluşturduğundan bu konuda yaşadıkları sorunlar onları fazlasıyla etkilemektedir. Örneğin, eşiyile sorunlar yaşayan çoğu bayan hasta, eşlerinin kendilerine, anne babalarının yanına gitmesine yıllarca müsaade etmediklerini, ağlayarak dile getirmişlerdir. Halbuki, erkeklerin, evde, eşleriyle herhangi bir sorun yaşadıklarında kapıyı çekip, dışarıya çıkarak sosyal alanlardaki faaliyetleriyle, diğer insanlarla olan ilişkileriyle bu sorunlarını unutup, telafi edebilme imkanına sahip



Aile işlevlerini ele alan birçok araştırmada, aile içi destek ve hoşgörü düzeyinin, sevgi ve ilgiyi içeren samimi bir ilişki tarzının hayati bir önemi olduğu belirtilmiştir (İlnem v.d., 1998: 15). Dolaylı, bozuk bir iletişim kullanan, birbirinden kopuk veya tersine birbirine yapışık, rol dağıtımı dengesiz, katı kuralları olan, sorunlarını yadsıyan evliliklerin ise, ruhsal açıdan sağlıklı olduğu bilinmektedir. Aralarında doğru dürüst iletişim olmayan evlilikler, eşler için ciddi bir sorun oluşturur. Çünkü, iletişim ve hatta tartışma, bireyler arası sorunların dile getirilmesini, sorunlar nedeniyle biriken olumsuz duyguların deşarj edilmesini mümkün kılar.

Ayrıca, şu anda aile huzursuzluğu nedeniyle, depresyon geçirdiklerini söyleyenlerin, aile geçmişlerinin de olumsuz ve problemlili olması dikkate değer bir durumdur. Araştırmamızdaki bulgularda da görüleceği gibi, şu anda aile problemi yaşadıklarını belirten hastalar içerisinde, geçmişte ailesinde huzursuzluklar olduğunu belirtenlerin oranı, %42.3 gibi, yüksek bir oranı bulurken , aile huzursuzluğu ve maddi sıkıntıyı birlikte değerlendiren seçenek dikkate alındığında bu oran, %70.0 'a varmaktadır. Ayrıca, tabloya bakıldığında, farklı zamanlarda yaşanan aile huzursuzluğu ile geçim sıkıntısı, maddi sıkıntı arasında da, dikkate değer bir ilişki bulunmaktadır. Bu konuda yapılan bir araştırmada da, bizim bulduğumuz sonuçlara benzer olarak, kendi anneleri ile problemlili olan bayanların üçte ikisinin evlilik ilişkilerinin, zayıf ve problemlili olduğu tespit edilmiştir (Aşkın, 1999: 223).

**Tablo 35: Hastaların Öğrenim Durumlarının Eşlerinin Öğrenim Durumları Açısından Dağılımları**

Öğrenim Durumu	Eşinin Öğrenim Durumu						Total
	Okuma Yazma Bilmiyor	Sadece Okur Yazar	İlkokul Mezunu	Ortaokul Mezunu	Lise veya Dengi Meslek Okulu	Üniversite/ Yüksek Okulu	
Okur yazar değil	Sayı	1	1	5	1	1	9
	%	11,1%	11,1%	55,6%	11,1%	11,1%	100,0%
İlk okul mezunu	Sayı	6		14	5	5	31
	%	19,4%		45,2%	16,1%	16,1%	100,0%
Orta okul mezunu	Sayı			7	2	1	12
	%			58,3%	16,7%	8,3%	100,0%
Sadece okur yazar	Sayı	3			1		4
	%	75,0%			25,0%		100,0%
Lise veya Dengi meslek okul mezun	Sayı	1	1	7	3	7	20
	%	5,0%	5,0%	35,0%	15,0%	35,0%	100,0%
Üniversite / Y.Okul mezunu	Sayı			6			8
	%			75,0%			100,0%
Total	Sayı	11	2	39	12	14	84
	%	13,1%	2,4%	46,4%	14,3%	16,7%	100,0%

Erkeklerin tersine, kadınların konuşmaktan, iletişim kurmaktan hoşlandığına dair çeşitli bulgular vardır (Tuğrul, 1999: 17). Özellikle, evlilikte kadınlar için en önemli faktörlerden biri, iyi bir iletişim ve yaşanan ilişkinin kendisi hakkında konuşmak olduğu düşünülürse, görüştüğümüz hastaların ailelerinde, yaşadıkları iletişim güçlükleri ve sorunları, bu hastaların yaşadıkları aile sorunlarını, daha anlaşılır kılar. Görüştüğümüz hastaların eşleriyle, kendilerinin öğrenim durumlarını karşılaştırdığımızda, sadece 30 kişinin aşağı yukarı aynı eğitim düzeyine sahip oldukları, ancak geri kalanların ise, öğrenim durumları bakımından, dengesiz oldukları görülmektedir ki bunun, hastaların eşleriyle yaşadıkları iletişim sorunlarında etkili bir faktör olduğu söylenebilir. Ancak, kanımızca asıl sorun, erkeklerin eşleriyle kurduğu iletişim tarzının, erkek üstün bir zeminde gerçekleşmesi gerektiği inancıdır. Eşyle iletişimlerde, insani standartlar oluşturmuş olan erkeklere, “kılıbıklık” etiketinin, eşinin sözlerini hiçe sayanlara ise, övgü mahiyetinde kazaklık namının verilmesi, bu açıdan düşündürücüdür.



**Tablo 36: Hastaların Evlenme Yaşlarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı**

Cinsiyet		Evlenme Yaşı				Toplam
		15-19 Yaş	20-24 Yaş	25-29 Yaş	30-34 Yaş	
Erkek	Sayı	9	25	14	1	49
	%	18,4%	51,0%	28,6%	2,0%	100,0%
	%	25,7%	78,1%	93,3%	50,0%	58,3%
Kadın	Sayı	26	7	1	1	35
	%	74,3%	20,0%	2,9%	2,9%	100,0%
	%	74,3%	21,9%	6,7%	50,0%	41,7%
Toplam	Sayı	35	32	15	2	84
	%	41,7%	38,1%	17,9%	2,4%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Ayrıca, görüştüğümüz evli bayanların, küçük denebilecek bir yaşta evlenmelerinin ve genel olarak da hastaların eşleriyle yaş açısından dengesiz olmalarının, onların iletişim sorunlarında etkili olabileceği söylenebilir. Gerçekten de, bayanların %74.3'ünün, erkeklerin ise, %18.4'ünün 15-19 yaş grubu içerisinde evlendikleri düşünülürse, bu hastaların, ailelerinden tam olarak kopamayacakları, duygusal olarak da ayrışamadıkları bir dönemde evlendikleri için, zorlanmış olabilecekleri, sorunlar karşısında yetersiz kaldıkları ve bu nedenle de ruhsal sıkıntı yaşamış olabilecekleri düşünülebilir.

**Tablo 37: Ailesinde Alkol Kullanılan Hastaların****Cinsiyetlerine Göre Dağılımları**

Ailde alkol kullanan kişiler		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Kendim	Sayı	28	2	30
	%	93,3%	6,7%	100,0%
Babam	Sayı	3		3
	%	100,0%		100,0%
Kardeşim	Sayı	1	4	5
	%	20,0%	80,0%	100,0%
Eşim	Sayı		8	8
	%		100,0%	100,0%
Toplam	Sayı	32	14	46
	%	69,6%	30,4%	100,0%

Hastaların iletişim sorunlarında, geçimsizliklerinde alkolün aşırı kullanımının etkisi, önemli bir faktör olarak bilinmektedir. Alkol kullanımının, ruhsal bir rahatsızlıkla muhtemel bir ilişkisi bir yana, eşler arasındaki sorunların bir sonucu veya bu sorunların tetikleyicisi olabileceği unutulmamalıdır. Bu konuda, sorumuza cevap veren hastalardan, çoğunu erkeklerin (%87.5) oluşturduğu %65.2'sinin alkol kullandığı, %17.4'ünün ise, eşlerinin alkol kullandıkları tespit edilmiştir. Alkol kullanımının ve alkol kullanma ortamının, aile içi ilişkilerde, ailevi sorumluluklarda, ciddi sorunlara neden olduğu bilinmektedir.

**Tablo 38: Eşle Tartışma Sıklığının Ailede Alkol Kullanan Kişilere Göre Dağılımı**

Ailede Alkol Kullanan Kişiler		Eşle Tartışma Sıklığı				Toplam
		Hiç tartışmayız	Çok az	Arasıra	Sürekli	
Kendim	Sayı	2	1	10	12	25
	%	8,0%	4,0%	40,0%	48,0%	100,0%
Babam	Sayı	1				1
	%	100,0%				100,0%
Kardeşim	Sayı		1	2	2	5
	%		20,0%	40,0%	40,0%	100,0%
Eşim	Sayı			6	2	8
	%			75,0%	25,0%	100,0%
Toplam	Sayı	3	2	18	16	39
	%	7,7%	5,1%	46,2%	41,0%	100,0%

Alkol kullananların %48.0'i eşleriyle sürekli, %40 'ı ise, ara sıra tartıştıklarını ifade etmişlerdir. Belki de erkeklerin, aile sorunlarından kendilerini sorumlu hissettikleri için daha az aile sorunu bildirmeleri nedeniyle, bu oran, olduğundan daha az çıkmış olabilir. Çünkü, bu konuda yapılmış çeşitli araştırmalarda, eşi dayak atan, iletişim bozukluğunun yaşandığı, sorun çözme yetersizliği olan ailelerde, alkol kullanımının, daha yüksek oranda bulunduğu tespit edilmiştir (Şener v.d., 1996: 112-113). Ülkemizde ve özellikle de ülkemizin doğusundaki kadınların, erkeklere göre oldukça dezavantajlı oldukları bilinmektedir. Kadınların, karşılaştıkları sorunlarla baş

etmede, daha yetersiz imkanlara sahip olmaları ve eşlerine bağımlılıkları itibariyle, aile içinde yaşadıkları sorunlardan, daha ağır bir şekilde etkilendikleri söylenebilir. Ancak, iletişim sorunu, sadece kadınların veya eşlerinin sorunu da değildir. Çünkü, aile de kendisinden daha büyük bir sistemin parçasıdır ve dolayısıyla sosyal ilişki ve iletişim problemi diğer toplumsal sorunlardan ayrı olarak ele alınamaz. Yaptığımız araştırmada, çoğu hastanın alt düzeyde bir sosyo-ekonomik seviyeye ait bireyler olmaları, bu açıdan düşündürücüdür. Türkiye’de yapılan benzeri bir çalışmada da 92 evli bireyin %58’i eşlerinin kendilerine karşı, küçük düşürücü davranışta buldukları tespit edilmiş ve eşleri tarafından dayak atılan bu kişilerin, %66’sının da alt sosyo - ekonomik düzeyde oldukları bulgulanmıştır (Şener v.d., 1996: 112-113).

Evli bayanların, ailelerine, eşlerine bağımlılıkları, aile bütünlüğü için işlevsel olmakla beraber, onların ruhsal sağlıkları açısından fonksiyonel olmayabilir. Çünkü, bağımlı kadınların yakınlık ihtiyacı fazla olduğundan, sosyal becerileri ve yeterli bir sosyal destekleri de olmadığında, aile içinde yaşayacakları bir kırılmayı telafi edebilmeleri zordur. Buna paralel olarak, yapılan bir araştırmada, hastaların birlikte yaşadıkları aile üyelerinin, kendilerine yapılan eleştirilere oldukça duyarlı oldukları ve eleştiri oranı arttıkça da depresyonun yinelenme olasılığının arttığı bildirilmiştir (İlnem v.d., 1998: 13-14). Ancak, kadınların evlilikle ilgili beklentileri, zamanla arttığından, görüştüğümüz hastaların evlilikle ilgili hayal kırıklıklarını, daha iyi yorumlayabiliriz.

**Tablo 39: Hastaların Kardeş Sayılarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı**

Kardeş Sayıları		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Bir	Sayı		1	1
	%		100,0%	100,0%
	%		2,4%	1,0%
İki	Sayı	2	1	3
	%	66,7%	33,3%	100,0%
	%	3,4%	2,4%	3,0%
Üç	Sayı	8	5	13
	%	61,5%	38,5%	100,0%
	%	13,8%	11,9%	13,0%
Dört	Sayı	9	3	12
	%	75,0%	25,0%	100,0%
	%	15,5%	7,1%	12,0%
Beş	Sayı	4	8	12
	%	33,3%	66,7%	100,0%
	%	6,9%	19,0%	12,0%
Altı	Sayı	9	6	15
	%	60,0%	40,0%	100,0%
	%	15,5%	14,3%	15,0%
Yedi ve Yukarısı	Sayı	26	18	44
	%	59,1%	40,9%	100,0%
	%	44,8%	42,9%	44,0%
Toplam	Sayı	58	42	100
	%	58,0%	42,0%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Tarihsel bir geçmişe sahip olan aile, sahip olduğu değer ve normlarıyla, içinde tüm isteklerin tatmin bulacağı bir alan olmadığından; anlaşılan, artan beklentiler hayal kırıklıkları ile birlikte, karşılıklı ilişkilerde dengesizliklere neden olmaktadır. Örneğin, görüştüğümüz aileler, çekirdek aile olmalarına rağmen, geniş aile formunda bir işleyişe sahip olmanın sıkıntılarını yaşıyorlardı. Bazıları ise, çekirdek aile olmalarına rağmen, geniş ailelere mahsus bir sosyal destek beklentisi içindeydiler. Bunu anlamak, belki kolaydır. Çünkü, görüştüğümüz hastaların %44'ü yedi ve üstü bir sayıda , %4'ün dışında geriye kalan hastaların tümü ise, üç ve daha fazla sayıda çocuğu olan bir ailenin içinde büyümüşlerdi. Kalabalık aile içinde büyümenin avantajları olmakla birlikte, dezavantajlarının daha fazla ve sonuçlarının da daha ağır olabileceği söylenebilir. Yeterli ilgiden mahrum olmak bir yana, maddi yetersizliğin getireceği sıkıntılar, aile sorunları bu problemler içerisinde en önemlileri olarak düşünülebilir. Görüldüğü gibi,

erkek hastaların bayanlara göre daha kalabalık ailelerden gelmeleri, onların geçmişte, gerek maddi sıkıntı, gerekse de ihmal edilmişlik açısından risk altında kaldıkları söylenebilir. Yaptığımız pilot araştırmada ve daha sonra da, araştırma esnasında hastaların ailelerinin kaçınıcı çocuğu olduklarına ilişkin anlamlı bir sonuç bulgulamadığımızdan, bu konuda herhangi bir açıklama yapmayı gereksiz gördük.

**Tablo 40: Hastaların Sahip Oldukları Çocuk Sayılarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımları**

Sahip Olunan Çocuk Sayısı		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Çocuğum yok	Sayı	4	7	11
	%	36,4%	63,6%	100,0%
	%	8,2%	20,0%	13,1%
1 çocuk	Sayı	3	4	7
	%	42,9%	57,1%	100,0%
	%	6,1%	11,4%	8,3%
2 çocuk	Sayı	13	11	24
	%	54,2%	45,8%	100,0%
	%	26,5%	31,4%	28,6%
3 çocuk	Sayı	13	6	19
	%	68,4%	31,6%	100,0%
	%	26,5%	17,1%	22,6%
4 çocuk	Sayı	8	2	10
	%	80,0%	20,0%	100,0%
	%	16,3%	5,7%	11,9%
5 çocuk	Sayı	6	2	8
	%	75,0%	25,0%	100,0%
	%	12,2%	5,7%	9,5%
7 çocuk ve yukarısı	Sayı	2	3	5
	%	40,0%	60,0%	100,0%
	%	4,1%	8,6%	6,0%
Toplam	Sayı	49	35	84
	%	58,3%	41,7%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Brown ve Harris, kadınlar üzerinde yaptıkları depresyon incelemelerinde, evde 14 yaş altında, üç veya daha fazla bir çocuğa sahip olmanın, yakın ilişki yokluğunun, eşle ilişkilerde yaşanan sorunların, kronik evlilik huzursuzluklarının, ayrılıkların, depresyonu yorumlamamızda, önemli faktörler olduğunu bulgulamışlardır. Buna binaen, iyi işleyen bir evliliğin, evlilik ilişkilerinin depresyona karşı tampon görevi ifa

ettiği ve hatta yaşanan depresyon hastalığını azalttığı bilinmektedir (Aşkın, 1999: 87). Evli hastaların, düşük bir ekonomik durumda olmalarına rağmen, %22.6'sının üç çocuklu, %27.4'ünün de dört ve üzeri çocuğa sahip oldukları düşünülürse, yaşadıkları kötü koşulların ve zorlanmalarının boyutları, tahmin edilebilir. Ayrıca, çocuk fazlalığı, eskiden olduğu gibi, ne bir statü kaynağı ve ne de ekonomik bir getirisi olmadığından, çok çocuklu bu hastalar, çocuklarıyla yeterince ilgilenemediklerini, onların eğitim imkanlarını, geleceklerini hazırlayamamanın, onların hayatı için bir şey yapamamanın ezikliğiyle utandıklarını, tükendiklerini belirtmişlerdir.

Bunun dışında, evlilerin, çoğunu bayanların oluşturduğu %11'inin, doğrudan depresyon sebebi olarak belirtmeseler de, çocuksuz olmalarının, yaşadıkları hastalıklı durumu açıklamamızda, etkili olabileceğini düşünüyoruz. Çünkü, çocuk, evlilerin kendilerinden bir parça vasıtasıyla, bilinçaltında da olsa, gelecekte varolmasını ifade eden ve bireylerin ölüm korkusu, yok olmak endişesi karşısında tutunmalarını sağlayan bir dayanak anlamına gelir. Bunun dışında, kültürel olarak, çocuk sahibi olmanın önemi, çocuğu olmayan hastaların yetersizlik duygularına sebep olmuş olabilir.

Ayrıca, bu konuda bir başka sorun da depresyonlu bireylerin, evde sorunlu bir ilişki tarzını yürütmeleri dolayısıyla, eşleriyle problem yaşamalarıdır. Yani, eşleriyle problemlili oldukları için hasta oldukları değil de, depresyonlu oldukları için eşleriyle problemlili olabilecekleri unutulmamalıdır. Çünkü, depresyonlu bayanlar, duygu ve düşüncelerini ifade etmede daha yetersiz, kocaları ve çocukları ile daha fazla problemlili ve onlara karşı daha az müşfik, ama daha bağımlı ve boyun eğici bir ilişki tarzını devam ettirirler (Aşkın, 1999: 89).

Joel Kovel'e göre, toplumlar modernleştikçe, duygusallıklar, duygusal bağılıklar, geri plana atılır (Sayar, 1991: 173). Kamusal alan kişiselikten uzaklaştıkça ve gerilimin işlevsel olduğu modern kurumlar bireyler üzerinde baskıda bulundukça, çekirdek aileye aşırı bir duygusal destek işlevi yüklenir ve diğer kurumların yetersizliği oranında da eşler arasındaki aile problemleri en fazla kadın üzerinde baskı oluşturur. Çünkü, kadınların kamu alanındaki ve üretim düzenindeki zayıflığı, onları aile içinde psikolojik rehabilite figürü konumuna yerleştirerek ruhsal açıdan riskli bir konuma yerleştirmektedir.



### 5.3.5. Sosyal Destek ve Depresyon

Sosyal destek, araç-gereçlerin, maddi olanakların paylaşılmasından, sevginin, hoş duyguların iletilmesine ve birlikte zaman harcamaya kadar değişen bir dizi davranışı içerir (Torun, 1995: 38). Sosyal destek, aileden arkadaş çevresine kadar uzanan sosyal ilişkilerin niteliğiyle yakından ilgilidir. Gelişmekte olan ülkelerde, geniş aile yapısının, ruhsal hastalığı olanlar için destekleyici bir rolünün olabileceği ifade edilmiştir. Ancak, bu, söz konusu ailenin toplumsal yapı içerisindeki yeri ve önemi ile yakından ilgilidir (Sayar, 2000: 49).

Sosyal ilişkilerin kalitesi, sosyal destek sistemlerinin niteliğini belirler. Sosyal destek sistemlerinin varlığı ise, zorluklar karşısında güçlü olmayı, bireyin kendine olan güveninin artmasını ve bu zorlukların üstesinden gelebilmeyi sağlar. Her ne kadar, bu desteklerin yerli yersiz verilmesi, bireyin bağımlılık ilişkileri geliştirme ihtimaline neden olsa da, bu, sosyal desteğin önemini azaltmaz. Halbuki, sosyal desteğin yokluğu, bireylerin hastalıklar karşısındaki bağımsızlığını düşürür gibi zorluklara karşı olan direncini azaltmaktadır. Birey, destek gördüğünde bir bütünün parçası olduğu izlenimini edinerek topluma yabancı olmadığını farkına varır ve kendini emniyette hisseder. Bunun da ötesinde sosyal destek, kişinin bulunduğu ortam içerisinde değerli olduğu ve kabul gördüğü anlamına gelir. “Acı, paylaştıkça azalır.” sözünü doğrularcasına sorunların ağırlığının sosyal destekle birlikte azaldığını ifade edebiliriz. Bu itibarla, sosyal desteğin yaşam süresini uzattığına dair varsayımlar bile bulunmaktadır (Baltaş, 2000: 150).

Sosyal destek, sosyal yapının, sosyal tabakalaşmanın bir ürünü olup, toplumsal bütünleşme, kültürel değerler ve dini sistemle yakından alakalıdır. Ekonomik bakımdan gelişmiş ülkelerde, resmi kurumlar ve sivil organizasyonlar aracılığıyla kapatılmaya çalışılan sosyal destek açığı, ülkemizde, çeşitli sorunlar nedeniyle, yeterince ele alınmamakta ve bu tür sorunların aile, akrabalık, dini sistem içerisinde halledilmeye çalışıldığı görülmektedir. Ancak, ekonomik yapıyla birlikte, gittikçe zayıflayan bu kurumların, bireylerin, sosyal destek ihtiyaçlarını karşılamak bir yana, yeni sorunların ortaya çıkmasına zemin hazırladıkları ifade edilebilir. Örneğin, araştırmamızdaki hasta ailelerinin sorunlarla dolu olmasının ve üstelik, hastaların yaşadıkları sorunların önemli bir kısmının aile sorunları olmasının, ayrıca, ekonomik durumlarının çok kötü olmasının, onların sosyal ilişkilerinin bozulmasına yol açarak,

sosyal destek arayışlarına engel olduğunu rahatlıkla ifade edebiliriz. Ayrıca, hastaların, rahatsızlıklarının ilk belirtileri ortaya çıktığında, sorunlarını aileleriyle görüşmemiş olmaları, bunun yanı sıra, hastalıkla birlikte, yakın ilişkilerinin çoğunu kaybetmeleri, onların, sadece, hastalık öncesinde değil, hastalık esnasında ve hastalıktan sonra da sosyal destek açısından sorun yaşadıklarını belirtebiliriz.

**Tablo 41: Hastaların Arkadaşlık ve Dostluk İlişkilerinin**

**Cinsiyete Göre Dağılımı**

Arkadaşlık ilişkileri		Cinsiyet		
		Erkek	Kadın	Toplam
Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım vardır.	Sayı	14	9	23
	%	60,9%	39,1%	100,0%
	%	24,1%	21,4%	23,0%
Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım yoktur.	Sayı	17	16	33
	%	51,5%	48,5%	100,0%
	%	29,3%	38,1%	33,0%
Arkadaşlık ilişkilerim olumsuz yönde değişti.	Sayı	27	17	44
	%	61,4%	38,6%	100,0%
	%	46,6%	40,5%	44,0%
Toplam	Sayı	58	42	100
	%	58,0%	42,0%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Genel olarak, arkadaşlık ilişkilerindeki değişmeler açısından, erkek hastaların durumu (%61.4), kadınlardan (%38.6) daha kötü olmasına rağmen, bayanların dostluk açısından daha kötü olmaları, bu iki grubun sosyal pozisyonlarındaki farklılıklarla açıklanabilir. Erkekler, daha fazla sosyal olma imkanlarına rağmen (%60.9), sorunlarında, yıpranmaya, hayal kırıklığına daha açık olmaları açısından, bayanlar (%39.1) ise, gerek mesleki, gerekse eğitim durumlarının bir sonucu olarak, asosyal pozisyonları açısından sorun yaşamaktadırlar. Yapılan çalışmalarda da, olumsuz olaylara maruz kalanların arkadaş edinmede, yakın ilişkiler kurmada isteksiz veya yetersiz oldukları, bu nedenle de sınırlarını, sorunlarını birlikte paylaşacakları bir kişinin olmamasının, onları, depresyona itmede çok önemli bir etmen olduğu belirtilmiştir (Karaca, 1996: 28-29). Cömert, özverili bir arkadaşın varlığı, içinde bulunulan çevrenin duyarlılığı, biyolojik doğasına vurgu yapılan endojen depresyonlarda bile önemli bir etken olarak ele alınmaktadır (Arkon, 1986: 5).

İnsani bir yaşam için yakın, içten, samimi ilişkilerin, arkadaşlıkların ne kadar gerekli olduğunu biliyoruz. Eğer birey, zamanı geldiğinde, kendisine yapılan yardımın karşılığını veremeyeceği bir ekonomik durumda ise, birlikte oturduğu arkadaşına çay ısmarlayabileceği, yemek söyleyebileceği bir ekonomik durumdan yoksunsa, birçok hastamızda olduğu gibi, oturduğu evin kirasını, ekmeğini yediği bakkalın parasını ödeyemiyorsa, insanlarla sorunlar yaşayacak ve sosyal ilişkilerinde, ister istemez soğuk, güvensiz ve katı bir tabloya maruz kalacaklardır. Bu durumda, bırakın sosyal desteği, diğer insanlarla yaşadığı sıradan sosyal ilişkilerin bile kökü kazınır. Sosyal ilişkilerin kalitesindeki düşüklük ve sosyal destek azlığı ise, yalnızlıkla birlikte hayat kalitesini düşürerek depresyona yol açar. Çünkü, yalnızlık çekenlerin, kendine güvensizlik, mutsuzluk ve çevreyi olumsuz algılama skorları ile birlikte intihar oranları da oldukça yüksektir (Çorapçıoğlu, 1998: 29).

Sanayii öncesinde daha çok görülen ve günümüzün kalabalık ve hareketliliğin yoğun olduğu toplumlarında gittikçe azalan geniş aile, komşuluk ve dostluk gibi gruplarda yaşanan birincil ilişkiler, yerini resmi, soğuk ve çıkarıcı ilişkilere bıraktıkça, azalan sosyal desteklerle birlikte, ruhsal hastalıkların da kaçınılmaz olacağını ifade edebiliriz. Üretim tarzı özelleştikçe ve günümüzde olduğu gibi, geçim koşulları da git gide olumsuz bir hale geldikçe, bireyler arası sorunların artacağını ve bu oranda da sosyal destek sistemlerinin, yeterli bir önlem veya sosyal sigorta sağlanamazsa, bireylerle birlikte tükeneceklerini tahmin edebiliriz. Sosyal desteğin, başkalarına olan ilgiyle birlikte arttığını gösteren bir çok araştırma yapılmıştır (Torun, 1995: 17). Tamamen tüketime ve hazza dayalı olan bir sosyo-ekonomik sistemde, bireyler arası yardımlaşmanın yetersiz kalacağını ve adaletsiz bir sosyal tabakalaşma tarzının, bireyler arasına duvarlar örerek, sosyal bütünleşmeyi ve dolayısıyla da sosyal destek ve yardım sistemlerini yıpratması sonucunda, ruhsal rahatsızlık, başka türlü yaşamın olanaksız olduğu bir toplumda, kendini psiko-ekonomik bir çözüm olarak gösterir.

Ayrıca, Tablo 75'de de görüldüğü gibi, hastaların bir veya daha fazla sayıdaki yakınlarının ölmeleri de, onların sosyal desteklerinin azalması açısından değerlendirilebilir. Ruhsal hastalıklar, sosyal ilişki sorunları ile yakından ilgili olduğu için, şehirlerde, normal sandığımız çoğu ilişki tarzı da dahil olmak üzere, sosyal dokunun sağlıklı olduğu söylenemez. Hastalarımızda gördüğümüz gibi, şehirlerdeki sosyal ilişki sorunları, buralarda yaşayanların ruhsal sorunlarının bir sonucu veya bir parçası olarak da

değerlendirilebilir. Çünkü, şehirdeki sosyal ilişki tarzları ile depresif kişilik özellikleri arasında paralellikler olduğunu söyleyebiliriz. Bilindiği gibi, ruhsal hastalıkları olanların, özellikle de depresyonluların, sosyal girişimciliği azalarak, çevresel destekleri erozyona uğrar ve sonuçta, bu kişiler, çevrelerinin de olumsuz katkılarıyla uzun süreli, yakın ilişkiler kuramazlar (Aşkın, 1999: 35). Aslında, bu söylediğimiz sosyal ilişki özellikleri, şehirlerin doğasında var olan ve bizim de yabancı olmadığı özelliklerdir.

Fenichel, depresyonluların dış desteğe olan bağımlılıklarının, tutku düzeyinde olduğunu belirtir (Saydam v.d., 2000: 142). Bunun yanı sıra, sistem açısından işlevsel olduğu için bireyselliğe yapılan vurgu, biz merkezli bir düşüncenin ürünü olduğunu düşündüğümüz dışsal bağlılığı problem olarak kavramsallaştırıyor. Ancak, çok önceleri görüldüğü gibi, belirli bir üretim ve dayanışmacı sosyal yapı tarzına uygun olarak kişilerin dışsal odaklı olmaları, onların sosyal bağları önemsemelerinin bir boyutu olarak vefakâr, düşünceli, diğergam gibi vasıflarla adlandırılmaları anlamına gelmekteydi. Dolayısıyla, bu koşullar dikkate alındığında, bireylerin bu özellikleri, ruhsal hastalıkları ile ilgili olarak yorum konusu olamaz. Ancak, şimdi, bir ucu alestimikliğe, diğer bir ucu hoşgörüyeye kadar uzanan bu özellikler kümesi, kazanılması beklenen toplumsal kişiliğin temel duygusal formu olduğundan, dışsal odaklılık problem olarak ortaya çıkmaktadır.

Sabır ve biz bilincinin gittikçe azalmasının bir sonucu olarak, duyarlılığın işlevini yitirmesi, modern yaşamın özellikleri arasındadır. Ancak, duyarlılığın bu işlev kaybı, sosyal desteği zayıflattığından depresyona ve diğer ruhsal hastalıklara zemin hazırlamaktadır. O halde, nasıl ki, duyarlılık modern yaşama uygun değilse, sosyal destek de bu sisteme uygun değildir ve muhtemelen gittikçe azalacaktır. Liberal ekonomik yapılanmanın bir sonucu olarak, ben merkezli toplumsal bir projenin, narsistik özellikler taşımaması mümkün değildir. Sonuç olarak, ister ailede, ister arkadaşlık ilişkilerinde olsun, biz bilincinin ürünü olan sosyal destek, bireyci, narsistik kişilik üzerine kurulamaz. Tıbbi paradigmanın dışsal odaklılığı depresyon için risk unsuru olarak değerlendirmesi şeklindeki söylemi de, aslında, modern toplumsal örgütlenmenin, gittikçe daha fazla oranda, bireyci temel üzerine kurulmasından kaynaklanmaktadır. Öyleyse, bireysel yapıda, depresyon şeklinde ortaya çıkan hastalık aslında, biz bilincinde meydana gelen çatlaktır. Bir anlamda, depresyon, modernleşme sorunuyla yakından alakalıdır.

### 5.3.6. Sosyal Yapı Bağlamında Depresyonun Sebepleri

Olumsuz yaşam olayları, duygusal, davranışsal ve bilişsel anlamda, ciddi sıkıntılar doğurarak, depresyon başta olmak üzere, anksiyete, fobi gibi birçok ruhsal hastalıklara yol açarlar. Boşanma, evlilik problemleri, işsizlik, işten ayrılma, emeklilik sorunları, yasal ve maddi sıkıntılar, göç, yaşam koşullarındaki ve alışkanlıklardaki değişiklikler, sosyal değişiklikler, bir yakının kaybı, inanç sarsıntıları, tutkusal konularda ve duygusal yatırımı olan başarısızlıklar, olumsuz yaşam olayları içerisinde değerlendirilebilir. Genelde, kişinin, stresli bir olay sonrasında, davranış repertuarı daralarak reaksiyon dengesi bozulur ve bir süre, uyaranlara yönelik tepkisi, gerekli düzeyde olmaz. Bu esnada, sorunları çözmeye yönelik motivasyonlar bastırılırsa, bu arada yaşanan duraklamanın, depresyona neden olduğu bildirilmektedir (Ceylan v.d., 2001: 114). Olumsuz yaşam olayları durumunda, genelde, kaçınma, dış dünyayla ilişkilerde gerginlik, duygusal sınırlılıklar nedeniyle de, hem savunma hem de dış dünyadan çekilme şeklinde sonuçlar ortaya çıkmaktadır (Özgen v.d., 1999: 35).

Psikiyatrik çalışmalarda, hastalık öncesi olumsuz yaşam olaylarının, depresyonun etiolojisinde etkili olup olmadığı konusunda, farklı görüşler bulunmaktadır. Örsel ve arkadaşları tarafından, altı aylık zaman dilimi baz alınarak yapılan bir çalışmada, psiko-sosyal şartların, depresyonlularla sağlıklı kişiler açısından farklılık göstermediği ifade edilmiştir (Örsel v.d., 1997: 255-259). Halbuki, Paykel Prusoff ve Myers, intihar girişimi nedeniyle, acil servise getirilen kişilerle kontrol grubu arasında, son altı aylık yaşam olayları açısından, 53 hasta üzerinde yaptığı karşılaştırmalarda, depresif olanların, olmayanlara göre üç kat, intihar girişimi olanların da, olmayanlara göre, dört kat daha fazla olumsuz olay yaşadıkları tespit edilmiştir (Erkmen, 1989: 48). Yapılan bir diğer incelemede de, tek tek ele alındığında, parasal sıkıntılarının, evlilik ve yer değiştirme sorunlarının, depresyonun temelinde yattığı ortaya konmuştur (İlhan v.d., 1999: 5).

Bu konuyla ilgili olarak, Beck, çöküntünün duygularda değil de, bilişsel dünyada yaşandığına ilişkin depresyon kuramında, olaylardan ziyade, bu olaylara bireylerce yüklenen olumsuz, çarpıtılmış düşünce içeriklerinin, depresyona yol açtığını ifade eder. Doğrusu, bireylerin, yaşadıklarını çekilmez olarak görmelerinden ötürü, hastalandıklarını ve hastalıklarından dolayı da, yaşadıklarını çekilmez ve sıkıntılı olarak algıladıkları fikrinin, yeterince açıklayıcı olmadığını düşünüyoruz.



Eğer, bireyler, yaşadıklarını çekilmez olarak görüyorlarsa, bu bakış açısını kazandıran, bir zihniyet kalıbı olmalıdır. Bu zihniyet ise, değer ve normların yanı sıra, yaşam olaylarının niteliğiyle ilgilidir. Yani, depresyonlu hastaların geçmişlerinde, herhangi bir olumsuz yaşantı olayı olmadığı halde, onların geçmiş ve geleceklerini, durup dururken, sırf hasta oldukları için, olumsuz olarak algıladıkları fikrine, katılmıyoruz. Yaptığımız araştırmamızda da, yaşam olayları açısından, çok fazla sorunu olmayanların, bu tür sorunları olanlara kıyasla, geçmiş ve geleceklerini olumsuz olarak algıladıklarını, müşahede ettik. Hem gelecek ve hem de geçmiş yaşamlarını, olumsuz ifadelerle dile getirenlerin, gerçekten de olumsuz yaşam olaylarına maruz kalmış kişiler olduklarını, rahatlıkla söyleyebiliriz. Ayrıca, eğer bireylerin, aynı olumsuz olaylara yönelik tepkileri ve bakışları, farklılık arz ediyorsa, bu, biyolojik, bilişsel paradigmanın haklılığını göstermek yerine, söz konusu kişilerin, sahip oldukları zihniyetin ve onun altında yatan değerlerin farklılığıyla açıklanabilir. Eğer, bir olay, toplumsal anlamda kötüyse, iyi sosyalleşmiş biri için travma sebebiyken, yetersiz sosyalleşen biri için, bu anlama gelmeyebilir. Örneğin, gelişmiş ülkelerde boşanma, ülkemizde olduğu kadar, travma kaynağı değildir. Çünkü, toplumsal değerlerimiz, evliliğe verdiği önem dolayısıyla, boşanmayı oldukça olumsuz karşılar. O halde, yaşanan olumsuz bir olayın, depresyondaki etkisi, bu olayı yaşayan kişinin, buna atfettiği anlam ölçüsünde etkili olup, bu anlam da kaynağını, toplumsal değerlerden alır. Bu anlamda, kendisi belirtmese de, Beck'in, olumsuz yaşam olaylarına ilişkin bilişsel şemalarının, toplumsal değerlere dayandığını ifade edebiliriz. Ariet'i, bu konuya ilişkin farklı görüşlerini dile getiren, ilk kişi olarak, çocuklukta sosyalleşme esnasında edinilip de, sonradan bastırılan bilişsel şemaların, bireylerin iç dünyasında çatışmalara neden olduğunu belirtir. Ona göre, bu içsel çatışma şemaları, önceki kültürel inançlara ve model davranışlarına dayandığından, oldukça hatalı olabilir ve sonra da depresyona neden olacak, içsel çatışmalara yol açabilirler ( Aşkın, 1999: 37).

Bunun yanı sıra, sorunun daha önceden edinilmiş hatalı inançlarla birlikte, bizzat yaşanan sosyal sorunların, değişimlerin yarattığı çelişkilerin, bu konuda etkili olduğunu söyleyebiliriz. Yaşanan hızlı değişimin, bastığımız kişilik, kimlik, gerçeklik zeminini kayganlaştırarak, geçmiş, şu an ve gelecek kavramlarının, izafileşmesine neden olduğunu ve bu açıdan, değişimin, yok olma duygusuyla birlikte, değerlerde yarattığı belirsizliğin, başlı başına bir travma kaynağı olduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca, bugün sahip olduğumuz değerlerle, geçmişimizi değerlendirdiğimizden, olayları önceki bakış



açımızdan farklı olarak değerlendireceğimiz için, olumsuz duyguların daha ağır basacağını, rahatlıkla söyleyebiliriz. Çünkü, pişmanlık geçmişte edinilen bir duygu olmayıp, geçmişi, o günden oldukça farklılaşmış bugünün değerleriyle, bakışıyla yorumlayıp, yargılamanın bir sonucudur. Bu itibarla Freud'un, bir kısım yönlerini değiştirse de, bugünümüzün sorunlarının geçmişteki ve özellikle de çocukluk yıllarındaki olaylara bağlı olduğu şeklindeki fikrinin, yetersiz olduğunu, hatta tersine, bugün sahip olduğumuz değerlerin, geçmişteki ve gelecekteki travma algısının temelinde bulunduğunu, söyleyebiliriz. Çünkü, bir olumsuz olayın etkisinin, travma olarak değerlendirilmesinin altında bireyin sonradan edinmiş olduğu değerlerin kazandırdığı, bakış açısı vardır.

Yapılan birçok çalışmada, olumsuz olayların, depresyona olan etkisinin, yukarıda bahsi geçen araştırmalarda olduğu gibi, altı ay gibi kısa zaman dilimleri baz alınarak araştırıldığı ve sonra da bu zaman dilimi içerisinde, olumsuz bir olay bulunamamışsa, depresyonun etiolojisinde yaşam olaylarının etkisinin olmadığı kanaatine varıldığı görülmektedir (Dönbak v.d., 1997: 180). Halbuki, olumsuz bir olayın, ruhsal hastalık açısından, yıllar sonra bile, etkili olabileceği konusunda, ciddi bulgular bulunmaktadır (Stora, 1992: 39). Özellikle, olaya, yüklenme-zorlanma bakış açısıyla bakıldığında, psikiyatrik rahatsızlıkların, olumsuz yaşam olaylarından beş yıl ve daha fazla zaman sonra bile ortaya çıktığı görülmektedir (Arkon, 1986: 3). Çünkü, olumsuz olaylar esnasında, bireylerin, geçmişten gelen potansiyelleri de müsaitse, bu sorunlar karşısında, çözümler bulup, mücadele içerisine girmelerinden dolayı, o anda bireylerin kendilerini bırakıp, hastalanmaları pek beklenemez. Bir anlamda, bireylerin bu mücadele sonrasında almış oldukları sonuçların mahiyeti, hastalığın, sosyal zeminde gerçekleşen bireysel tarihini anlayarak, Freud'un bastırma nosyonuna takılmaksızın, sorunların sosyolojik olarak yorumlanmasını mümkün kılar.

Freud'a göre, bir travmanın gerçekleşmesi için, ikinci bir travmaya ihtiyaç vardır (Saydam v.d., 2000: 120). Ona göre, travmatik bir yaşantı, çözümlenmeden bastırıldığında, sonraki bir zamanda, olumsuz bir yaşam olayı ile birlikte aktifleşerek, rahatsızlık verici boyutlarda etkili olmaktadır (Özgen v.d., 1999: 38-39). Bir görüşe göre, olumsuz yaşam olayları, depresyonu belirlemede, nedensel bir etken olmak yerine, hastalığa yakalanmada, zedelenebilirlik açısından, bir yatkınlık oluşturmaktadır (Doğan, 2000: 33). Bazı psikolojik gerilimlerin, sonraki yaşamdaki etkilerinin veya benzer

şekilde, sosyal sorunların, daha sonraki dönemlerde ortaya çıkan psikolojik bedellerinin, zaman farkıyla yaşanması, şaşırtıcı olmasa gerek. Çünkü, nasıl ki tarihi bir olayın etkileri, o an ortaya çıkmıyor ve sonraki sosyolojik etkileri, sosyal olayların gerçekleştiği anda yordanamıyorsa, sosyal hadiselerin ve yarattığı psikolojik gerilimlerin belirtileri, sonuçları da, o anda ortaya çıkmayabilir ve yorumlanamayabilir. Üstelik, psikolojik indirgemeciliğin unuttuğu bir husus da travma, stress denilen çoğu sıkıntının, o anda bireyi etkileyip, sarsan bir olay olmayıp, sosyal yapı içerisinde kaynaklanan, süreklilik taşıyan sosyal bir problem olması ve aynı zamanda sonraki yaşamımızı da etkileyen bir süreklilik arz etmesidir.

Geçmiş, şu an ve gelecek bilinci, birbirlerinden kopuk değildir. Şimdiki zaman algılayışımızda, geçmişin etkisi vardır. Ama, aynı zamanda, Freud' dan farklı olarak, geleceğe bakışımızın da, şu anı ve geçmişimizi değerlendirmemizde, aynı ölçüde etkili olduğunu belirtmeliyiz. Yani, geçmiş, o anda yaşanmış şekliyle değil de, şu anda, yaşadığımız şekliyle ve bu anımıza özgü gözlüklerle algılamaktayız. Bu itibarla, geçmişin etkisini önemseyip, araştırmamızda kullanmakla birlikte, sadece geçmişteki olayların, bütün geleceğimizi belirlediği, ipotek altına aldığı fikrine katılamayız. Bu hususta, bir başka önemli tartışma konusu ise, "yaşam olaylarının depresyonun sonucu mu yoksa sebebi mi?" olduğudur. Gerçi, olumsuz bir yaşam olayı, ister depresyondan önce, isterse sonra yaşansın, hastalık üzerinde oldukça etkilidir. Yani, ne şekilde yorumlanırsa yorumlansın, stresli, sorunlu yaşam olayları ile depresyon arasında, belirli, karşılıklı ilişkilerin olduğu bilinmektedir. Ancak, eğer, bu öncelik fark edilemezse, hastalıkla yaşam olayları arasında, nedensel bir varsayım kurmak yanlış olur. Çünkü bu durumda, deyim yerindeyse, sapla saman birbirine karışır.

Araştırmamızda, hastaların %30.1'inin bir yıl ve üstünde, %30.1'inin de 3 yıl ve üstünde ilaç kullandıkları düşünüldürse, hastaların ilk hastalık anındaki ve son dönemlerdeki sorunlarının, neler olduğunun bilinmesi, önem taşımaktadır. Bu nedenle, belirtilen sorunları halledebilmek için araştırmamızda, hastanın depresyon sebebi açısından veya kendini en fazla etkilemesi bakımından, üç farklı dönemdeki olumsuz yaşam olaylarını tespit etmeye çalıştık. Bu şekilde, çocukluk ve gençlik yıllarındaki olumsuz yaşam olayları, depresyon sebebi olarak nitelendirilen, yakın geçmişteki olumsuz yaşantılar ve şu andaki üzüntü sebebi olan olaylar. Ancak, araştırmamızda, hastaların depresyon sebeplerine ilişkin ifadelerinin, yaşamakta oldukları depresyonda

belirleyici olduğunu ve son zamanlardaki özütülerinin de genelde, hastaların belirttikleri depresyon sebeplerinin bir devamı, uzantısı veya bu sorunların neden olduğu farklı sorunlar olduğunu, ifade edebiliriz.

**Tablo 42: Geçmişte Yaşanan Sarsıcı Olayların Cinsiyete Göre Dağılımları**

Cinsiyet	Geçmişte, Çocukluk Yıllarında Yaşanan Sarsıcı Olaylar						Toplam
	Geçim Sıkıntısı	Aileden Ayrılık	Aile Huzursuzluğu	Bir Yakın Kaybı	Üzücü Bir Aşk	Diğer	
Erkek	19 34,5% 70,4%	9 16,4% 64,3%	14 25,5% 53,8%	8 14,5% 57,1%	3 5,5% 50,0%	2 3,6% 100,0%	55 100,0% 61,8%
Kadın	8 23,5% 29,6%	5 14,7% 35,7%	12 35,3% 46,2%	6 17,6% 42,9%	3 8,8% 50,0%		34 100,0% 38,2%
Toplam	27 30,3% 100,0%	14 15,7% 100,0%	26 29,2% 100,0%	14 15,7% 100,0%	6 6,7% 100,0%	2 2,2% 100,0%	89 100,0% 100,0%

Sorunlar açısından, erkeklerle kadınların, genelde, aynı paydayı paylaşmakla beraber, öncelikler açısından sorunların, cinsiyetlere göre farklılaştığını görüyoruz. Sorunların, farklı öncelikler halinde algılanmasında, cinsiyet farklılıklarının etkisi olabileceği gibi, sorunların farklı cinsiyetler üzerindeki farklı etkilerinin, ağırlıklarının etkisi de söz konusu olabilir. Erkekler, geçmişte, çocukluk veya gençlik yıllarında, kendilerini en fazla sarsan olaylar içerisinde, ilk olarak geçim sıkıntısını (%34.5), ikinci olarak aile huzursuzluklarını (%25.5), daha sonra da sırasıyla, ailelerinden ayrı kalmalarını (%16.4) ve bir yakının kaybını (%14.5) dile getirmişlerdir. Kadınlar ise, çocukluk ve geçmiş yıllarında, en önemli sorun olarak, aile huzursuzluklarını (%35.5), ikinci olarak, geçim sıkıntılarını (%23.5) ve daha sonra da sırasıyla, bir yakının kaybını (%17.6) ve ailelerinden ayrı kalmalarını (%14.7), en sarsıcı olaylar olarak ifade etmişlerdir.

**Tablo 43: Çocukluk ve Gençlik Yıllarında Sarsıcı Olaylar Yaşayan Hastaların****Depresyon Sebeplerine İlişkin İfadelerinin Dağılımı**

Depresyon Sebepleri	Çocukluk ve Gençlik Yıllarında Yaşanan Sarsıcı Olaylar							
		Geçim Sıkıntısı	Aileden Ayrılık	Aile Huzursuzluğu	Bir Yakının Kaybı	Üzücü Bir Aşk	Diğer	Toplam
Sevdiğimden ayrıldım	Sayı	2	2		2	1		7
	%	28,6%	28,6%		28,6%	14,3%		100,0%
		7,4%	14,3%		14,3%	16,7%		7,9%
Bir yakınımlı kaybettim	Sayı	2	2	2	1	1		8
	%	25,0%	25,0%	25,0%	12,5%	12,5%		100,0%
		7,4%	14,3%	7,7%	7,1%	16,7%		9,0%
Aile huzursuzluğu	Sayı	10	4	11	1	4		30
	%	33,3%	13,3%	36,7%	3,3%	13,3%		100,0%
		37,0%	28,6%	42,3%	7,1%	66,7%		33,7%
Maddi sıkıntı	Sayı	6	5	1	8		1	21
	%	28,6%	23,8%	4,8%	38,1%		4,8%	100,0%
		22,2%	35,7%	3,8%	57,1%		50,0%	23,6%
Bir haksızlığa uğramam	Sayı	2	1	2	2		1	8
	%	25,0%	12,5%	25,0%	25,0%		12,5%	100,0%
		7,4%	7,1%	7,7%	14,3%		50,0%	9,0%
Kader	Sayı			3				3
	%			100,0%				100,0%
				11,5%				3,4%
Aile huzursuzluğu ve maddi sıkıntı	Sayı	5		7				12
	%	41,7%		58,3%				100,0%
		18,5%		26,9%				13,5%
Toplam	Sayı	27	14	26	14	6	2	89
	%	30,3%	15,7%	29,2%	15,7%	6,7%	2,2%	100,0%
		100%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Hastaların, çocukluk ve gençlik yılları ile ilgili olarak, dile getirdikleri sorunları ile, depresyon sebebi olarak, dile getirdikleri problemler karşılaştırıldığında, bunların hem erkekler ve hem de kadınlar için birbirlerine paralel oldukları, göze çarpmaktadır. Ancak, iki farklı dönemde, aynı sorunlar olsa da, herkesin aynı sorunlarının aynı şekilde devam ettiği söylenemez. Bunun yerine, geçmişteki sorunların, kısmen devam ettiği ve bunun yanı sıra, bu sorunların da, farklı sorunlara neden olduğunu veya yeni sorunların da bunlara eklendiğini söylemek daha doğru olur. Depresyon sebebi olarak, aile huzursuzluğunu dile getirenlerin, sadece, %36.7' sinin, geçmişte aynı sorunu





Bu itibarla, depresyon sebeplerine ilişkin sorunlarını dile getiren erkek hastaların, %29.3'u, maddi sıkıntıyı, %24.1'i aile huzursuzluğunu hastalıklarının sebebi olarak dile getirirken, kadınların %52.4 gibi bir oranı, aile huzursuzluğunu ve %11.9'u da, maddi sorunlarını, depresyon sebebi olarak, belirtmişlerdir. Kadınların duygusal olarak, daha hassas, ekonomik ve sosyal olarak daha bağımlı olmaları nedeniyle, erkeklere kıyasla, bir yakının kaybından daha fazla etkilenmeleri, tahmin edilebilir bir sonuçtur. Bununla ilgili olarak, bir yakının kaybını, hastalıklarının sebebi olarak ifade eden erkeklerin oranı (%6.9), aynı sebeple hastalandıklarını belirten kadınların oranının (%11.9) yarısı kadardır.

Erkeklerin duygusallıklarını önleyen veya bu tür duygularının bastırılmasını içeren, kültürel rollerinin, onların herhangi bir kayıp olayından etkilenmelerinin, fazlasıyla engellenmiş olabileceğini söyleyebiliriz. Erkeklerin, anahtar rolleri gereği olarak, maddi sıkıntıları, kadınların ise, aynı sebeple, ailevi sorunlarını, depresyon sebebi olarak belirtmeleri, anlaşılır bir açıklamadır. Gerçekten de, bütün hastalar içerisinde, maddi sıkıntıyı dile getiren erkeklerin oranı (%77.3), aynı sorunu ifade eden kadınların oranının (%22.7), neredeyse, üç katına ulaşmaktadır. Ancak, aile huzursuzluğu söz konusu olduğunda, bu kez de kadınların oranı (%61.1), erkeklerin oranının (%38.9) iki katına yaklaşmaktadır. Aile sorunlarını; ekonomi, eğitim, geçmiş yaşantılar gibi, birçok faktörün etkileyebileceğini unutmamakla birlikte, bu sorunun nedenleri içerisinde, kişiler arası ilişki sorunlarının, hayati bir önem taşıdığını ifade etmeliyiz. Bu arada, hiçbir kadının işaretlenmediği, ama erkeklerin %15.5 'inin depresyon sebebi olarak, "bir haksızlığa uğrama" şikkını ifade ettiklerini, maddi sonuçları itibarıyla dikkate alırsak, erkeklerin rahatsızlıklarında, maddi sıkıntıların oldukça fazla bir oranda olduğunu ve çoğu erkeğin, maddi sıkıntılarından dolayı, hastalandıklarını söyleyebiliriz. Hem maddi sorunları ve hem de aile huzursuzluğunu birlikte işaretleyen hastaların oranı, %13.0 'tür. Ancak, bu sonuç, sadece, aile huzursuzluğu seçeneğini veya sadece, maddi sıkıntı şikkını işaretleyenlerin hiçbirinin, bu iki sorunu birlikte veya ardarda yaşamadıkları anlamına gelmemektedir. Çünkü, hastalardan, en öncelikli sorunlarını işaretlemelerini istediğimiz için, cevaplarda bu şekilde bir yoğunlaşma belirmiştir.



**Tablo 45: Hastaların Son Zamanda Yaşadıkları Ekonomik Sorunların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları**

Son Dönemlerdeki Ekonomik Sorunlar		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Herhangi bir problemim olmadı	Sayı	13	10	23
	%	56,5%	43,5%	100,0%
	%	22,8%	24,4%	23,5%
Aşırı borçlanma	Sayı	14	8	22
	%	63,6%	36,4%	100,0%
	%	24,6%	19,5%	22,4%
İşlerdeki kötü gidişat	Sayı	6	4	10
	%	60,0%	40,0%	100,0%
	%	10,5%	9,8%	10,2%
Para sıkıntısı	Sayı	14	19	33
	%	42,4%	57,6%	100,0%
	%	24,6%	46,3%	33,7%
Dolandırılma	Sayı	10		10
	%	100,0%		100,0%
	%	17,5%		10,2%
Toplam	Sayı	57	41	98
	%	58,2%	41,8%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Bu konuyla ilgili olarak sorduğumuz, 23. soruya cevap veren hastaların %33.7'si, para sıkıntısı çektiklerini, %22.4'ü, zaman dilimleri farklı da olsa, aşırı borçlanmalarının olduğunu, %10.2' sinin dolandırılma ve %10.2 sinin de, yine, işlerindeki kötü gidişat nedeniyle, sıkıntı yaşadıkları dikkate alınırsa, hastaların çoğunun (%76.5) maddi sıkıntıda oldukları söylenebilir. Hatta, görüşülen kişilerin, diğer sorularda işaretledikleri sorunlarda da görüleceği gibi, farklı sorunları, hep birlikte, üst üste yaşadıkları ve bu nedenle de sorunlarının, üzüntülerinin, oldukça ağır olduğu söylenebilir.

**Tablo 46: Hastaların Son Dönemlerdeki Üzüntü Sebeplerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımları**

Son Dönemlerdeki Üzüntü Sebepleri		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
İşsizlik	Sayı	10	1	11
	%	90,9%	9,1%	100,0%
	%	17,5%	2,4%	11,2%
Yalnızlık	Sayı	5		5
	%	100,0%		100,0%
	%	8,8%		5,1%
Aile huzursuzluğu	Sayı	20	25	45
	%	44,4%	55,6%	100,0%
	%	35,1%	61,0%	45,9%
Bir yakınımı kaybettim	Sayı	7	5	12
	%	58,3%	41,7%	100,0%
	%	12,3%	12,2%	12,2%
Sevdiğimden ayrıldım	Sayı	2	2	4
	%	50,0%	50,0%	100,0%
	%	3,5%	4,9%	4,1%
Boşanma	Sayı	2	5	7
	%	28,6%	71,4%	100,0%
	%	3,5%	12,2%	7,1%
Maddi sıkıntı	Sayı	11	3	14
	%	78,6%	21,4%	100,0%
	%	19,3%	7,3%	14,3%
Toplam	Sayı	57	41	98
	%	58,2%	41,8%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Son dönemdeki üzüntülerine ilişkin değerlendirmelerinde, hastaların, depresyon sebeplerine yönelik cevaplarından farklı olarak, daha ayrıntılı seçeneklere cevap verdikleri için, gerek aile huzursuzluğu ve gerekse maddi sıkıntı ile ilgili sorunların, hem erkeklerde ve hem de kadınlarda daha fazla oranda çıkmasına neden olmuştur. Bu bağlamda, erkeklerin %35.1'i kadınların %61.0'ı aile huzursuzluğunu, hemen hemen tümünü erkeklerin oluşturduğu hastaların %5.1'i yalnızlığı, %11.2'si işsizliği, %14.3'ü maddi sıkıntıyı ve çoğunu kadınların oluşturduğu, %7.1'lik hasta grubu ise, boşanmayı, son dönemlerdeki en önemli üzüntü kaynağı olarak dile getirmişlerdir. Ancak, genel olarak ifade edilirse, maddi sıkıntılarla, ailevi sorunların, hastaların büyük bir kısmının (%80) ortak sorunu olduğu söylenebilir. Bazen, olumsuz yaşam olayları, başa çıkma becerilerinin gelişmesine neden olabilir. Ancak, bunun için, yani bireyin başa çıkma

becerisini ortaya koyabilmesi için, buna uygun, yeterli bir toplumsal zeminin olması gerektiğini belirtmeliyiz. Halbuki, hastaların gerek mücadele araçları gerek bireysel, sosyal donanımları ve gerekse geçmiş potansiyelleri ve sosyal konumları itibariyle, sorunları karşısında, çaresiz durumda oldukları, tarafımızdan tespit edilmiştir.

Yaşam olaylarında, önemli olan faktörlerden birisi de, yaşanan olumsuzlukların, bireyler tarafından nasıl algılanıp, yorumlandığı ve bu olaylarla baş etmede, bireysel donanım ve olanaklarının yanı sıra, sosyal destek açısından sahip oldukları imkanlardır. Karşılıklı etkileşim modeline göre, birey zorlanma ve yüklenme durumundan önce de yetersiz ve eksiktir. Buna göre birey, ilişki kurma ve devam ettirme bakımından yetersiz olduğundan, herhangi bir zorlanma ve sıkıntı anında hastalanmaktadır. Bu modelde, zorlukların toplumsal şartları üzerinde durulmadığı gibi, sosyal anlamda yetersiz olarak nitelendirilen bireylerin, hangi koşullardan dolayı, bu durumda oldukları konusunda herhangi bir açıklama yapılmamaktadır.

Elbette, bazı bireyler, yetersiz kalmaktadırlar; çünkü, toplumsal zorluklar karşısında, her kişinin durumu aynı olmayıp, sahip oldukları sosyal, kişisel, ailevi, eğitimsel ve mesleki pozisyonlarına, göre ruhsal dirençleri ve kendilerini kontrol edebilme kapasiteleri de değişmektedir. Örneğin, herhangi bir toplumsal veya bireysel zorluk anında, ekonomik gücü yerinde ve yeterli bir sosyal destek sahibi olan birinin, aynı koşullardan yoksun bir bireyden daha şanslı olduğunu rahatlıkla söyleyebiliriz. Bu açıdan, zihinsel esneklik, problem çözebilme etkinliği, kişiler arası ilişki becerilerinin yanı sıra, boş zaman değerlendirmelerinin, öfke ve korkunun, dünyaya ve ölüme bakışın, sosyal desteklere sahip olup olmamanın, ümit ve gelecek düşüncesinin, olumsuz yaşam olaylarını telafi edebilmede, önemli bir etkisi vardır. Bütün bu saydıklarımızın ise, sosyal, ekonomik ve kültürel yapı ile yakından ilgisi vardır. Bu itibarla, bireyleri depresyona iten ruhsal çelişkilerin, onu şekillendiren daha derin bir kaynağa, yani toplumsal yapıya, sosyal çelişkilere bağlı olarak, anlam kazandıklarını ifade etmeliyiz.

Bu anlamda, sosyal açıdan yetersiz olan her bireyin de, toplumsal açıdan iyi örgütlenmiş ve sosyo-ekonomik birtakım sorunlarını aşmış olan toplumlarda, ruhsal sağlıklarını kolay kolay kaybetmeyeceklerini, ifade edebiliriz. Görüştüğümüz hastaların çoğu, bu kriterler açısından, gerçekten oldukça dezavantajlı bir durumda olmalarından

öftrü, hastalıklarının yaşamlarının bir prototipi olarak algılıyorlardı. Yani, bu hastaların çoğu için, yaşamın bizatihi kendisi, sıkıntı veren, yıpratıcı anlamıyla depresyondu.

Bu anlamda, hastaların ruhsal sıkıntıları tekil, bireysel bir durum olmayıp, bizzat sorunlu yapısıyla, sosyo-ekonomik temellerin üzerinde yükselmekte ve somutlaşmaktadır. Bu nedenle, bireylerin dışarıda, sosyal hayatta yaşadıkları sıkıntılar, sorunlar, hastane kapısından geçip, ilaç içtikleri anda bitmemektedir. Kullanılan ilaçların, yeterince çözüm sağlayamamasının nedeni de budur. Toplumsal zorluklar ve çarpıklıklar, her türlü nevrotik korkunun ve öfkenin kaynağı olarak, orada durmakta ve dışsal sorunun neden olduğu bu korku, endişe veya sarsıntılar, bir müddet bastırılıp o an gözükmesine de, herhangi bir zorluk anında, ruhsal sorun olarak, kendini belli etmektedir.

Hastaların ilk depresyon sebepleri ile son dönemdeki üzüntü kaynakları karşılaştırıldığında, bir paralellik olduğu görülmektedir. Dolayısıyla, bu hastaların sorunlarının süreklilik taşıması, belki de üzüntülerinin depresyona dönüşmesindeki, en önemli unsurlardan biridir. Bir diğer anlamda ise, sorunların kemikleşmiş olması, çözülmeyeceği beklentisi, bu hastaların gelecekte ümitlerini keserek, hastalıklarının temelindeki sorunu açıklar bir nitelik taşımaktadır. Belki de, görüştüğümüz hastaların depresyonlarında, birden fazla sorunlarının kombinasyonu, onların bu durumlarını ve bu hastalığı anlamamızda, en doğru yaklaşım olacaktır. Çünkü, olumsuz yaşam olaylarının, bir biri ardına harekete geçtiği durumlarda, bireyler, geçmişten itibaren, sürekli olumsuz yaşam olaylarıyla aşırı yüklendikleri için, ne denli dirençli olurlarsa olsunlar, en basit sıkıntı verici bir olayda dahi, fazlasıyla sarsılacaklardır.

Hastayı, sadece, hastalanınca değil, onu, yaşam koşullarıyla psiko-sosyal bir bütün olarak ele alan anlayış, gittikçe önem kazanmaktadır. Çünkü, artık, hastalığın stresle ve stresin de, yaşanan çevrenin olumsuzluklarına bir tepki olarak, sosyal yaşantının bir parçası olduğu, büyük ölçüde, kabul görmektedir (Baltaş, 2000: 119). Mayer'in depresyonu, hastaların bozuk yaşam olaylarına bir tepkileri olarak değerlendirmesini, biz de görüştüğümüz hastaların depresyonlarını yorumlamada, açıklayıcı olarak kullanabiliriz.

## 5.4. Sosyo-Kültürel Yapı ve Depresyon

### 5.4.1. Dünya Görüşü, Dindarlık ve Depresyon

Dostoyevski'ye göre, insan yaşıyorsa, bir şeylere de inanıyordur. Tanrı düşüncesinin, daha çok, duygularımızın akışından doğduğunu belirten Dostoyevski, bu duyguyu, evrende hissettiğimiz yalnızlık, terk edilmişlik düşüncesiyle açıklamaktadır. Kierkegaard ise, "inancı, benin kendine dönerken, kendi olmak isterken, kendi saydamlığı arasında, onu ortaya koyan gücün içine dalması olarak ifade eder" (Yakupoğlu, 1997: 72). Psikiyatri tarihi içinde, sosyo-kültürel okul, bireyin psişik ve organik rahatsızlıklarını dikkate alırken, toplumsal yönünü gözden kaçırmamayı dikkate alır.

Toplumsal yapının önemli bir parçasını oluşturan dini inançlar, öteki dünyayla ilgili umut ve beklentiler, sosyal kültürel ve ekonomik etkilerinin yanı sıra, psikolojik yapımızda da önemli etkilerde bulunurlar. Çünkü, gerçek dediğimiz şey, aslında, bir algı, inanç sorunudur nihayetinde ve sanal bir ürün de olsa, bir düşüncenin, gerçek etkilerde bulunma gücü, inkâr edilemez. Örneğin, G. Afrika yerlilerinin inandığı Woudou olarak bilinen bir hastalıkta, bireyin kendisine büyü yapıldığına, ruhunun zapt edildiğine ilişkin düşüncelerinin, arsenik kadar etkili olduğu ve sonuçta buna inanan yerlinin, daha güçlü bir büyücü bulamadığına inandığı durumlarda, öldüğüne dair çok net bulgular bulunmaktadır (Mannoni, 1992: 107). Bu anlamda, bireylerin, hallüsünasyonları da dahil olmak üzere, içsel dünyalarında yarattıkları psişik malzeme, dış dünyada gerçek etkilerde bulunur. Bu bağlamda, birçok hastamızın, kendilerine büyü yapıldığına ilişkin düşüncelerinin, onların hastalıklarının değerlendirilmesinde, dikkate alınması gerektiğini ifade etmeliyiz.

Jung, arketiplere ilişkin çözümlerinde, insanın ruhsal yapısının, dinsel bir işleve sahip olduğunu ve bu etkenin, cinsellik ve saldırganlık kadar etkili olduğunu ifade eder. Bu açıdan, Jung'a göre, nasıl ki, içgüdülerin doğal olarak, tatmini gerekiyorsa, dinsel işlevlerin de, uygun bir tarzda ifade edilmesi gerekir. Jung, dinin, temel fonksiyonlarından biri olan arketiplerin, bilinçli olarak dile getirilmesine ve paradoksların meşrulaştırılmasına yaradığını belirtir. Ona göre, insanın içindeki en iyiyi yansıtan, Tanrı arketipi olduğundan, bu imaj, bireyin kendisiyle, iyi tarafıyla iletişimini sağlayan önemli bir figürdür. Eğer, bu arketip yaşatılmazsa, bireyin iyi yönüyle iletişim kuran tarafında ve nihayetinde, karakterinde bir çatlak meydana gelir ve bu kez, ilkel bir

Tanrı, yine bireyin davranışlarına hükmeder. Bu nedenle, Jung, bugün, politik (İdeolojiler) ve diğer sosyal etkinliklerde bu dinsel enerjinin yanlış yönlendirilmesinin sonucu olan bir takım sorunların yaşandığını ileri sürer (Fordham, 2001: 88).

Tanrı inancı, bireyin, hayatın anlamını, amacını ve yaşam sonrasını anlamlandırmasında, hayati bir fonksiyon icra eder. Dostoyevski'nin deyimiyle, "Eğer Tanrı yoksa, her şey mübahtır." Çünkü, Tanrı yoksa, bireyin davranışlarına ve düşüncelerine, ne içte ne de dışta, bir dayanak bulması, mümkün olmayacaktır ve sonuçta, birey, kararlarında ve kararlarının sorumluluğu karşısında, tek başına kalacaktır (Sartre, 1999: 69).

Kardiner, ilk yaşantıların oluşturduğu bilinçdışı çatışmaların, kaygıların etkisiyle din, halk masalları gibi kültürel unsurların meydana geldiğini belirtir. Bu anlamda, Kardiner, nesnel şartlara uyum gösterirken, yaşanan engellenmelerin ve buna karşı geliştirilen savunma mekanizmalarının, din de dahil, ikincil kurumlara yol açtığını belirtir (Bock, 2001: 124). Yani, aile işlevlerindeki ve sosyal destek sistemlerindeki sorunlar, paylaşılan kaygılar, savunmalara, nevrozlara yol açarken, bunlar da din, ritüel ve folklor gibi, ikincil sonuçlara neden olmaktadır. Roheim ise, bu kurumların bizzat, bilinç dışı dürtülere karşı, kültürün bir savunma aracı olarak geliştirildiğini ifade etmiş ve aslında, çocukluk fantezilerinin tatmini için büyüdüğümüzü ve kurumları da, bu nedenle oluşturduğumuzu belirterek, Freud'un kuramını, antropolojik bir temele oturtmaya çalışmıştır (Bock, 2001: 230-232). Bilindiği gibi, Freud, nevrozları açıklarken, toplumda ortaklaşa gerçekleştirilen faaliyetlere dikkat çekerek, nevrozları, sosyal kurumların çarpıklıklarına benzetir. Bu anlamda, Freud, birey için nevroz neyse, toplum için de kültürün, aynı işleve ve anlama sahip olduğunu ifade etmiştir (Bock, 2001: 68-73).

Bazı siyaset felsefecilerine göre, din, vicdanlar üzerindeki kontrolüyle, sosyal düzeni sağlamaya yetmeyince, devlet, bir yaptırım gücü olarak ortaya çıkmıştır. Bu bakış açısının bir sonucu olarak, günahlar, yasağa; sosyal kontrol fonksiyonu da vicdandan yasaya doğru gelişmeye başlamıştır (Mengüşoğlu, 1992: 277). Bilindiği gibi, Osmanlı toplumu, başlangıçtan itibaren, dinsel bir temelde örgütlenmişti. Geçmişte bakıldığında, Osmanlı devletinin hemen her kurumunda, ordusundan, esnaf teşkilatlarına, eğitiminden hukukuna, teba durumundaki halk katmanlarına kadar, geniş



bir alanda, dinin ve sufi tarikat örgütlenmelerinin belirleyici bir rolü olduğu bilinmektedir (Yıldırım, 1999: 109-112).

Mutasavvıflarda, temel bir etkinlik olan “kendini bilme”, “kendini tanıma” deneyiminin, içe kapanmayı zorunlu kılan, Emeviler dönemi yönetiminin baskıcı iktidarıyla, aynı döneme rastlamasının, anlamlı olduğunu düşünüyoruz. Aynı özdenetimin, nefsi terbiyenin, sosyal kontrolün temel bir ögesi olarak, daha sonraları, Osmanlı’da, sufi örgütlenmeler aracılığıyla, arzu ve beklentileri azaltmanın ve kontrol altına almanın imkanını sunmasıyla birlikte, “ben yönetimi” teknolojisi, Osmanlı İmparatorluğu’nun kapalı ekonomi sisteminin gerektirdiği çileci ahlakı yaratarak, iktidarın devamında önemli bir rol oynamıştır (Ülgener, 1981: 97). Bu dini, tasavvufi etkinin, kültürel ve zihni yapıdaki etkilerinin, zamanla değişmekle birlikte, şu veya bu şekilde, hala, devam ettiğini, sosyal yapıda ve insanların içsel organizasyonlarında, duygularının koordinasyonunda ve davranışlarında, önemli yansımaları olabileceğini tahmin edebiliriz. Bu anlamda, duygu operatörlüğünün, iktidar-sosyal kontrol süreci bağlamında, dinden psikiyatrye uzanan ve dönüşen bir sürekliliği tartışılabilir.

Görüştüğümüz bazı psikiyatrylar, kendilerine gelen hastaların, bu toplumun genel yapısını yansıttığını, yani, dindar olanların da, olmayanların da, depresyondan dolayı rahatsızlanarak, kendilerine baş vurduklarını, ama bu konuda, net bir fikre sahip olmadıklarını, ifade etmişlerdir. Bununla birlikte, psikiyatrylar, hastaların inançlarında meydana gelen değişimleri, onların ruhsal hastalıklarının bir sonucu olarak, değerlendirdiklerini belirtmişlerdir. Hastanedeki bayan bir psikolog ise, tarikat eğilimleri olan bireylerin, bu tür rahatsızlıkları nedeniyle, hastaneye gelmelerinin, kendisinin dikkatini çektiğini belirtmiştir.

Bu itibarla, hastaların ruhsal rahatsızlıklarıyla, dindarlıkları arasındaki ilişkinin, din-psikiyatry eksenindeki paradigmatik bir kaymanın nesnesi olup olmadığını, kültürel bakış farklılığı nedeniyle de, bu konuda, tıbbi paradigmanın, işlevsel bir etiketlemesinin olup olmadığını ele alabilmek için, hastaların dindarlık eğilimlerinin bilinmesinin önemli olacağını söyleyebiliriz.

**Tablo 47: Hastaların Kendini Ait Hissettiği Grupların****Cinsiyetlerine Göre Dağılımları**

		Kendini Ait Hissettiği Gruplar						
		Liberal Demokrat	Sosyal Demokrat	Muhafazakar-Milliyetçi	Dindar	Hiçbiri	Toplam	
Cinsiyet	Erkek	Sayı	1	12	28	13	4	58
		%	1,7%	20,7%	48,3%	22,4%	6,9%	100,0%
		%	50,0%	60,0%	71,8%	41,9%	50,0%	58,0%
Kadın	Kadın	Sayı	1	8	11	18	4	42
		%	2,4%	19,0%	26,2%	42,9%	9,5%	100,0%
		%	50,0%	40,0%	28,2%	58,1%	50,0%	42,0%
Toplam	Toplam	Sayı	2	20	39	31	8	100
		%	2,0%	20,0%	39,0%	31,0%	8,0%	100,0%
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

İnanç ve dini davranışı, çeşitli savunma mekanizmalarına benzeten Wallace ve Melford Spiro, dinin, bireylerin, sorunlarıyla başa çıkabilmek için, kültürel olarak inşa ettikleri, bir savunma mekanizması olduğunu ifade eder (Bock, 2001: 82). Bir başka makalesinde, toplumların, dini kurumları, istikrarlarını koruyabilmek ve uyumu kurumsallaştırılabilmek için hazırladıklarını belirten Spiro'ya göre, dini kurumlar, bireylerin gerilimlerini azaltmalarına fırsat vererek, acının kabullenilmesini ve yönlendirilmesini sağlamada, önemli bir fonksiyon üstlenirler (Bock, 2001: 247). Otto Rank ise, dinin, tarihsel gelişiminin, korkunun hissedilmesiyle ortaya çıktığını ve bu korkuya karşı geliştirildiğini belirtir (Manoni, 1992: 75).

Bu itibarla, bireylerin psikolojik savunma mekanizmalarıyla kurumsal, toplumsal savunma mekanizmaları arasındaki ilişkinin varlığını, onların ruhsal sağlıkları açısından tartışabilmek için, hastaların, kendilerini hangi toplumsal zemin ve grup içerisinde algıladıklarını, davranışlarını ve duygularını, hangi referanslara dayandırdıklarını öğrenmeye çalıştık. Ancak, hastaların ifade ettikleri bu kimlik tercihlerinin veya

ifadelerinin, tamamen bilgiye, bilince dayalı bir sonuç olduğunu söyleyemeyiz. Aslında, bu soru, biraz da, hastaların dindarlıklarının daha net olarak ortaya çıkarılmasını hedefleyen bir tür sondaj sorusuydu. Bu amaçla sorduğumuz, hastaların, “kendilerini hangi gruba ait hissettikleri” şeklindeki sorumuza, görüştüğümüz hastaların %20’si, kendilerini, sosyal demokrat olarak, %39’u, muhafazakâr-milliyetçi ve %31’i de, dindar olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Bu verilerden hareket edersek, hastaların, ifade ettikleri dindarlıklarının, onların sorunlarını ve ruhsal sıkıntılarını dengeleyebilecek bir nitelikten yoksun olduğunu söyleyebiliriz.

E. Fromm, dinsel coşku ve inanç ihtiyacının, çeşitli izmler ve dindışı eğilimlere yöneleceğini belirterek, dinin, bu konudaki fonksiyonu üzerinde durur. Bununla birlikte, Calvin’in öğretilerinden hareketle, dinin işlevsel olmaması halinde, bireyler üzerinde huzursuzluk, suçluluk, değersizlik ve güçsüzlük duygularına neden olabileceğini vurgulayan Fromm, bu durumda, toplumsal bir nevrozun normalleştirilerek kültür haline gelebileceğini de ileri sürmektedir (Fromm, 1990: 255-256). Bu açıdan, hastaların dindarlıklarına ilişkin ifadelerinin, onların dini faaliyetleri, ibadetleri açısından değerlendirilmesi halinde, anlam kazanabileceğini ve dini bir işlev bozukluğunun olup olmasının, ancak, bu bağlamda değerlendirilebileceğini ifade edebiliriz. Nitekim, Stack, din sosyolojisiyle ilgili çalışmalarında, dindarlığın, ibadet, inanç ve dini kaynakları okuma gibi etkinlikleri değerlendirmek suretiyle ölçülmesinin, onun fonksiyonelliğinin değerlendirilebilmesinde, gerekli olduğunu göstermiştir (Stack, 1983: 363-374).

Bir araştırmasında, Glock, dindarlığın sadece, inançla ölçülemeyeceğini, bunun yanında, ibadete katılma, dini yaşantı, dini kanaatlerin pratikte kullanılması, kutsal kitabı okuma ve dini bilgi gibi faktörlerin bileşimini, dindarlık ölçütleri olarak değerlendirmektedir (Glock, 1998: 260-261). Gerçi, İslam, diğer dinlerden farklı birtakım özelliklere sahipse de, hastaların dindarlıklarının ölçülmesinde, yukarıda verilen, dini davranışlarla ilgili faktörlerden bazılarını, onların hastalıklarıyla ilişkileri bağlamında ölçmeyi ve değerlendirmeyi uygun gördük.

**Tablo 48: Hastaların Kendileriyle İlgili Değerlendirmelerinin İnançla****İlgili Davranışları Açısından Değerlendirilmesi**

		Kendinizi Aşağıdaki Sınıflardan Hangisine Yerleştirirsiniz					
		Liberal Demokrat	Sosyal Demokrat	Muhafazakar-Milliyetçi	Dindar	Hiçbiri	Toplam
Hastalanmadan Önce İnançla İlgili Davranışlar							
	Bir inancım yoktu	Sayı	4		1		5
		%	80,0%		20,0%		100,0%
			20,0%		3,2%		5,0%
Sadece inanırdım	Sayı	1	12	9	2	3	27
	%	3,7%	44,4%	33,3%	7,4%	11,1%	100,0%
	%	50,0%	60,0%	23,1%	6,5%	37,5%	27,0%
Sadece oruç tutardım	Sayı		1	2		2	5
	%		20,0%	40,0%		40,0%	100,0%
	%		5,0%	5,1%		25,0%	5,0%
Bütün dini vecibeleri yerine getirdim	Sayı			6	19		25
	%			24,0%	76,0%		100,0%
	%			15,4%	61,3%		25,0%
Sadece inanır ve düşkünlere yardım ederdim	Sayı	1	1	4			6
	%	16,7%	16,7%	66,7%			100,0%
	%	50,0%	5,0%	10,3%			6,0%
Sadece oruç tutar ve ara sıra da namaz kılardım	Sayı		1	8	7	2	18
	%		5,6%	44,4%	38,9%	11,1%	100,0%
	%		5,0%	20,5%	22,6%	25,0%	18,0%
Sadece oruç tutar ve cuma namazı kılardım	Sayı		1	10	2	1	14
	%		7,1%	71,4%	14,3%	7,1%	100,0%
	%		5,0%	25,6%	6,5%	12,5%	14,0%
Toplam	Sayı	2	20	39	31	8	100
	%	2,0%	20,0%	39,0%	31,0%	8,0%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabloda görüldüğü gibi, araştırmamızda, kendini dindar olarak gören hastaların (%31.0), sadece, %61'i, bütün dini vecibelerini yerine getirdiklerini belirtmişlerdir. Dikkat edilirse, araştırmamızda, bütün dini vecibeleri yerine getirdiklerini belirtenlerin de, sadece, %76.0'ı, kendilerini dindar olarak görmüşlerken, bu seçeneği işaretleyen diğerleri, kendilerini, muhafazakâr olarak nitelendirmişlerdir. Bu açıdan, hastaların

kimliklerine ilişkin algılamalarıyla, yukarıda verilen kriterler bağlamındaki dindarlık kimliği arasında, ciddi bir uçurum olduğu söylenebilir. Bilindiği gibi, ulaşılmak istenen ideal kimlikle, gerçek benlik arasındaki mesafe, depresyonda, belirleyici bir faktördür. Halbuki, en azından dindarlar açısından, problemlerin zihinden uzaklaştırılmasında ve farklı bir uğraş oluşturmada, ciddi bir katkı oluşturduğu söylenen ibadetin, bilişsel ve duygusal açıdan da önemli etkileri olduğu ifade edilmektedir. Bu konuda, Stack, gözetleyen bir Tanrı ve etkin bir ahiret düşüncesinin, bireysel zorlanmalarda, dengeleyici bir rol oynadığını belirtir. Ona göre, birey, normal hayatta başarısız olmuşsa, dinin, sosyal tabakalaşmaya alternatif olan, manevi hiyerarşik konumlandırışı nedeniyle, öz saygısını koruyabilir (Stack, 1983: 363-374).

Bir başka husus da, semavi dinler, kitaplarında, peygamberlerinin, en fazla zorluklar çeken insanlar olduğunu anlatarak, zor koşullarda yaşayan insanlara, etkili bir referans sistemi sunar. Ancak, dindar olduğunu söyleyen bütün hastalarımızın, genelde, kulaktan dolma bir takım bilgileri olmakla birlikte, Kur'an-ı Kerim'in Türkçesini hiç okumadıklarını ifade etmelerinin, yukarıdaki düşünceler açısından düşündürücü olduğunu, burada belirtmeliyiz. Çünkü, bütün semavi dinlerde olduğu gibi, Kur'an'da da, dini anlatıların, kayıpları ve maddi sıkıntıları, farklı bir bağlamda, bir fırsat olarak değerlendiren bir bilişsel alt yapı sunduğu bilinmektedir.

Dindarlığın, bireylerin ruhsal dünyalarını etkileyerek, depresyonu birkaç açıdan etkileyebileceğini ifade eden Stack, bu konudaki hipotezlerini, yakın bir Tanrı ve ahiret düşüncesi, kader ve anlam, manevi statü gibi dini inançlar ve ritüeller çerçevesinde ele alır. Bu hipotezlerinden biri olan dini gruplara bağlılık, sosyal destek sistemi sunarak bireylerinin aidiyet ve kimlik duygularını oluşturur ve onların yardımlaşmalarını sağlar. Bununla yakından alakalı bir diğer fonksiyon ise, dini bağlılığın, bireylere, ümit duygusunu ve olaylar karşısında gelecekle ilgili iyimserlik hissini kazandırmasıdır. Dolayısıyla da, bireyler, olumsuz olayları, negatif bağlamdan pozitif yönlere çekebilme imkanlarına kavuşurlar. Nitekim, A.B.D.'de yapılan birçok araştırma, dindarlığın, dini inançların, etkinliklerin, depresyon riskini azalttığını ortaya koymuştur. Bununla birlikte, Martin John'un, eyalet çapında yaptığı bir araştırmada, dinin, depresyonu engellemedeki rolünün fazla olmadığını, eğitim düzeyinin ve ekonomik durumun, bu konuda daha belirleyici olduğu sonucuna vardığını belirtmeliyiz (Martin, 1983: 70-72).

Dindarlığın ve Tanrı inancının bir gereği olan, ölüm sonrasına ait inançlar, bireyin ölüm korkusunu yenmesinde, özellikle de, bir yakının kaybından duyulan üzüntünün giderilmesinde, önemli bir yer tutar. Din psikolojisinde yapılan araştırmalarda, özellikle, trajik olaylar esnasında veya sonrasında, dini ibadetlerde artış olduğunun bulgulanmış olması, bu anlamda düşündürücüdür (Altaş, 1999: 620). Ancak, trajik olay yaşayan hastalarımızın, aynı tepkiyi verdiklerini söyleyemeyiz. Bu anlamda, genelde bütün hastaların, ama özellikle de dindar olduklarını söyleyenlerin, sorunlarını, farklı bir bağlamda, yani, ahlaki, dini bir metafor kullanarak, değerlendirdiklerini söyleyemeyiz. Örneğin, konuşmalarımızda, dindar hastaların, günahlarından ötürü hastalandıklarını, manevi suçluluk duyduklarını söyleyemeyiz.

Bilindiği gibi, değerlerin tarihsel kaynağı olan din, sosyal yapıyla tutarlı olduğunda, ölüm çaresizliği karşısında rıza, tevekkül; karşılaşılan sıkıntı ve zorluklara karşı sabır; korkulara karşı güven, kimlik ve bütünlük ihtiyacını sağlama gibi duygusal, öz kontrol fonksiyonlarının yanı sıra, sahip olduğu ahlaki değer ve normlarla da sosyal kontrolü, uyumu sağlayan, önemli bir kurum olarak bilinir (Hökelekli, 2001: 100-113). Ancak, bu değerlerin, sekülerleşmeyle birlikte, etkilerini, yitireceklerini veya sahip oldukları fonksiyonlarının azalacağını bekleyebiliriz. Bununla birlikte, nispeten, önemleri, devam etmekle beraber, değerlerin bu fonksiyonlarının, dinin etkinliği azalıp, kitleler üzerindeki kontrolü zayıfladıkça, psikiyatriden farklı bir formatta talep edilebileceğini tahmin edebiliriz. Çünkü, farklılaşma artıkça, fonksiyonlar da değişerek, kurumlar arası geçişlere konu olmaktadır. Nitekim, Sokrates'ten beri bilinen ve bütün semavi dinlerin özünde bulunan, "kendini tanıma", "kendini bilme" ve "nefsi terbiye etme" deneyimi, Tanrı'ya ulaşmanın bir yolu olarak vaaz edilmişken, gelişen psikoloji ve psikiyatriye, teknik bir imkan olarak miras kalmıştır. Günah çıkarmanın, kendi kendine telkinin bir çeşidi olan duanın, terapiye dönüşmesinde olduğu gibi.

Eğer, hastaların, hastalık sebepleriyle ilgili olarak, sorduğumuz bu soruları ve seçenekleri, bundan yarım asır önce sorsaydık, sanırız, cevapların önemli bir kısmını, "kader" seçeneği oluştururdu. Bilindiği gibi, kader düşüncesi, dini düşüncede önemli bir yer tutar. "Mevla görelim neyler, neylerse güzel eyler" ifadesinde karşılığını bulan kadercî bakış açısı, aslında, bireylerin yaşadıkları sorunların altında ezilmelerini engellemede önemli bir rol oynar. Daha önce de değindiğimiz gibi, bireylerin, yakın bağlılıkları, güven verici ilişkileri azaldıkça, herhangi bir sorun anında, destek



bulabileceklerini hissettikleri, görüp gözetemeyen yüce bir güce olan ihtiyaçlarının artacağını söyleyebiliriz. Bireyin, doğru veya yanlış, böyle bir gücün kendisine vereceği yardıma inanmasının bile içinde hissettiği çaresizlik duygusunu azaltmada etkisi olabilir. Ama öte yandan, bireylerin, böylesi bir güç karşısında günahkâr ve suçlu olduğuna dair kanıları da, onların ruhsal sağlıkları açısından, ciddi handikaplara neden olabilir. Ayrıca, dinin, pasifize edici bir bakış açısıyla yorumlanması halinde, bireylerin, hastalıklarında önemli bir yer tutan çaresizlik algısına, katkıda bulunabileceği unutulmamalıdır.

Bir anlamda, bazı yanlış dinsel inançlar nedeniyle, güvenliği sağlamak adına irade, aktivite ve özgürlük sınırlanınca, kadercî bireyler, yaşanan sorunlar karşısında, geri çekilme ve suçluluk duyguları yaşayabilirler. Kontrol edemeyeceği sorunlarından, kadere sığınarak korunmaya çalışan inananlar, bu durumda, sanki, sorumluluklarından muaf olmuş gibi bir davranış ve beklenti içerisine girebilirler. Bu sorunlar ağırlaşınca da, yaşadıkları olaylara dayanabilecek değerler(sabır, kanaat, tevekkül) manzumesinden yoksun olan dindarlar, ruhsal sorunlar yaşayabilirler.

**Tablo 49: Hastaların Üzücü Olaylara Yönelik Değerlendirmelerinin Cinsiyete Göre Dağılımları**

	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Üzücü Olaylara Bakış						
Üzücü olayları kadere bağlarım	10	17,5%	23	54,8%	33	33,3%
Üzücü olaylar kendim yüzündendir	22	38,6%	8	19,0%	30	30,3%
Üzücü olaylar sosyal ekonomik şartlardandır	20	35,1%	5	11,9%	25	25,3%
Üzücü olaylar yakınlarım yüzündendir	5	8,8%	6	14,3%	11	11,1%
Toplam	57	100%	42	100%	99	100%

Kaderle ilgili soruya cevap veren hastalar içerisinde, kadınların %54.8'i, başına gelenlerin sebebi olarak, kaderi göstermişlerken, erkeklerde, aynı seçeneği işaretleyenlerin oranı, ¼ oranında azalarak, %17.5 seviyesinde kaldığı görülmektedir. "Üzücü olaylardan kendilerini sorumlu tutanlar" içerisinde ise, erkeklerin oranının

(%38.6), kadınların oranından (%19.0) iki kat daha fazla olması, anlamlı olarak değerlendirilebilir. Çünkü, erkeklerin sosyal rolleri icabı, sorunlardan kendilerini, sosyo-ekonomik şartları (%35.1), kadınların ise, genelde, olaylar karşısında maruz kalan rollerinden ötürü, kaderi, başlarından geçen üzücü olaylardaki sebep olarak algılamaları, beklenir bir sonuçtur.

Bunun yanı sıra, kadınların, gerek eğitim düzeylerinin düşüklüğü, gerekse sosyo-ekonomik bağımlılıkları ve olaylar karşısındaki edilgenlikleri, onların olaylara bakışlarında, sahip oldukları kaderciliği açıklayabilir. Çünkü, düşük sosyo-ekonomik düzeyin, kaderci zihniyetle ilgili olduğunu biliyoruz. Yine bununla ilgili olarak, hastalıklarının sebebi konusunda, kadınların, erkeklerden daha fazla ölçüde, yakınlarını sorumlu tutmaları, onları suçlamaları da bu açıdan değerlendirilebilir. Kader algısında, bireylerin başına gelenlerin sorumluluğunu, Allah'a havale etmeleri, temel olarak düşünüldüğünde, kaderci olduklarını ifade eden hastaların, üzücü olaylarda, hasta olacak kadar kendilerini suçlamaları, düşünölmeye değerdir. Bu itibarla, Tablo 44'de göröleceği gibi, depresyonla ilgili sebepler içerisinde, özellikle, dile getirdiğimiz kaderle ilgili seçeneğin, hastaların, sadece, %6 gibi az bir kısmı tarafından dile getirilmesi, kaderci bakış açısında meydana gelen değişimleri göstermesi açısından, dikkat çekicidir.

Bireylerin bazıları, dini, pasifize edici, çaresizleştirici bir bakış açısıyla algırlarken, bazıları da, tersi bir şekilde yorumlayabilirler. Bu anlamda, hastalıkta, dini bakış tarzı, tek başına belirleyici değildir ve bizzat, dinin algılanışı da, farklı sosyo-ekonomik pozisyonları itibarıyla, bireyden bireye değiştiğinden, ruhsal anlamda, farklı etkilerin olabileceğini tahmin edebiliriz. Bunun dışında, eğitim seviyelerinin, ekonomik seviyelerinin düşüklüğünün bir sonucu olarak, dindar olduklarını söyleyen bazı hastaların, oldukça çelişkili inançları olduğunu söyleyebiliriz. Örneğin, dindar olduğunu söyleyen bayan bir hastaya, intihar etmesini, dini açıdan nasıl yorumladığını sorduğumuzda, "Allah, nasıl olsa benim hasta olduğumu ve artık dayanamadığımı görüyor. Deli biri, davranışlarından sorumlu olmayacağına göre, bu anımdaki intiharımı da maruz görür, beni affeder" anlamında bir cevap vermiştir. Bu arada, hastanın, deli olduğuna ilişkin etiketlenme düşüncesinin, onun intihar girişimine sebep olması ve bu konuda, dinin askıya alınabileceğini göstermesi açısından düşündürücüdür. Halbuki, hastalığı, dini bağlamda, Allah'tan gelen bir uyarı olarak algılamının, intihardan alıkoymada ve kendini tekrar toparlamada etkili olacağı beklenirdi. Nitekim, Durkheim,

dini bağlılığı, ibadet ve inancı, intiharı engelleyen önemli bir faktör olarak değerlendirir (Stack, 1983: 363-370).

**Tablo 50: Hastaların Üzücü Olayları Değerlendirme Tarzlarının Kendilerini Ait Hissettiği Gruplara Göre Dağılımları**

Hastaların Üzücü Olayları Değerlendirmeleri		Hastaların Kendilerini Ait Hissettiği Gruplar					
		Liberal Demokrat	Sosyal Demokrat	Muhafazakar-Milliyetçi	Dindar	Hiçbiri	Toplam
Başından geçen üzücü olayları öncelikle kadere bağlarım	Sayı		2	15	13	3	33
	%		6,1%	45,5%	39,4%	9,1%	100,0%
			10,0%	38,5%	43,3%	37,5%	33,3%
Başından geçen üzücü olayları öncelikle kendim yüzündendir	Sayı	1	7	13	6	3	30
	%	3,3%	23,3%	43,3%	20,0%	10,0%	100,0%
		50,0%	35,0%	33,3%	20,0%	37,5%	30,3%
Başından geçen üzücü olayları sosyal-ekonomik şartlardandır	Sayı		10	9	5	1	25
	%		40,0%	36,0%	20,0%	4,0%	100,0%
			50,0%	23,1%	16,7%	12,5%	25,3%
Başından geçen üzücü olayları yakınların yüzündendir	Sayı	1	1	2	6	1	11
	%	9,1%	9,1%	18,2%	54,5%	9,1%	100,0%
		50,0%	5,0%	5,1%	20,0%	12,5%	11,1%
Toplam	Sayı	2	20	39	30	8	99
	%	2,0%	20,2%	39,4%	30,3%	8,1%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Kendilerini sosyal demokrat (%36.0) ve liberal (%40.0) olarak değerlendirenlere dikkat edildiğinde, genelde, üzücü olayları, kendilerine bağlayarak, açıkladıkları görülmektedir. Beklenildiği gibi, başından geçenleri, kaderle açıklayanların en fazla yer aldıkları grup, muhafazakârlarla (%45.5), dindarlar (%39.4) grubudur. Ama, bütün dindarlar içerisinde, bu şekilde düşünenlerin oranının, % 50'nin altında olması (%43.3), onların hayat pratiklerinde, kader düşüncesinin, o kadar da etkili olmadığını göstermektedir. Bu sonuçta, modernleşmenin ve tıbbi paradigmanın, önemli bir yer tuttuğunu ifade etmeliyiz. Bu anlamda, Merton'un, tıbbın gizil işlevlerinden birinin,

tedavi arayışındaki bireylere, rasyonel zihniyeti kazandırmak olduğu şeklindeki ifadelerinin, önemli olduğunu unutmamalıyız (Türkdoğan, 1991: 93). Çünkü, bireyleri etkileyen bu bakış açısı, bireylerin, hastalıklarını, sorunlarını, kader bağlamında veya Allah'ın verdiği bir musibet olarak değil de, tıbbi bakış açısıyla değerlendirmelerinde önemli bir yer tutar. Bu anlamda, kader düşüncesinin yerini, yine bireylerin dışındaki bir faktörün, yani biyolojik bir sebebin alması, onların ruhsal yapıları üzerindeki etkileri bağlamında tartışılabilir. Bu itibarla, sosyal ve kültürel değişmelerle birlikte, bireylerin, yaşadıkları olayları, kader düşüncesinin dışında, neden-sonuç bağlamında değerlendirmeleri, bu olumsuz olayların sorumluları içerisinde, kendilerini suçlamalarına neden olabilir. Bireylerin, başarısızlıklarının ve sorunlarının kaynağı olarak, kendilerini sorumlu görmelerinin, onların kendilik algısını bozarak depresyona girmelerinde, önemli bir etkiye sahip olduğunu hatırlarsak, bu zihniyet değişiminin, kültürel bir boşluk oluşturarak depresyona zemin hazırlayabileceğini söyleyebiliriz.

Bütün bunların ve modern değerlerin yanı sıra, ilerleme ve rasyonelleşmeyle birlikte, bireylerin mükemmeliyetçi arayışlarının, prim yaptığını ifade edebiliriz. Bu beklenti, bireylerin zaafını kabullenip, itiraf etmeleri yönündeki eğilimlerini azaltarak öznel suçluluk duygusunun bastırılmasına ve böylece, ruh sağlığının olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilmektedir. Çünkü, bireyin zaaflarını ve suçlarını kabullenip, itiraf etmesi, kendine daha gerçekçi ve affedici olarak bakmasını sağlar (Littauer, 1997: 118). Bununla birlikte, görüştüğümüz bir kısım hastanın, kendilerini suçlamalarına karşın, bir kısım hastanın ise, yaşadıklarıyla ilgili olarak daha çok, başkalarını suçladıkları ve sorunlardan dolayı da, aşırı ölçüde, çekingenlik ve utanç duydukları, gözlemlerimiz arasındadır. Küçük çevrelerde, sosyal kontrol ve "biz" duygusunun daha güçlü olmasının, herhangi bir sorun anında, bireylerin kendilerini suçlu görmek yerine, başkalarını suçlamalarında veya herhangi bir sorun anında, aşırı utanç duymalarında, açıklayıcı olacağını söyleyebiliriz.

**Tablo 51: Hastaların İsteklerine Ulaşma Düzeyleriyle, Kendilerini****Ait Hissettikleri Grupların Dağılımı**

		Hastaların Kendilerini Ait Hissettiği Gruplar					
		Liberal Demokrat	Sosyal Demokrat	Muhafazakar-Milliyetçi	Dindar	Hiçbiri	Toplam
<b>İsteklere Ulaşma Düzeyi</b>							
İsteklerimin çoğuna ulaştım	Sayı	1	2	6	5		14
	%	7,1%	14,3%	42,9%	35,7%		100,0%
	%	50,0%	10,0%	15,4%	16,1%		14,0%
İsteklerimin çoğuna ulaşamadım	Sayı	1	14	21	20	4	60
	%	1,7%	23,3%	35,0%	33,3%	6,7%	100,0%
	%	50,0%	70,0%	53,8%	64,5%	50,0%	60,0%
Hiçbir isteğime ulaşamadım	Sayı		4	12	6	4	26
	%		15,4%	46,2%	23,1%	15,4%	100,0%
	%		20,0%	30,8%	19,4%	50,0%	26,0%
<b>Toplam</b>	Sayı	2	20	39	31	8	100
	%	2,0%	20,0%	39,0%	31,0%	8,0%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Weber'in kültürel, düşünsel etkenlerin, dünyevi ve ekonomik hayatı belirlediği tarzındaki düşüncesine, tersinden bakarak, bu olayı açıklamaya çalışırsak, bu sonucu, dünyevi zihniyetin dini zihniyet, algılayış üzerindeki disfonksiyonel etkisi olarak değerlendirebiliriz. Çünkü, gerek ekonomik ve gerekse sosyal boyutlarıyla, yaşanan bütün hayatın, gittikçe rasyonelleşen doğası, dini düşünme tarzları üzerinde, dönüştürücü bir etkide bulunmaktadır. Bu anlamda, tinsel değerlerin, tinsel olmayan sosyal-ekonomik ortamda, nasıl bir etki bırakacağını tahmin etmek zordur. Çünkü, her şeyin, değiş-tokuş ortamında anlam kazandığı bir mübadele ortamında; hiçbir şeyin doğru dürüst kendisi olmadığı bir pazar sisteminde, belki, din de, maddeci bir formdan, pragmatizmden öteye gidemez. Nitekim kendilerini dindar olarak nitelendiren hastaların, geçmişle ilgili görüşlerine bakıldığında, onların geçmişle ilgili isteklerine ulaşamadıklarını belirttikleri (%84), yani, her ne kadar, bir takım sorunlar yaşamış olsalar da, sonuçta, geçmişleriyle ilgili olarak, pek de kanaatkâr olmadıkları sonucunu çıkarabiliriz.



Halbuki, kuramsal olarak, dinin önemli bir fonksiyonu olan şükür, sabır ve ümidin, güçlüklerle mücadele etmede, Tanrı düşüncesinin ise, depresyonun önemli bir zeminini oluşturan yalnızlık hissini azaltmada ve tehlike anında, güven hissini arttırmada, önemli işlevleri olduğu bilinmektedir. Bununla ilgili olarak, Rollo May'ın, dinin, insana güvenlik duygusu sağlayarak, ruhsal anlamda, faydalı olduğu yönündeki bulgularının, hatırlanmaya değer olduğunu söyleyebiliriz (Bock, 2001: 82). Ancak, modern tüketim değerleriyle uyuşmamasının doğal bir sonucu olarak, dinsel düşüncenin, dindarlığın önemli bir parçasını oluşturan kadercilik, kanaatkârlık, sabır, şükür, rıza, güven ve her şeyden önemlisi, ümitle ilgili değerlerinin, ruhsal ekonomideki önemini kaybedip, basit bir söyleme dönüşmesi, bu değerlerin, bireylerin üzüntülerine direnebilmelerindeki etkisini azaltmıştır, denilebilir.

Bu konuda yaşanan değişimleri anlamak için, ilginç bir olayı belirtmek istiyoruz. Bu olay, Osmanlı İmparatorluğu'nun son zamanlarında, Batılı sigorta şirketlerinden birinin o devirde, İstanbul'da, sigorta faaliyetinde bulunurken yaşanmıştır. İngiliz sigorta şirketinin görevlendirdiği bir sigortacı, İstanbul'da esnafı sigortalamak için gezerken, her gittiği dükkanda, "sizi kötü olaylardan koruyacak, zararınızı karşılayacak kim var?" diye soru sorarak, müşteri toplamaya çalışırken, çoğu kişinin, sigorta olmaya sıcak bakmadıklarını görür. En sonunda, bir esnafa da aynı şeyleri anlattıktan sonra, "sizi zarar ziyardan kim korur, böyle biri var mı?" diye sorar. Konuştuğu esnaf, duvarda asılı olan hat yazısıyla süslenmiş, üstünde Arapça "Hafız" yazılı olan tabelayı gösterir ve bizi "O" korur, der. Bunun üzerine görevli sigortacı, İngiltere'deki merkezlerine, İstanbul'a kendilerinden önce, bir sigorta şirketinin gelerek, herkesi sigortaladığını bildirir ve bundan dolayı da, işlerinin oldukça zor olduğunu arz eder. Ama, sigortacı, İstanbul'da biraz daha kalınca, "Hafız" isminin, Allah'ın, "koruyan, esirgeyen" anlamına gelen, bir sıfatı olduğunu ve bu ismin, bir şirket ismi olmadığını, Müslümanların inançlarıyla ilgili bir durum olduğunu öğrenir.

Bugün hâlâ, İslam ülkelerinde, diğer ülkelere kıyasla, sigorta sektörünün pek gelişmemesi, bu değerlerin etkisini göstermek amacıyla, yukarıda anlattığımız bu olay, örnek gösterilerek açıklanmaktadır. Bununla birlikte, bugün, modernleşen toplumumuzda, dini yaşamla ilgili olarak, bir takım dini davranışlar olsa da, bunların imajdan öteye geçmediğini, dindarlığın altında yatan değerlerde, ciddi bir kayma olduğunu, anlam kaybına uğradığını ve dinin toplumsal, ruhsal etkisinin azaldığını ifade



edebiliriz. Deyim yerindeyse, insanlar, artık, ölümü, kıyameti, dünyanın sonunu veya öte dünyayı konuşmak yerine, borsanın, dövizin gidişatını, daha fazla konuşup önemsemektedirler. Daha önceleri olmayan, ekonomi ağırlıklı kanallar, bugün en fazla talep gören kanallar haline gelmiştir. Üstelik, daha önce olduğundan farklı olarak son yıllarda, döviz, borsa gibi yeni yatırım araçlarını, artık çocuklardan yetişkinlere kadar birçok insan takip edebilmektedir.

**Tablo 52: Hastalıkla Birlikte İnançlarda Yaşanan Değişmelerin**

**Cinsiyete Göre Dağılımı**

Hastalıkla Birlikte Dini İnançlarda Yaşanan Değişmeler		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
İnancım önce azaldı sonra arttı	Sayı	15	12	27
	%	55,6%	44,4%	100,0%
	%	25,9%	28,6%	27,0%
İbadet etmeyi terk ettim	Sayı	13	7	20
	%	65,0%	35,0%	100,0%
	%	22,4%	16,7%	20,0%
Bir değişme olmadı	Sayı	17	15	32
	%	53,1%	46,9%	100,0%
	%	29,3%	35,7%	32,0%
İnancım zayıfladı	Sayı	13	8	21
	%	61,9%	38,1%	100,0%
	%	22,4%	19,0%	21,0%
Toplam	Sayı	58	42	100
	%	58,0%	42,0%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Bizim çalışmamızda, hastalıkları ile ilgili olarak, dini düşünce ve davranışlarını değerlendiren hastaların %32'si, bu hastalıkla birlikte, dini davranışlarında, herhangi bir değişme olmadığını belirtirlerken, %21.0'ı hastalıklarıyla eş zamanlı olarak, inançlarının zayıfladığını, %27.0'ı ise, hastalık öncesinden itibaren, inançlarında bir azalmanın başladığını ve hastalığın seyri esnasında, bu zayıflamanın, had safhaya çıktığını, ama zamanla, inançla ilgili bu olumsuz duygularında, bir azalma olduğunu ve daha sonraları ise, inançlarında bir artma meydana geldiğini ifade etmişlerdir. İnançla ilgili bu değişmeler, hastalığın iyileşme eğrilerine bağlı olarak açıklanabilir. Ancak, bundan da öte, hastalık ve hastalanma arasında, karşılıklı bir etkileşimin olduğunu ve bunun hastalığın sağlık üzerinde, oldukça önemli bir etkisinin olduğunu ifade etmeliyiz.

Yaptığımız görüşmelerde, hastalar, inançlarıyla ilgili sarsılmaların, hastalığın seyriyle eşgüdüm halinde yaşandığını, ancak, genelde, inanç sarsılmasının, hastalıktan önce başlayıp, gittikçe arttığını ve daha sonra ise, inançlarının zamanla tekrar arttığını söylemişlerdir. Bireylerin inançlarıyla ilgili sarsılmanın, kendilerinden veya depresyon sebebi olabilecek sorunlardan kaynaklanması muhtemeldir. Ancak, bireylerin inanç kaybının, herhangi bir yakının kaybı kadar etkili olabileceğini, daha önce, yas konusu kapsamında ifade etmiştik. Bu tür durumlarda, bireyler, kendileri için önemli olan ve bu nedenle de duygusal yatırımında buldukları değerleri kaybedince, beraberinde, kendi değerliliklerine ilişkin özgüvenlerini de yitirebilmektedirler. Bu anlamda, hastaların inanç zayıflamalarıyla, geçirmekte oldukları hastalıklarının, birbirlerini tetikleyerek, onların ruhsal yapıları üzerinde, fazlasıyla basınç oluşturduğunu tahmin edebiliriz. Bununla ilgili olarak, bazı hastalar, inanç zayıflamalarında, halsizliklerinden ötürü, ibadet edememelerinin, önemli bir etkisi olduğunu ifade etmişlerdir. Bu itibarla, hastalıkla birlikte, ibadetlerinin azaldığını belirten hastaların oranı, %20.0'dır. Hastaların, halsiz ve güçsüz oldukları için ibadet edemeyince, inançlarının azaldığı duygusuna kapıldıklarını, tahmin edebiliriz. İnsanlar için kutsallık içeren değerlerin, fikirlerin kaybı, bireylerde ümitsizlikle başlayan bir hastalık döngüsünü başlatabilir. Bu durumda, kendilerini suçlu ve ezik hisseden hastaların, zaten rahatsız olmalarından kaynaklanan ruhsal sıkıntılarının daha da arttığını ifade edebiliriz. Bununla ilgili olarak, konuştuğumuz bir hemşirenin, “Ramazan aylarında, hasta sayısının azaldığı” yönündeki ifadelerinin de, bu bağlamda yorumlanabileceğini söyleyebiliriz. Ancak, Ramazan ayında, hasta oranlarındaki bu azalma, dini aktivitedeki artışlara bağlanabileceği gibi, oruç nedeniyle, ilaç kullanma sorununa bağlı olarak da açıklanabilir.

Gerek İslam'da ve gerekse diğer semavi dinlerde, Tanrı inancı, insanlar için bir çaresizleştirici olmak yerine; azim, ümit, cesaret ve sabır verici bir güç olarak tanıtılmaktadır. Bunun yanı sıra, geleceğe ümitle bakabilmenin altında da, kültürel ve dini olarak inşa edilmiş olan cesaret verici motiflerin, hikayelerin, inanç ve değerlerin, büyük bir önemi vardır. Örneğin, Kur'an'da, birçok surenin yanı sıra, özellikle, Yusuf ve İshak surelerinde, sıkıntı ve huzurun, diyalektik bir tarzda ele alınarak, “her zorlukla birlikte, bir kolaylığın olduğu” vurgulanır. Zorlukları çıkaranlar, kötülükte bulunanlar, şiddetle eleştirilmekle birlikte, bir çok ayette, bu sıkıntı verici olaylar, Allah'ın bir imtihanı olarak sunulduğundan, olumsuz bir tutumu engellemek istercesine, sabrın denendiği bir fırsat olarak lanse edilir. Örneğin, Hz. Eyyup'un sabrı, bir hastalıkla birlikte

dile getirilmekte ve bu sabır sonucunda, övgü ve mükafatlardan bahsedilmektedir. Buna karşın, her abdest alışta, “hayır ve şerrin” Allah’tan olduğuna ilişkin bir ikrarın, yanlış anlaşılabilir, dindarların çaresizlik zihniyetin edinilmesinde belirleyici bir etkiye sahip olabileceğini söyleyebiliriz. Bu bağlamda, hâlâ, az sayıda da olsa, bazı insanların, hastalığı, Allah’ın bir imtihanı olarak değerlendirmelerinin, hastalık karşısındaki tutumlarının anlaşılması açısından, anlamlı olduğunu düşünüyoruz. Bununla birlikte, olumsuz durumlarda, hastaların, paradoksal olarak, aynı zihniyetlerinin bir sonucu olarak edindikleri, “Allah’tan ümit kesilmez” şeklindeki inançlarının, onların, daha olumsuz davranışlarda bulunmalarını engelleyebileceğini de unutmamalıyız. Bununla birlikte, görüştüğümüz hastaların, başlarına gelen olumsuz olayları, dini bağlamda değerlendirirken, bir imtihan algısından çok, günahlarının sonucunda ortaya çıkan bir ceza algısı şeklinde değerlendirdiklerini belirtmeliyiz. Eğitim ve sosyalleşme tarzımızın, genelde, cezaya dayalı oluşu ve sorunların çözümünde, telafi edici, affedici olmak yerine, cezalandırıcı olmasının, yukarıda bahsi geçen, kindar Tanrı algısının temelinde yattığını ifade edebiliriz. Ancak, bu konuda yapılan bazı çalışmalardan farklı olarak, çalışmamızda, hastaların manevi suçluluk duygularının, fazla olmadığını, örneğin, araştırmamızda, bu hususta dikkatimizi çeken, sadece, birkaç kişinin olduğunu belirtmeliyiz. Günümüz toplumlarında, dinin sahici işlevlerinin azalmasının yanı sıra, bireyselliğe ve başarıya yapılan vurguların, beklentilerin artmasından dolayı, manevi suçluluk duygusunun yerini, kişisel yetersizlik, suçluluk duygusunun aldığını tahmin edebiliriz.

Kültür, bir anlamda, zorluklara verilen bir cevap olduğundan, acı karşısındaki tavırlarımızda meydana gelen bu tavır değişikliklerinin, yaşanan kültürel ve sosyal değişimin boyutlarını anlamamız açısından, dikkate değer olduğunu belirtmek istiyoruz. Bu konuda, görüşlerini dile getiren Thomas ve Znanieck, sosyal çözülmenin, zaten, sosyal değişimin arizi bir boyutu olduğunu vurgular (Türkdoğan, 1991: 101). Değişim ise, sosyal kontrolü azaltarak sosyal çözümlere neden olduğundan, bu durumda ortaya çıkan emniyetsizlik hissi, bireylerde, ruhsal sorunlara neden olur. P. Berger, modern sekülerizmin, bireylerin sıkıntılarını, acılarını ve dünyadaki adaletsizlikleri karşısındaki konumlarını teselli edebilecek bir araçtan yoksun olduğunu, bu anlamda, aydınlanmacı sekülerizmin, ilerleme efsanesinin, bedellerini karşılayabilecek donanımdan yoksun olduğunu, bundan dolayı da, bireylerin acılarını telafi etmede, işlevsel olmadığını ifade etmiştir (Berger, 2002: 77). Turner ise, modernleşmenin, rasyonelleşmenin bir uzantısı

olarak sekülerleşme süreciyle birlikte, dinin işlevselliğinin azaldığını ve ondan kalan boşluğun da, ideolojiler ve bilim tarafından doldurulmaya çalışıldığını ifade etmiştir. Nitekim, Batıda, hekimlerle din adamları farklılaştıkça, kiliselerin yerini klinikler, günah çıkartmanın yerini ise, terapiler almıştır (Cirhinlioğlu, 2001: 51-52). Tıp, bir anlamda, dinin, psikiyatrlar da, din adamlarının yüklendiği misyonu yüklenmeye çalışarak, yeni değerlerin, bilimsel, rasyonel değerlerin ve seküler bilincin taşıyıcılığını yapmaktadırlar. Rasyonelleşme ve artan yaşam beklentisiyle birlikte, hayatın medikalizasyonu, ruhsal sıkıntı ve sorunlarla başa çıkmada, dinsel ritüeller yerine, tıbbi müdahalelerin artan kullanımını getirmiştir. Bir zamanlar, hatırlarsak, Marx, dini, bireylerin sosyo-politik konumlarını anlamalarını engellediği için afyon olarak değerlendireliyordu. Halbuki, bugün, afyon, uyuşturucu, psikiyatride temel iyileştirici olarak, sosyal ve ekonomik sorunlardan muzdarip kitlelere sunulmaktadır.

Bu anlamada din, günümüzde, artık, eskisi kadar belirleyici değildir ve bizzat, dinin algılanışı da, bireyden bireye değiştiğinden, ruhsal anlamda farklı etkilerde bulunabilmektedir. Bunun dışında, eğitim seviyelerinin düşüklüğünün bir sonucu olarak, dindar olduklarını söyleyen bazı hastaların, oldukça çelişkili inançlara sahip olmalarının, onların ruhsal rahatsızlıklarında etkili olduğunu söyleyebiliriz. Hurafelerin, cahilliğin, dini inançlardan daha etkili olabileceği ve yanlış inançların, yetersiz din bilgisinin hastaların kadere, dine bakış açılarını belirleyerek, onların, yaşanan olaylar karşısında, olumsuz izlenimlere kapılmalarına neden olduğu belirtilebilir. Turner, sekülerleşmenin ve rasyonelliğin, bu hususta önemli bir yer tuttuğunu belirtir. Halbuki sorun, daha da geniş bir bağlamda değerlendirilmelidir. Yarı modernleşmiş bir toplumda, sekülerleşmenin, ruhsal sağlık üzerindeki etkisinin, olumsuz olabileceğini tahmin etmekle birlikte, bu olumsuz etkinin, olumsuz yaşam olaylarından sonra ele alınabilecek bir sorun olduğunu ifade etmeliyiz. Ayrıca, kültürel gecikmenin, dini eğitimdeki tutarsızlıkların, modern değerlerle, dini bazı değerler arasındaki uyumsuzlukların, hurafelerin, yanlış inançların, bu konudaki asıl problemi oluşturduğunu söyleyebiliriz.

Depresyon yorumlarına dikkat ettiğimizde de, arzunun ketlenmesi, arzu edebilmedeki kayboluş, hastalığın kökenindeki temel etken olarak görülmektedir. Ahlak ve dini bakış açısının kendimizle, aşkın olan arasında kurduğu bağ, narsistik hayal kırıklığıyla yıpranan benlik duygusunun tamir edilmesinde, önemli bir etkidir. Sorunlarından muzdarip olan kişi, yaşamını, ahlaki bağlamda yeniden değerlendirerek,

sorunlarına ahlaki metaforlar aracılığıyla bakıp, kendini yenileyebilme, onore etme imkanını yakalayamadığında, daha doğrusu, sorunlarını yüceltebileceği mekanizmalardan yoksun olduğunda, ruhsal hastalık ortaya çıkabilmektedir. Bu bakımdan, zayıfladığı için, ailede duygusal ve sosyal desteğe; ekonomik yeterliliği olmadığı için boş zamanlarda tüketime, sanata, spora; eğitimi ve demokratik hoşgörüsü olmadığı için, ideolojiye, siyasal katılıma dönüşmeyen; kontrol gücünü yitirdiği için de dinde yüceltilemeyen yapısal bastırmalar, suça ve akıl hastalığına dönüşme riski taşımaktadırlar.

Aslında, insanın, üzüntü veren yaşantılarından öğreneceği çok şey vardır. Çünkü, acı, mutluluk çerçevesini belirler ve geliştirir. Bu itibarla, acı ve hüznün, kendimize, hayatımıza yeni bir açıdan bakmamızı sağlayan önemli fırsatlar sağlar. Hemen hemen bütün semavi dinlerde de, acıya karşı sabrın, önemli bir ibadet olarak telakki edildiği ve geleneksel anlayışta da, buna paralel olarak, üzücü olayların, hasta etmek yerine olgunlaştırma konusu olarak değerlendirildiği bilinir. Bir anlamda, din, olumsuz olaylar karşısında, bireylerin yüceltme imkanlarını kanalize etme potansiyeli ile, bireylerin hayat karşısındaki kırılganlıklarını azaltarak, yaşadıklarına anlam vermelerini sağlar. Ayrıca, felsefe dünyasında, Zenon'un stoik ahlak anlayışında olduğu gibi, hüznün, acının, içsel dünyayı zenginleştirdiğine dair, ciddi görüşler bulunmaktadır. O halde, acının niteliği de önem taşımakla birlikte, acı ve hüznü yönelik bakış tarzımızın, ondan olumsuz etkilenip etkilenmemizde, belirleyici bir etkisi olduğunu söyleyebiliriz. Her şeyin tahmin edilip, kontrol edilebilir olarak kurgulandığı bu modern dünyada, acı, hüznün, bir hastalık; hastalık ise, bir sapma olarak görüldüğünden, sorunlara ve hastalıklara bakışımız, ister istemez bilişsel olarak zaaf oluşturmaktadır. Bu bakımdan, belki de ruhsal hastalık, belki de, tıbbi bir etiketlemedir. Bireylerin, acıya yönelik bakışlarında yaşanan değişmelerin, hazza dayalı bir hayat felsefesini benimsemeleriyle, artan hayat beklentileriyle alakalı olduğu unutulmamalıdır. Halbuki, her acıya ve hüznü, tedavi edilmesi gereken bir hastalık gözüyle bakılmış olsaydı, bugün, belki de, bir çok sanatsal eseri tanıma imkanı bulamazdık. Elazığ'da da, Harput'lu şairlerin çoğu, divan eserlerinde ve Elazığ'ın türkülerinde, ve genel olarak da ilahi formunu andıran müzik yapısında, derin bir sızlanışla birlikte, başta, aşk olmak üzere, acı ve hüznü içeren duyguların kabullenilmekle kalmadığını, ama, aynı zamanda, yüceltildiğini

Acıya ve hüznü yönelik bakış açısındaki değişmelerin, Doğu, Güney D.



Anadolu ve Elazığ'daki ruhsal hastalıkların ve depresyonun değerlendirilmesinde, önem taşıdığını düşünüyoruz.

Bir anlamda, din, haz felsefesinin ve kapitalist yapılanmanın etkisiyle, orjinal etkinliğini kaybettiğinden, yine aynı sosyo-ekonomik nedenlerle ortaya çıkan, hayal kırıklıkları karşısında, ruhsal sağaltım fonksiyonlarını icra edememekte ve bu boşluk, ilaçlarla, terapistlerle doldurulamadığından, depresyonun artması, beklenir bir durumdur. Artık, bugün, insanlar, bir yakının kaybında olduğu gibi, yaşamlarının en doğal sonuçlarını bile kabullenmekte zorlandıklarından, tedavi sürecine ihtiyaç duymaktadırlar. Sorunların, kollektif bir çabayla çözülmesi yerine, antidepresan olarak çözülmesini ummak, hayatın tıbbileştirilmesini ifade etmektedir. Bugün, psikiyatrik ilaçlar, felsefi öğretilerde ve dinlerin cennet mitinde vaat edilen mutluluğu, reklam broşürlerinde vaat etmektedirler. Bu anlamda, dinin uyuşturan kader anlayışı, psikiyatrinin biyolojik paradigmasında, bir "çözüm" olarak ilaca dönüşmüştür. Anlaşılan, üretim tarzı ve değerler farklılaştıkça; kanaatkârlık, yerini hırs ve gösterişçi tüketime; üzüntü, depresyona; sabır ve mutluluk ise, ilaca bırakıyor gibi. Bu hayat anlayışı ise, doğal olarak, ilaç pazarının, tahmin edilenin çok ötesinde, bir genişleme ve kâr payını beraberinde getirecektir. İlaç pazarının bu genişleme arzusunun ise, yeni hastalıklar icat edebileceği ihtimali, bu bağlamda, değerlendirilebilir. Bu bağlamda, aşkın patolojik bağımlılık; din ve ahlakın konusu olan alkol kullanımının, kumarın dürtüsel bozukluk; hukukun konusu olan suçun ise, hastalık yorumuna dönüşmesi, nasıl mümkün olduysa, G.Orwel'in, "1984" adlı korku ütopyasında olduğu gibi, sosyal kontrol işlevlerinin önemli bir kısmının da psikiyatri koordinatörlüğündeki, biyolojik kontrole devredilmesi söz konusu olabilir. Bu kontrolü sağlayacak ilaçların, hiçbir yan etkisi olmadan, ruhsal rahatsızlıkları iyileştireceğini, bundan elli yıl önce söyleyen A.Huxley, bu sayede, hem bireylerin ve hem de toplumun, hayali kurulan altın çağa kavuşacağını ummuştur (Kovel, 2000: 46). Bugün, Huxley'i doğrular şekilde birtakım gelişmeler olmaktadır. Nitekim, beyin kontrolü ve robot çağı artık, hayal olmaktan çıkmıştır ve geliştirdiği çeşitli ilaçlarıyla bu işin, labaratuvarlığını yapan psikiyatrinin, etik anlamda cevap vermekte zorlanacağı bir çok soru, önünde durmaktadır.

L. Frankl ve Thomas Luckmann, ferdin toplumdaki temel probleminin, hayatı anlamlandırma problemi olduğunu ve bunun da, dinden ayrı düşünülemediğini ifade eder (Köse, 2002: 205). Geleneksel toplumlarda, neyin iyi gitmediğini, inançlarla



açıklama imkanı olduğundan, bireyin, olaylar karşısında açıklama yapamamasının bir sonucu olarak, belirsizlik hissetmesi, kontrol duygusunu kaybetmesi, düşük bir ihtimaldi. Ancak, modernleşmeyle birlikte, inançlardaki zayıflamaya bağlı olarak, dertlerle başa çıkmanın, geleneksel biçimleri zayıflamış ve psikolojik, psikiyatrik dil, bireylerin sorunlarının ifade edilmesinde oldukça yetersiz kalmıştır. Çünkü, kültürel gecikme, ve yetersiz eğitim, hastaların sorunlarını psikolojik, psikiyatrik dilde anlayıp gerekli önlemleri almasını engellemekte ve bu nedenle de hastaların yaşamakta olduğu sürece ilişkin düşünceleri, kontrol duygusunu yıpratmaktadır. Halbuki, kontrol duygusunun kaybı, depresyonda ciddi bir problem kaynağıdır. Modern hayat ve felsefesi, hazzı kriter aldığından, dinlerin sabrı ve imanı devşirdikleri üzüntü, sıkıntı, üstlerinde psikiyatrik rafinerilerin kurulduğu maden rezervlerini andırmaktadır. Hayat tüketilir bir nesneye döndükçe sıkıntısı bitsin diye duygularına müdahale edilen bireyler, umarız, kolay uçsun diye, kozası erken delinen ipek böcekleri gibi olmaz.



#### 5.4.2. Anomi ve Depresyon

Kelime anlamı, normsuzluk, kuralsızlık olarak bilinen anomiyi, hemen hemen her toplumda görülse de, daha çok, sanayi devrimi sonrası, toplumsal değişmelerle kendini hissettirmiştir. Bir toplumun değerlerinde yaşanan sarsıntılar, oto kontrolün ve sosyal kontrolün işlerliğini bozduğundan, bireylerin, nerede ve nasıl davranacakları konusunda yaşadıkları belirsizlikler, anomiyi doğurur. Bu anlamıyla anomiyi, kelime anlamının aksine, kuralların yokluğu anlamına gelmeyip, kuralların etkinliklerinin veya bireylerin bu kurallara olan bağlılıklarının azalması neticesinde, ortaya çıkan başıboşluk, karamsarlık, kararsızlık, düzensizlik ve belirsizliği ifade etmektedir (Tolan, 1991: 66-69).

Anlaşıldığı kadarıyla, toplumlarda ve dolayısıyla da bireylerin iç dünyalarında sahip olunan değerlerin, yol gösterici kriterlerin çökmesi neticesinde, amaç ve ülkülerde meydana gelen boşluk ve yoksunluk, sosyal ve ruhsal dengesizliklere neden olmaktadır. Çünkü bireyler, bu değer ve normlarda meydana gelen boşluklar nedeniyle, nerede, nasıl davranacakları konusunda belirsizlikler yaşarlar. Bu durum, psikolojik bağlamda, süreklilik duygusunu sarsarak, yokluk duygusuna neden olur. Bu anlamda, anomiyi, bir normsuzluk ve hastalık türü olarak, ruhsal hastalıkların önemli belirtilerinden biri olarak değerlendirilebilir.

Yaşanan kültürel değişmelerin yanı sıra, artan toplumsal farklılaşma ve işbölümünün, bir toplumdaki yekpare ahlakı göreceleştireceğini ve bu oranda da, sahip olunan toplumsal birlik bilincini zayıflatacağını biliyoruz. Bu durumda, bireyin istekleriyle, toplumun talepleri arasında meydana gelen farklılıklar, toplumsal değerleri aşındırarak, karmaşa ve kuralsızlıkların doğmasına neden olur. O halde, anomiyi, bireyin, sosyal benliği ile bireysel benliği arasındaki farklılaşma ve çatışmayla ilgilidir. Bu çatışma, aynı zamanda, depresyonla anomiyi arasındaki bağın da zeminini oluşturmaktadır.

Psikolojik açıdan anomiyi ve yabancılaşmayı, gelecek korkusu, kendine güvensizlik, değersizlik ve intihar düşüncesi, her şeyi anlamsız bulma, sosyal açıdan uyumsuz, kendini yalnız, boş, gayesiz ve yabancı hissetme ve uyuşturucu madde kullanımı gibi kriterlerin belirlediği ifade edilmektedir (Bayhan, 1997: 318-319). Zimmerman'a göre ise, anomiyi, temelini oluşturan sosyal yapı, göç veya diğer sebeplerle ait olunan eski çevrelerden ayrılmanın, şehir hayatının, çekirdek aile yapılanmasının, bir yakın

kaybının veya yakınlardan ayrı olmanın, bir amaca sahip olamamanın ve nihayetinde, ruhi hastalıkların bir sonucudur (Zimmerman, 1964: 232-234). Ancak, toplumsal etkenlerin, bireysel bilinçler üzerindeki etkileri göz önünde tutulduğunda, anominin, sadece, kurumsal, yapısal bir bağlamda değil, aynı zamanda, psikolojik yapıda ciddi tahribatlara neden olduğunu ve yaşanan bu sosyal sarsıntıların da ters etki yaparak, bireysel anomiyi belirlediğini ileri sürebiliriz.

Yaptığımız bu çalışmada, görüşmelerimizden edindiğimiz izlenimler, göç ve daha sonrasında yaşanan olaylardan, yalnızlık ve sosyal ilişki ve maddi sorunlara kadar, hastaların sahip oldukları birtakım sorunların ve sosyal pozisyonlarının, yukarıda ifade edilen anominin sebeplerine ilişkin yorumları yansıttığını ifade edebiliriz. Dikkat edildiğinde, tezimizin, aile, alkol kullanımı, yabancılaşma, ve intiharla ilgili çeşitli bölümlerinde işlediğimiz bulgular, depresyonlu hastalarımızın, anomiyeye ilişkin bu kriterleri taşıdıklarını göstermektedir.

**Tablo 53: Hastaların Rahatsızlıklarına İlişkin Değerlendirmelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı**

Depresyon Nedenlerine İlişkin Değerlendirmeler		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Hayat, boş ve anlamsız olduğu için	Sayı	23	29	52
	%	44,2%	55,8%	100,0%
	%	41,1%	74,4%	54,7%
İnançlarını kaybettiğinden ve günahlarından dolayı	Sayı	7	2	9
	%	77,8%	22,2%	100,0%
	%	12,5%	5,1%	9,5%
Hayatındaki çelişkiler nedeniyle	Sayı	26	8	34
	%	76,5%	23,5%	100,0%
	%	46,4%	20,5%	35,8%
Toplam	Sayı	56	39	95
	%	58,9%	41,1%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Hastaların, depresyona girmelerini ve genel olarak, hayatı nasıl algıladıkları bağlamındaki ifadeleri, oldukça çarpıcıdır. Hastaların, hastalıklarını değerlendirme tarzlarıyla, hayatlarını değerlendirme tarzlarının birbirlerine paralellik arz ettiğini ifade edebiliriz. Bu bağlamda, genel olarak, depresyona girme nedenlerini değerlendiren

hastaların %54.7'si, hayatın boş ve anlamsız olmasını, depresyona girmelerinde genel bir değerlendirme olarak dile getirirlerken, hastaların %35.8'i ise, hayatlarındaki çelişkileri, zıtlıkları, depresyonlarını değerlendirmede genel bir çerçeve olarak ifade etmişlerdir. Hastaların, gayelerine ulaşamamaları, yaşadıkları ve halen yaşamakta oldukları sorunlar, yaşam tatminlerini azaltarak, onların, hayatı anlamsız ve beyhude olarak görmelerinde, asıl belirleyiciler olarak değerlendirilebilir. Hastaların, depresyona girmelerini genel olarak değerlendirirken, hayatı, boş ve anlamsız olarak görmelerini de, yine, bu bağlamda değerlendirmek gerektiğini söyleyebiliriz.

Çağdaş sosyal bilim literatüründe, anomi ve yabancılaşma, bireysel psikoloji ve davranışları içeren, bir sosyolojik yaklaşım türü olarak değerlendirilmektedir. Böyle bir algılama ise, anomi ve yabancılaşmayı siyasal, sosyal, ekonomik ve yapısal bağlamından kopardığından, yetersiz bir yaklaşım olarak değerlendirilebilir. Halbuki, diğer birçok etkenin yanı sıra, hızlı ve yoğun olarak yaşanan sosyal, ekonomik ve kültürel değişimler, eski ve yeni kurumlar arasındaki uyumsuzluklara bağlı olarak, yapısal standartlarda meydana gelen sarsıntılar, bozulmalar, anominin en önemli nedenleri olarak ileri sürülmektedir (Aydın, 1984: 82-83).

Durkheim, ekonomi dünyasındaki iflasların, işverenle, ücretliler arasındaki sorunların ve bilgi alanındaki aşırı uzmanlaşmanın, uzmanlaşmanın, anomik göstergeler olduğunu belirtir. Bu açıdan, ekonomik sorunu olan hastalarımızın ifadelerinde gördüğümüz gibi, daha önce, 1994'te yaşanan, iki yıl önce tekrarlanan ve etkileri hala devam eden, ülkemizdeki kriz ortamı, hastaların, hayata, sosyal ilişkilere ve değerlere olan bakış açılarını, aidiyet duygularını ciddi ölçüde sarsmıştır. Çünkü, bu durumda, hastaların, olağan beklentileri ve başkalarıyla, yakınlarıyla olan ilişkilerinin niteliği değişmektedir. Dolayısıyla, normal durumlar için düzenlenmiş kuralların, bu tür kriz ortamlarında, değerini ve anlamını yitirmesi, bireylerin, hangi durumlarda nasıl davranacakları konusunda, tereddüt yaşamalarına ve gerilim yaşamalarına neden olmaktadır. Bu anlamda, hastalarımızın önemli bir kısmının ekonomik sorunları olması, anomiyi ve sapkınlıkları, "ekonomik eşitsizliklerin bir yan ürünü olarak değerlendiren" kavramı, hakkı çıkarır niteliktedir (Giddens, 2000: 188).

**Tablo 54: Hataların Geçmiş Yaşamlarından Duydukları Tatmin Düzeylerinin Cinsiyete Göre Dağılımları**

Geçmişle İlgili Düşünceler	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İstediğim gibi bir hayat yaşadım	4	6,9%	4	9,5%	8	8,0%
İstediğim gibi bir hayat yaşayamadım geçmişte yaşadıklarına üzülüyorum	27	46,6%	23	54,8%	50	50,0%
İstediğim gibi bir hayat yaşayamadım, geçmişte yaşadıklarımın pişmanlık hissediyorum	27	46,6%	15	35,7%	42	42,0%
<b>Toplam</b>	<b>58</b>	<b>100,0%</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

Bilindiği üzere, Merton, kültürel olarak belirlenmiş hedeflerle, bu hedeflere, arzulara ulaşmayı sağlayacak kurumsal yollar ve araçlar arasındaki çatışma ve uyumsuzluğun, değerlerde, normlarda çözümler yaratarak, anomiyeye neden olduğunu belirtmiştir. Dolayısıyla, bazı bireyler, Merton'un, "geriye çekilme" davranışı adı verilen bir tutum sergileyerek, mevcut kurumsal yollardan ve hedeflerinden vazgeçip, toplumdaki rekabetten mecburen geri çekilirler (Bayhan, 1984: 22). Cooser, bu gruba örnek olarak, ilaç bağımlıları ve sahipsizleri gösterse de, bize göre, bu tutumu en iyi yansıtan grup, ruh hastaları ve özellikle de depresyonlu hastalardır. Sınıfsal uçurumları olan, orta tabakalaşmanın yetersiz olduğu toplumsal yapımızdaki olanaklar, her bir bireyin, toplumca belirlenmiş olan kültürel ve ekonomik hedeflere ulaşmasını garanti edecek nitelikte değildir. Bugün, toplumumuzda, eskiye göre, beklentilerde ciddi bir artış olduğu bilinmektedir.

Konuştuğumuz yaşlı kişiler, Elazığ'da, fazla değil, bundan kırk veya elli yıl önce, sadece, içinde bulunulan yıla ilgili olarak, endişelerinin olduğunu, bu endişelerinin de, normal genişlikteki bir aile için, temin edilen bir buçuk kile bulgur, iki buçuk kile un, yarım kile döğme, bir çini yağ, bir teneke kavurma, yarım kile mercimek ve bir çini peynirle halledildiğini, hatta, bu saydıklarımıza sahip olanların, bey gibi geçindiklerini ve bunun maddi anlamda "muhannete muhtaç" olmayacakları için, mutlu olmalarına yettiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca, bu yaşlı kişiler, aldıkları elbiselerini yıllarca giydiklerini, bir elbiseyi sonraki kardeşlerinin giydiklerini, gerektiğinde, elbiselerini

yamadıklarını ve bunun ayıp sayılmadığını, tasarruf yapmanın önemli bir değer olduğunu belirtmişlerdir. Halbuki, bugün, tüketimi aşırı ölçüde arttıran reklamların, kitle iletişim araçlarının da etkisiyle, ihtiyaçlar ve beklentiler o kadar artmıştır ki, bunlara ulaşma koşullarıyla kıyaslandığında, yabancılaşma ve anomi duygusu kaçınılmaz gibidir. Ayrıca, Veblen'in gösterişçi tüketim adını verdiği modern tüketim, bugün, ihtiyaçları tatmin etmenin çok daha ötesinde, bir statü ve gösteriş unsuru olarak bir türlü tatmin edilemeyen marka tutkusunu doğurmuştur.

Üstelik, hastalarımızın, sosyal, sınıfsal, kültürel durumları da göz önünde tutulduğunda, onların, kendilerini diğerleriyle kıyaslayarak, bu duyguları hissetmeleri, bizleri şaşırtmamalıdır. Nitekim, konuştuğumuz hastaların, sadece, %8'i, geçmişlerinden memnun olduklarını, geriye kalan çoğu hasta ise, geçmişlerinde, mutlu olmadıklarını ve yaşadıklarına üzüldüklerini ifade etmişlerdir. Görüştüğümüz hastaların, işsizlikleri, hiçbir güvencesi olmayan düzensiz işçilikleri, veya maddi sıkıntılarla hissettikleri bu düzensiz yaşamları, hayattaki amaçlarına, beklentilerine ulaşamamaları duygusuyla birlikte, onların veya eşlerinin ruhsal yapıları üzerinde, ciddi bir baskı oluşturmaktadır. Nitekim, Amerikalı psikiyatrist Ernest Becker, şizofreni üzerine yapmış olduğu bir çalışmada, bireylerin bireysel yeteneklerini somutlaştırma imkanlarının yetersizliği üzerinde durmuştur. Bunun yanı sıra, bazı çalışmalar da, bireylerin potansiyellerini dışsallaştırmalarına, gerçekleştirmelerine olanak tanımayan sosyal ve ekonomik yapıların, depresyona neden olduğunu ortaya koymuşlardır (Tolan, 1991: 322).



**Tablo 55: Hastaların Gelecekleriyle İlgili Ümitlerinin****Cinsiyete Göre Dağılımları**

Cinsiyet		Gelecekte Ümitli Olma				Toplam
		Gelecek benim için ümit dolu ve gelecekte endişeli değilim	Gelecek benim için ümit dolu ama gelecekte endişeliyim	Gelecek benim için ümitsiz ve gelecekte endişeliyim	Gelecekte ötürü oldukça endişeliyim	
Erkek	Sayı	11	11	22	14	58
	%	19,0%	19,0%	37,9%	24,1%	100,0%
		64,7%	61,1%	55,0%	56,0%	58,0%
Kadın	Sayı	6	7	18	11	42
	%	14,3%	16,7%	42,9%	26,2%	100,0%
		35,3%	38,9%	45,0%	44,0%	42,0%
Toplam	Sayı	17	18	40	25	100
	%	17,0%	18,0%	40,0%	25,0%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Elbette, bireylerin geçmiş yaşamlarından hoşnut olamamaları, bireysel bir algı olmayıp, onların yaşadıkları sosyal, sınıfsal pozisyonlarının bir yansımasıdır. Üstelik bu durum, onların, sadece, geçmişlerini değil, gelecekleri konusundaki algılarını da oldukça etkiler. Tabloda, hastaların geleceklerine ilişkin düşüncelerine baktığımızda, erkekler başta olmak üzere, tüm hastaların yaklaşık olarak, %75'nin gelecek endişesine sahip oldukları görülmektedir. Bu anlamda, anominin göstergelerinden biri olarak değerlendirilen gelecek kaygısı, hastaların, geçmişten beri, zaman zaman veya sürekli olarak maruz kaldıkları, olumsuz yaşamlarının ve düşük sosyal sınıflarının, basit bir çıkarımı olarak değerlendirilebilir. Nitekim Bayhan da, yapmış olduğu bir çalışmada, sosyal piramidin uçlarında yaşayan üniversite gençliğinin, anomi ve yabancılaştırma düzeylerinin anlamlı olduğunu bulgulamıştır (Bayhan, 1997: 325).

Bu anlamda, hastalarımızın hayatı, boş, hayal kırıklıklarıyla dolu, anlamsız olarak değerlendirmelerinde, onların, gelir durumlarının, sosyal tabakalaşmada işgal ettikleri sınıfsal pozisyonlarının, önemli bir etkisi olduğunu düşünüyoruz. Bu konuyla ilgili olarak, tablo 19'da da görüleceği gibi, görüştüğümüz hastaların %13'ü, hiçbir gelire sahip değillerken, %25'ten fazlası, 200 milyonun altında olmak üzere, % 74'ü, 400

milyonun altında bir gelire sahiptirler. Ayrıca, Tablo 21'de görüleceği gibi, hastaların önemli bir kısmının (%77.0), son zamanlarda, ekonomik bir sorunlarının, sıkıntılarının olması da, onların yaşam kalitelerinin anlaşılması bağlamında düşünülebilir.

Bilindiği gibi, Maslow, insanın, kendini gerçekleştirebilmesi için, maddi ve manevi olmak üzere, birbirlerini tamamlaması gereken, iki tür ihtiyaç düzeyi olduğunu ve bunlardan ilkinin, diğerlerine basamak teşkil eden maddi tatmin düzeyi olduğunu belirtir. Maslow'a göre, alt düzeydeki maddi tatmin arayışları doyurulmadığı zaman, kamçılanan anlam arayışı da cevabını bulamaz. Halbuki, Maslow'a göre, anlam arayışına cevap bulunamadığı zaman, umutsuzluk, duyarsızlık, güvensizlik ve nihayetinde mutsuzluk ortaya çıkar (Frankl, 1996: 25-30). Hastaların, gerek kendilerine ve gerekse hastalıklarına ilişkin olarak, yapmış oldukları değerlendirmelere dikkat edildiğinde, kendilerine ve hastalıklarına anlam sağlayacak bir bakıştan, bir zeminden yoksun oldukları görülmektedir. Ancak, bu anlamsızlık hastalığına, psikiyatri çerçevesinde çare bulunabileceği söylenemez. Çünkü, bireylerin hayata, kendilerine ve hastalıklarına anlam verebilmeleri, kültürel yapının derinlerinde kök saldığından; psikiyatrinin, bu anlamsızlık salgınına karşı, bir reçete sunacağını söylemek zordur (Sayar, 2000: 11).

Anomiyi, ortak toplumsal kuralların etkinliğini yitirmesi sonucu ortaya çıkan, toplumsal bir hastalık olarak tanımlayan Durkheim, anomik durumda, inançlardaki zayıflamayla birlikte, ahlaki değerlerdeki farklılaşmanın, dayanışmayı azaltarak sosyal dengeleri ve ilişkileri bozduğunu belirtmiştir. A. Toffler de, artan değişim hızının, kalıcı kuralların, değerlerin oluşumunu engellediğini, bu durumda, yaşamın her alanında geçiciliğin kalcılaşarak, insanların, diğerleriyle bütünleşmelerini engellediğini belirtir (Tolan, 1991: 297). Ekonominin, tüketmenin, neredeyse, tek anlam kaynağı haline geldiği günümüzün toplumu, gerek birincil ve gerekse diğer sosyal ilişkilerde ve değerlerde yaşadığı sarsıntılarla, anomiyi sergileyen göstergelere sahiptir.

**Tablo 56: İnsanlara Güven Duygusunun Cinsiyete Göre Dağılımları**

Cinsiyet		İnsanlara Güven Duygusu			
		İnsanların çoğuna güvenirim	İnsanların çoğuna güvenmem	Hiçbir insana güvenmem	Toplam
Erkek	Sayı	6	32	20	58
	%	10,3%	55,2%	34,5%	100,0%
		54,5%	62,7%	52,6%	58,0%
Kadın	Sayı	5	19	18	42
	%	11,9%	45,2%	42,9%	100,0%
		45,5%	37,3%	47,4%	42,0%
Toplam	Sayı	11	51	38	100
	%	11,0%	51,0%	38,0%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Anominin, bir anlamda, kişinin, çevresine ve dostlarına yabancılaşması ile ilgili olduğunu biliyoruz. Bu anlamda, anomi ortamındaki bireylerin, hayatın anlamı ve amacı konusunda, derin kuşkular besleyebilecekleri tahmin edilebilir. Çünkü, insan, diğer insanlarla anlamlı ilişkiler kurmak isteyen, sosyal bir varlıktır. Mac Iver ve Riesman, anomiyi, bir toplum ya da grupta ortaya çıkan tecrit, amaçsızlık ve kaygı durumu olarak nitelendirir. K.Young ise, uzmanlaşmanın bir sonucu olarak, sosyal gruplar ve bireyler arasındaki birincil ilişkilerin azalmasının, anomiyeye neden olduğunu ve bu durumun da ters etki yaratarak, varolan birincil ilişkileri yok ettiğini vurgular (Kızılcılık, 1992: 307).

Görüldüğü gibi, anomiyi tanımlayan özelliklerle, hastalarımıza ilişkin olarak, daha önce belirttiğimiz düşünme, duygu biçimleri ve sosyal yaşamları paralellik arz ettiğinden, bazı ruh hastalıklarının ve özellikle de depresyonun, anominin önemli göstergelerinden biri olduğunu veya olabileceğini söyleyebiliriz. Bu anlamda, anomiyeye ilişkin sosyolojik verilerle, hastalarımızda gördüğümüz gibi, psikolojik hastalıklara ilişkin verilerin örtüştüğünü belirtmeliyiz. Görüştüğümüz kişilerin, sadece diğerleri ile değil, aynı zamanda, yakınlarıyla yaşadıkları sorunlar, önemli bir anomi göstergesi

olarak değerlendirildiğinde, onların, yalnızlıkları ve tecrit edilmişlikleri, anomik bir durum olarak değerlendirilebilir.

İnsanların diğerleriyle ilgili sorunları ve diğerlerine olan güvensizlikleri, onların, aynı değerleri paylaşmadıklarına ilişkin kaygılarından kaynaklanır. Tabloda görüleceği gibi, hastaların, yaklaşık olarak %90'ı, yaşadıkları çeşitli ekonomik ve sosyal sorunlar neticesinde, insanların çoğuna veya hiçbirine güvenmediklerini ifade etmişlerdir. Hiç kimseye güvenmediklerini belirten hastalar içerisinde, özellikle, kadınların daha fazla bir oranı oluşturmaları, onların, daha çok yakınlarıyla yaşamış oldukları sorunlar nedeniyle, hastalanmalarından kaynaklanmaktadır. Bu konuyla ilgili olarak, yabancılaşıma başlığı içerisinde ele aldığımız arkadaşlık ve dostluk ilişkilerinin de, hastaların yaşadıkları yalnızlık ve soyutlanmışlığı anlamamız açısından, dikkate değer olduğunu belirtmeliyiz.

Durkheim, ahlaki bunalımı, toplumsal sorunların temeli olarak belirtir. Ahlaki değerler ise, temelini dini değerlerden alır. Ancak, din kurumunun gerilemesi sonucunda, insanların inançlarında meydana gelen boşluklar, bireylerin oto kontrolünü zayıflattığından, davranış ve değerlerde yaşanan sarsıntılar, azalan dayanışma duygularını ve anomiyi anlamamızda, açıklayıcı bir nitelik taşımaktadır. Parsons da, psikolojik görünümüleri olan anominin, özellikle, davranış normlarındaki ve hedeflerdeki belirsizliklerle kendini gösterdiğini vurgular (Tolan v.d., 1981: 90-93). Anomiyle sonuçlanan bu belirsizlikler, hızlı sosyal değişmelerin, eski ve yeni kurumlar arasındaki çatışmaların ve nihayetinde, bu ikisine bağlı olarak ortaya çıkan, farklı değer sistemleri arasındaki zıtlıkların bir sonucu olarak değerlendirilebilir (Bayhan, 1997: 9).

Özellikle, rekabete dayanan ekonomi normlarıyla, dostluk, akrabalık ilişkilerinde belirleyici olan normlar arasındaki çelişkiler, sorun yaratır niteliktedir. Çünkü, bu çelişki ve sorunlar neticesinde, bireylerin, farklı roller ve normlar arasında gerilim yaşamaları ise, ruhsal sorunlara neden olur. Örneğin, bir hastanın, bir aile yakını ile yapmış olduğu iş ilişkisinde, resmi işlemleri yapmaması neticesinde, dolandırılıp hastalanmasını, aile akrabalık rolüyle, çalışma rolleri arasındaki gerilimi anlamamız açısından değerlendirilebilir. Nitekim, özel bir şirkette yöneticilik de yapmış olan, orta yaşın üzerindeki bu hastanın, "herkese tamam da, ailemdeki yakınım da mı güvenmeyeyim" şeklindeki ifadesi, bu bağlamda değerlendirilebilir. Yaptığımız çalışmalarda da, hastalarımızın dile getirdikleri sorunların çoğu, zaten şu veya bu

şekilde, belirli değerlerdeki sarsıntılarla ilgilidir. Aile kurumuyla ilgili değerlerden tutun da ekonomik ve ahlaki kurumlardaki bir çok değere kadar, aslında, hastalar, belirtilen bu alanlarda yaşanan değişmelere, kırılmalara dayanamamamın acısını çekmektedirler.

Hastaların depresyon sebeplerine ilişkin yorumlarında da görüleceği gibi, içerisinde boşanmaların, aldatmaların, ayrılıkların, kavgaların yer aldığı aile huzursuzlukları, dolandırılmayı, haksızlıkları ve devalüasyonu kapsayan maddi sıkıntılar, bir yakının kaybı, üzücü bir aşk ve birikmiş sorunlar gibi birçok üzücü olay, aslında, değer değişimleri ve sarsıntıları etrafında değerlendirilmesi gereken vakalardır. Örneğin, aile huzursuzlukları, aile ve sosyal ilişkilerle ilgili değerlerdeki sarsıntılarla, yas süreci içerisinde yaşanan sıkıntılar da, din kurumuyla ilgili değerlerdeki değişmelerin bir sonucu olarak, nihayetinde, maddi sıkıntılar ise, ahlaki ve ekonomik değerlerdeki sarsıntılarla ilişkilendirilerek değerlendirilebilir.

Aile, evlilik ve depresyon sebeplerine ilişkin olarak tezin ilgili kısımlarında, hastaların önemli bir kısmının, aile sorunlarını, huzursuzluklarını ve bir yakın kaybını depresyon sebebi olarak belirttikleri ifadelerini, Berkay'ın (1988) ve Bayhan'ın aile sorunları ile sosyal anomiy ve yabancılaşma hakkında bulguladıkları sonuçlar bağlamında değerlendirdiğimizde, bu araştırmalarda belirtilen, boşanmış, dağılmış veya bir ebeveynini kaybetmiş çekirdek veya geleneksel geniş aileye mensup, çeşitli sorunları olan aile bireylerinin, anomik ve yabancılaşan durumlarıyla, hastalarımızın sosyal, ekonomik, ailevi nitelikleri arasında, bir paralellik olduğu, rahatlıkla söylenebilir (Bayhan, 1997: 323). Bu anlamda, ruhsal belirtileriyle değerlendirebileceğimiz bireysel anomiyin de, nesnel, toplumsal düzlemdeki anomiyeye verilen bir cevap olduğunu ifade edebiliriz.

Anomiyin yapısal, sosyal şartı, sosyal, hukuksal standartlardaki bozulmalarla ilgili olduğundan, gerek resmi gerekse resmi olmayan hukuktaki sorunlar, anomiyi anlamamızda, önemli katkılar sağlamaktadır. Gerçekten de, çeşitli suçlardaki artış oranlarından da anlaşılacağı üzere, bu alanda yaşanan kuralsızlıklar, anomiyi yaratan ciddi bir sorun olarak değerlendirilebilir. Nedenise, toplumumuzda sürekli olarak hukuk duygusunun yıpratıldığı ve bu nedenle de insanların, adalete olan güvenlerinin sarsıldığını görüyoruz. Alt yapısı hazırlanmadan, sürekli çıkarılan ve toplumda mağdurların ve yeni suçluların sayısını arttırmaktan başka bir işe yaramayan genel afların, sadece, normal bireylerin değil, suçluların da vicdani duygularını yıpratmış ve

bu itibarla da, toplumumuzdaki anomiy ve yabancılaşmayı besleyen yanlış uygulamalardan biri olduğunu düşünürüz. Elbette, suç yaratan, yapısal birtakım sorunların olduğunu ve bunun sadece, hukuki uygulamaların bir sonucu olmadığını da biliyoruz. Ancak, yasaların uygulanmasındaki bu sorunlar, hukuki yaptırımın azalması, kişiler arası sorunlara ve güvensizliklere neden olduğundan, bireylerin, hukukun üstünlüğüne ve devlete olan inançlarını zedelemektedir. Bu durum, bireyin toplumsal bağlamdan ya da ilişkilerden kopmasına ve ruh sağlığının da, ciddi anlamda bozulmasına neden olabilmektedir.





### 5.4.3. Yabancılaşma ve Depresyon

Webster İngilizce sözlüğünde, yabancılaşma anlamındaki alination teriminin anlamlarından biri, akli rahatsızlık, akli dengesizliktir (Demirer v.d., 1998: 9). 14. y.y.'da, ruhun yabancılaşmasından, aklın yabancılaşmasına uzanan "aliene", kişinin kendine ve içinde normal davranma yetisini yitirdiği kendi toplumuna yabancı kılan, geçici bir akısal bozukluk olarak tanımlamaktadır. Benzer şekilde, yabancılaşma sözcüğünün, eskiden, akıl hastalarını tanımlamak için kullanıldığını belirten Fromm, İngilizce'de, bugün bile, akıl hastalarına bakan psikiyatlara, "alienist" denildiğini ifade etmektedir (Fromm, 1990: 135). Yabancılaşmış insan, diğer insanlardan koptuğu gibi, kendinden de kopmuştur. Bir anlamda, ileride, deli diye kapatılacak olan kişiler, işte bu ötekileştirilen, yabancılaşmış kişilerdir (Guattari, 1990: 55).

K.Lang, yabancılaşmayı, kişilik bütünlüğünün ayrılması olarak tarif etmektedir. Yabancılaşma, bireyin kendine ait olduğu değer, kurum ve gruba yabancılaşmasını ifade eder. Varoluşsal, gelişimsel, kültür değişimi, ferdi ve öz yabancılaşma şeklinde beş yabancılaşma çeşidinden bahseden Kenniston, her türden yabancılaşmanın bizi zayıf düşürdüğünü belirtir. Grup dışında kalma, diğerlerine karşı uzaklık duygusu gibi yerleşik değerlerin reddinin yanı sıra, güvensizlik, huzursuzluk, kötümserlik, kaygı ve bencillik gibi duyguların yabancılaşma duygusuyla ilgili olduğu bilinmektedir. Psikoloji alanındaki çeşitli araştırma ve incelemeler içe kapanma duygusunu besleyen bu türden her bir yabancılaşmanın, insanları zayıf düşürdüğünü, kronik stres ve hastalıklara yol açtığını göstermiştir (Frager, 1996: 53).

İlk Hıristiyanlar için yabancılaşma, insanın Tanrı'dan ayrılmasıydı. 19. y.y.'da, Tanrı'nın, 20.y.y.'da ise, insanın ölmüş olduğu nosyonuna gönderme yapan Fromm, eskiden, insanların köle olmalarının, şimdi ise robot haline gelmelerinin söz konusu olduğunu ve insanın, şizoid bir şekilde kendine yabancılaşmasının, modern dönemlerin ürünü olduğunu vurgular. Yabancılaşmış toplumsal kişi ve ilişkileri belirleyen nitelikler üzerinde durulduğunu belirten Fromm, bu tanımlamaların da, zamandan zamana değiştiğini belirtir. Bununla birlikte, yabancılaşmış kişilerde, yabancılaşmayı belirleyen temel bazı özellikler yok da değildir. Örneğin, kapitalist bir toplumsal yapıda, zorlayıcı nevrozlarda olduğu gibi, emeğin ve üretim sürecinin yapılandığı şartların, bireylerin iradesinden ayrı olması ve bireyin istememesine rağmen, kendine zararlı olan

**gelişmelerin engellenememesi, bir yabancılaşma özelliği olarak, değerlendirilmektedir (Fromm, 1990: 161).**

Yabancılaşmayı, teolojik bir temelde ele alan Hegel, yabancılaşmanın birbiriyle ilintili iki anlamı olduğunu belirtmiştir. İlki, bireyin özde farklı olmadığı ve geçmişte birleşik olduğu bir şeyden ayrıldığı farkındalığı, ikincisi ise, bu ayrılığı fark eden benliğinden vazgeçiş, yani, yabancılaşmış benliğini, bu ayrılık zeminini kaldırmak üzere kurban edişidir (Fromm, 1990: 13). Hegel'e göre, tinin tikel bireyselliğini kurması için, yabancılaşma, gerekli; ancak, aşılması gereken bir süreçtir (Demirer v.d. 1998: 9-12). Bu anlamda, yabancılaşma, hem ayrılma hem de birleşme, bütünleşme hallerini içerecek bir tarzda formüle edilmektedir. Kovel, yabancılaşmanın, diğer insanlardan yabancılaşmanın bir şekli olarak anlaşılabilirliğini belirtir. Ona göre, yabancılaşmayı yaratan, insanın doğuştan, içkin özellikleri olmayıp, bizatihi, insanın da üretildiği toplumsal koşullar ve tarihtir (Kovel, 2000: 76). Görüldüğü gibi, başlangıçta, insanın doğadan kopmasını ifade etmek için kullanılan bu terim, sonraları, sosyal ilişkilerde yaşanan parçalanma ve yüzeysellik ile ilişkilendirilerek ele alınmıştır.

Yabancılaşmanın, ekonomik temelde, üretimdeki merkezileşme ve uzmanlaşmayla belirlendiğini ifade eden Marx, sınıfsal konumumuza dayanan sosyal varlığımızın, bireysel bilinçlerimizi belirlediğini vurgulamıştır. Marx, üretim tarzının ve mentalitesinin bir gereği olarak, insanlar arası ilişkilerin gittikçe, şeyler arası ilişkilere dönüştüğünü vurgulayarak yabancılaşmanın, nesnelere olan ilişkilerimize göre belirlendiğini ifade etmiştir (Aron, 1986: 124-129). Yabancılaşma, her toplumda görülmekle birlikte, ona özgün niteliğini kazandıran gelişmeler, sanayi devrimi ile birlikte, toplumsal yapıda yaşanan köklü değişimler sonucunda ortaya çıkmıştır.

Yabancılaşma terimini, temelde, sanayi toplumu için kullanan Marcuse'un bu konudaki fikirlerinin, tüketim toplumu olma yolundaki gidişatımızı ve şu andaki konumumuzu anlamamız açısından anlamlı olarak değerlendiriyoruz. Mevcut ekonomik ve toplumsal örgütlenme tarzının, kendi içinde tutarlı olsa da, akıl dışı bir temele dayandığını belirten Marcuse'a göre, bu sistemde, "savurganlığı ihtiyaca, yok etmeyi var etmeye çevirme" anlayışının, ruhumuzu, satın aldığımız nesnelere bir uzantısı haline getirdiğini belirtir. Bir anlamda, toplumsal denetimi, insanlarla olan sosyal ilişkiyi, tüketimle sağlama anlayışına dönüştüren bu sistem, toplumsal bütünleşmeyi,

nesnelere ikame etme anlayışına dayandığından, yabancılaştırıcıdır (Marcuse, 1986: 8-17).

Gündelik yaşam ritminin artan hızına karşın, derinliğini gittikçe kaybeden, anlamsızlaşan, rutin niteliği, hayatımızı tüketmektedir. Kitle kültürünün, her yanıma sinmeye başladığı bu medyatik çağda, kendilik bilinci ve anlam taşıyan içsel düşünceler azaldıkça, insanlar, duygularına, düşüncelerine ve bunun doğal bir sonucu olarak da, diğer insanlara gittikçe yabancılaşmaktadırlar. Nitekim, Seeman da, kendine yabancılaşmanın bir görünümü olarak dile getirdiği güçsüzlük duygusunun, bireyin kendi davranışlarının sonuçlarına ilişkin olumsuz beklentisinden, algılamasından kaynaklandığını belirtir. Bu olumsuz algıyı, depresyonun açıklanmasında, önemli bir etken olarak görülen, çaresizliğin bir ifadesi olarak değerlendirdiğimizde, depresyonla yabancılaşma arasındaki karşılıklı ilişkiyi, daha iyi anlayabiliriz. Ayrıca, Seeman'ın yabancılaşma ile ilgili olarak dile getirdiği anlamsızlık, güçsüzlük ve tecrit edilme duygularının da yine, bu bağlamda, yani depresyon açısından yorumlanması gerektiğini belirtmeliyiz (Tolan, 1991: 302-305). Yabancılaşmaya ilişkin bütün bu olumsuz duyguların, demokratik kültürün olmadığı ve insan haklarıyla ilgili birçok sorunun yaşandığı gelişmekte olan ülkelerdeki insanların, bugün, yaşamakta oldukları sosyal hayatlarının bir atmosferi olarak, sürekli solunduğunu ifade etmeliyiz.

**Tablo 57: Hastaların Kendileriyle İlgili Duygularının Zikrediliş****Sırasına Göre Dağılımları**

Hastanın Kendisiyle İlgili Duyguları	1. Zikrediliş	2. Zikrediliş	3. Zikrediliş	4. Zikrediliş	5. Zikrediliş	Toplam
Kendimi değersiz hissediyorum	% 49					%49
Kendimi boş, gayesiz Hissediyorum	%19	%26				%45
Kendimi, fiziğimi Beğenmiyorum	% 2	%3	%3			%8
Kendimi beceriksiz, suçlu hissediyorum	%5	%19	%9			%33
Kendimi yalnız, yabancı hissediyorum	%15	%5	%17	%8		%45
Kendimden nefret Ediyorum	%6	%5	%5	%7	%6	%29

Hastaların kendilerine ilişkin duygularını değerlendirirken, oldukça olumsuz imajlara sahip oldukları görülmektedir. Hastaların, depresyona girmelerinde, olumsuz duygulara sahip olmaları, zaten, beklenir bir durumdur. Bu konuda, düşüncelerini sorduğumuz hastaların %45'i, kendilerini boş ve gayesiz, %45'i de, yalnız ve yabancı olarak hissettiklerini belirtmişlerdir. Hastaların, kendilerine ilişkin ifadeler içerisinde, en çarpıcı olanı, kendilerinden nefret ettiklerine ilişkindir. Tabloda görüldüğü gibi, kendilerinden nefret ettiklerini ifade eden hastaların, bu beş zikrediliş içerisindeki oranı, %29'dur. Kendinden nefret eden bu hastaların, intihar düşüncesine sahip olmaları, beklenir bir durumdur. Bunun yanı sıra, hastaların kendilerini beceriksiz ve suçlu görmeleri (%33) de, bu bağlamda, yani, değersizlik ve intihar düşünceleri bağlamında yorumlanabilir. Ayrıca, kendinden nefret etme duygusu ile değersizlik duygusu ve

yabancılaşma arasında da önemli bir ilişki vardır. Bununla birlikte, hastaların değersizlik duygularına ilişkin ifadeler, neredeyse, hastaların, yarısı (%49) tarafından dile getirilse de, aslında, bu oran, beklediğimizden daha düşük bir oranı ifade etmektedir. Çünkü, depresyon tanısı konurken, hastaların, kendilerine ilişkin değersizlik duyguları, oldukça önemli bir gösterge olarak değerlendirilir. Birden fazla olumsuz ifadelerin işaretlenmesi, kendilikle ilgili olarak, yukarıda belirtilen bu düşünce ve duyguların hepsinin, birbirleriyle yakından ilişkili olup, birbirlerini mantıksal olarak içermelerinden kaynaklanmaktadır. Hastaların, kendilerine ilişkin bu düşünceleri, onların yaşadıkları olumsuz olaylarla yakından ilgilidir. Birçok hastanın, mutsuz oldukları bu hayatta, ayakta duramamaları, rüzgar önündeki bir yaprak gibi, kontrol edemedikleri, olaylar karşısında, sürekli, sürüklenmeleri, onların bu ifadelerinin, bilişsel bir bozukluk olmayıp, tersine, yaşadıkları hayata ve topluma yabancılaşmalarının basit bir ifadesi olduğunu göstermektedir.



**Tablo 58: Hastaların Depresyona İlişkin Genel Değerlendirmelerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımları**

Depresyona Girme Nedenlerinin Değerlendirilmesi		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Hayata yeni bir bakış için değerlendirilecek bir fırsat	Sayı	4	2	6
	%	66,7%	33,3%	100,0%
	%	7,5%	5,4%	6,7%
Günahlarımın, ettiklerimin bedeli	Sayı	6	1	7
	%	85,7%	14,3%	100,0%
	%	11,3%	2,7%	7,8%
Çarkı bozulmuş bir toplumun, bendeki etkisi	Sayı	15	3	18
	%	83,3%	16,7%	100,0%
	%	28,3%	8,1%	20,0%
Hayatın boş ve anlamsız olduğunun habercisi	Sayı	3	8	11
	%	27,3%	72,7%	100,0%
	%	5,7%	21,6%	12,2%
Üzüntü ve kederleimin toplamı	Sayı	12	14	26
	%	46,2%	53,8%	100,0%
	%	22,6%	37,8%	28,9%
Nasıl değerlendireceğimi bilemiyorum	Sayı	5	4	9
	%	55,6%	44,4%	100,0%
	%	9,4%	10,8%	10,0%
İstediğim yaşam tarzıyla, toplum değerlerinin uyumsuzluğu	Sayı	8	5	13
	%	61,5%	38,5%	100,0%
	%	15,1%	13,5%	14,4%
Toplam	Sayı	53	37	90
	%	58,9%	41,1%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Gerçekten de, hastaların, depresyona girmelerini nasıl değerlendirdiklerine ve genel olarak da hayatı nasıl algıladıkları bağlamındaki, olumsuz ifadelerine baktığımızda, bu ifadelerin, hiç de şaşırtıcı olmadığını belirtmeliyiz. Bu konuda görüşlerini dile getiren hastaların %28.9'u, hasta olmalarını, kederlerinin, üzüntülerinin toplamı olarak, %20.0'ı bozulmuş bir toplumun etkisiyle açıklarlarken, bir kısım hasta da (%12.2), rahatsızlıklarını, hayatın boş ve anlamsız olduğunun habercisi olarak değerlendirmişlerdir. Burada, hastaların, "hayatın boş ve anlamsız" olduğu veya toplumun bozulmuş olduğu şeklindeki rahatsızlık nedenlerine ilişkin değerlendirmelerinin, onların yaşadıkları hayata yabancılaşmalarının önemli bir kısmı olduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca, hastaların "yaşadıkları toplumdaki değerlerle, yaşam tarzının çatıştığını" ifade eden seçeneğin %14.4 oranında işaretlenmesinin de, bu



konudaki görüşlerimizi destekler mahiyette olduğunu rahatlıkla ifade edebiliriz. Dikkat edilirse, Seeman'ın, yabancılaşmanın belirleyici faktörleri olarak belirttiği, "tecrit edilme-yalnızlık, normsuzluk, anlamsızlık ve kendine yabancılaşma" şeklindeki ölçütler, aslında, depresyon teşhisinde kullanılan ölçütlerle neredeyse, birebir örtüşmektedir. Bu anlamda, yabancılaşma ve depresyonu, nedensel faktörleri ve belirtileri çerçevesinde, neredeyse, aynı tanı kategorisine koyan bu sonuçlar, bu iki olgunun, bireysel ve sosyal yansımalarıyla, aynı hastalığın iki farklı görünüşü olduğunu göstermektedir.

Ekonomik yaşamın, birincil öneme sahip hale gelmesi, bir an önce yaşam standartlarını yükseltip, sınıf atlamayı, köşe dönmeyi veya en azından adam gibi geçim yapabilmeyi düşünen bireyci bireylerin, toplumsal sorunlara duyarsızlaşarak yabancılaşmalarına, ruhsal açıdan da kaygı, korkulara neden olmaktadır. Ayrıca, bu sürecin doğal bir sonucu olarak, çözülen birincil ilişkilerin, birincil grupların yarattığı boşluklar nedeniyle, kendilerini yalnız, yabancı hisseden bireyler, böylece, gittikçe toplumsal sorunlara da duyarsızlaşmaktadır. Ekonomik değerlerin bu yükselişi, hastaların kendilerine ve diğer insanlara, mevcut ekonomik kriterler bazında bakmalarına neden olduğundan, yabancılaşmanın temel formülasyonu olan; "kendilerini ve diğerlerini yabancı bir nesne gibi algılama tarzı", modern kapitalizmin bireyci doğasında vardır.

Fromm, üretim tarzının, yabancılaştırıcı doğasına değinmesine rağmen bizler, hastaların, diğer insanlarla yaşadıkları sorunların, asıl yabancılaştırıcı deneyim olduğunu ifade etmek istiyoruz. Bununla birlikte, günümüzde, öz saygı, yani kişinin değeri, itibarı, çoğunlukla, onun mesleği ve sahip olduklarıyla değerlendirildiğinden, ekonomik çelişkiler, bireylerin yabancılaşmasıyla yakından ilgilidir. Gerçekten de, normal bir insan, varolan ekonomik koşullarıyla, bu hayatta, sürekli ulaşamayacaklarının peşinden koşarak, ancak, zayıf benliğe ulaşabilir. Çünkü, benlik saygısındaki düşme, hastaların, ulaşmak istedikleriyle ulaşamadıkları arasındaki mesafeye bağlı olduğundan, sosyo-ekonomik rollerine bağlı olarak, benlik saygıları, tüketim toplumu nosyonunun bir fonksiyonu olarak sürekli düşer, ama paradoksal olarak da, bu yabancılaşma, kitle kültürü açısından fonksiyoneldir. Çünkü, böylece, düşük benlik saygısı, kapitalist üretim yapısının arzu ettiği tüketimi körükler. Ama, bu ekonomik yapı içerisinde, bırakın bu tüketim seviyesine ulaşmayı, geçimlerini bile

sağlamayan çoğu hastanın, bu sorunlar yüzünden, aileleriyle, çevreleriyle sorun yaşamaları, onlar için, ruhsal anlamda, sıkıntı kaynağıdır. Bununla ilgili olarak, Daniel Bell, dinin etkinliğini yitirmesi ile birlikte, yaygınlaşan hedonizmin, dayanışma duygusunu azaltarak, bireyleri, topluma yabancılaştırdığını ve olumsuz toplumsal tepkilere neden olduğunu belirtmiştir (Bell, 1976: 72-75).

Yirminci y.y üretim ve mübadele mantığı, sadece, alış verişe değil, sosyal ilişkilere de yansıdığından, insanlar ve değerler, işe yararlılıkları ve statülerine göre, birer tüketim nesnesi olarak, pazardaki yerlerini alır; alınır, satılırlar. İnsan varoluşunun temelinde yatan sorunların bastırılması, çağdaş yaşamın tekdüze bir hayatı ve sürekli bir tüketimi içeren yapısı ve yapay ilişkilerin yarattığı tatminsizlik, bireylerin yabancılaşmalarında, önemli bir zemin oluşturmaktadır. Özellikle yaratılmış kuruntuların giderilmesine hizmet eden çağdaş tüketim anlayışı, kriterleri, pazarca belirlenen istem dışı nevrotik bozukluklara benzemektedir. Zaten, modern sistemlerin temel felsefesi olan, haz ve pragmatizm, insanları bu yönde bir alışkanlığa ve zihniyete yöneltmektedir. Kapitalizmin, rekabeti ve sürekli daha fazlasını isteyen yapısı ve maddi ilişkileri, sosyal ilişkilerde dayanışma yerine, çatışma ve güvensizlik duyguları yaratarak, yabancılaşmada hayati bir rol oynarlar. Bu anlamda, insanların birbirlerine yabancılaşmaları, ekonomik temeller üzerinde şekillenmekte ve oradan da sosyal ilişkilere yansyarak, ruhsal yapıya yansımaktadır.

**Tablo 59: Hastaların Hayatın Anlam ve Amacına İlişkin Görüşlerinin**

**Cinsiyetlerine Göre Dağılımları**

Hastaların Hayatın Anlam ve Amacına İlişkin Görüşleri		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Hayatın bir amacı yoktur	Sayı	3	2	5
	%	6,0%	5,6%	5,8%
Hayat, bize tanınmış bir fırsattır	Sayı	20	8	28
	%	40,0%	22,2%	32,6%
Hayata bir anlam veremiyorum, herşeyi anlamsız buluyorum	Sayı	10	6	16
	%	20,0%	16,7%	18,6%
Hayat, hayal kırıklığı ve yükten ibarettir	Sayı	14	18	32
	%	28,0%	50,0%	37,2%
Hayatın bir anlamı olup olmadığını bilmiyorum	Sayı	3	2	5
	%	6,0%	5,6%	5,8%
Toplam	Sayı	50	36	86
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Çoğu hastanın, bir türlü kontrol edemedikleri ve sürekli olumsuz sonuçlarına katlanmak zorunda kaldıkları yaşamları, gelecek beklentilerini aşındırarak, onların ümitsizliklerinde, hayata verdikleri anlam ve değer azalmasında, belirleyici olmuştur. Nitekim, hastaların, sadece, %32.6' sı, hayatı bir fırsat olarak değerlendirirken, hastaların %37.2'si, hayatı, bir yük olarak gördüklerini, %18.6'sı, hayata bir anlam veremediklerini ve %11'lik bir hasta grubu ise, hayatın bir amacı, anlamı olup olmadığı konusunda bile, bir fikirlerinin olmadığını belirtmişlerdir. Freud, uygarlığın gelişmesine bağlı olarak, insani gereksinimlerin karşılanamayacağını ve bireylerin daha da yabancılaşacaklarını belirtiyordu (Freud, 2000: 25-27).

Daha önceleri olduğu gibi, insanların hayatı, tek bir kıymet sistemi etrafında organize olmadığı için, ahlaki kişiliğimiz, tek bir kaynak yerine, birçok kaynaktan beslenmektedir. Bunun sonucu olarak, ortaya çıkan rol çatışmaları, insanların kendilerine ve çevrelerine yabancılaşmalarında, belirleyici bir rol oynamaktadır. Çünkü, insanlar, farklı değer hükümlerine göre davranışlarını bütünleştiremediğinden, kendilerine ve diğer insanlara yabancılaşmaları, kaçınılmaz gibidir. Toplumda, bireyden beklenenleri ifade eden roller, normalliğin ölçütü olarak ele alınmaktadır.

Halbuki, Laing'e göre, bunlar, bireyin dağılan egosunun bir resmidir. Bu anlamda Laing, "sürekli başkaları ve başkalarının onlar hakkında neler düşündükleri, başkalarının başkaları hakkında neler düşündükleri üzerinde düşündüklerini düşünürler." şeklindeki iletişim mantığının, aslında ruhsal hastaların mantığıyla çok benzer olduğunu ifade eder. Ona göre, "hakkımda ne düşündüğünüze ilişkin düşüncelerim, kendim hakkında ne düşündüğüme kadar geri gider ve ardından kendim hakkında düşündüklerim size karşı davranışımı etkiler, sonra bu kendinizi nasıl hissettiğinizi etkiler ve bu da bana karşı davranışınızı etkiler ve döngü devamlı ilerler." (Jakoby, 1996: 177). Bunun yanı sıra, sürekli yaşanmakta olan sosyal değişmelerle, alışkanlıklar sarsıldığından, bu sosyal yapıya uyum sağlamaya çalışan bireylerin, hayatın anlam ve amacı konusundaki duygularından yoksun kalarak, yabancılaşmaları tahmin edilebilir.

Geçerli akıl sağlığı tanımlamalarında yabancılaşmış kişiyi, kendisiyle ve başkalarıyla olan ilişkisinin kopukluğuyla tanıtan Fromm, bu kişinin, kendisini, başkaları tarafından kullanılan, benlik duygusu eksik, bir nesne gibi algıladığını belirtir

(Fromm, 1990: 226). Bu ekonomik sistemde, ekonomik öncüller, belirleyici olduğundan, eğlenceye, spora, cinselliğe, entellektüelliğe ve bunlarla iç içe olan sosyal ilişkilere ait çoğu etkinlikler, meta üretiminin "değer yasasına" göre belirlenir (Duhm, 1996: 60). Bu anlamda, yalıtılmışlık, ayrılmışlık, hastaların, diğer insanlara yabancılaşmaları, ekonomik ilişkilerle iç içe olup, ruhsal sağlığı sürekli olarak etkiler.

**Tablo 60: Hastaların Arkadaşlık ve Dostluk İlişkilerinin**

**Cinsiyete Göre Dağılımları**

Cinsiyet		Arkadaşlık ve dostluk ilişkileri			
		Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım vardır.	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım yoktur.	Arkadaşlık ilişkilerim olumsuz yönde değişti.	Toplam
Erkek	Sayı	14	17	27	58
	%	24,1%	29,3%	46,6%	100,0%
		60,9%	51,5%	61,4%	58,0%
Kadın	Sayı	9	16	17	42
	%	21,4%	38,1%	40,5%	100,0%
		39,1%	48,5%	38,6%	42,0%
Toplam	Sayı	23	33	44	100
	%	23,0%	33,0%	44,0%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Beklenildiği gibi, hastaların, hastalıklarıyla birlikte, hatta hastalıklarından önce başlayarak, yakın ilişkilerinde yaşadıkları sorunlar, onların diğer sosyal ilişkilerinde de, soğuma ve kopmalara yol açmaktadır. Hastaların reddedilmeye, eleştirilmeye aşırı duyarlılıkları, onların sosyal ilişkilerde yaşadıkları sorunları anlamamızda, açıklayıcı olabilir. Ayrıca, hastaların, kendilerini değersiz olarak algılamaları, onların eleştiriye neden bu kadar aşırı duyarlı olduklarını açıklamamıza yardımcı olabilir. Bunun yanı sıra, görüştüğümüz bireylerin, çoğunlukla ilişki sorunlarından muzdarip olmaları, onların, sosyal ilişkilerden izole olmalarını ve bu tür sosyal alanlarda, kendilerini, neden rahatsız hissettiklerini de açıklar mahiyettedir. Depresyonlu kişilerin, diğerlerinin

gözündeki, kendine ait olumsuz izlenimlerini ve böylece, onun sosyal ilişkilere neden bu kadar uzak ve yabancı kaldığını da anlayabiliriz.

Yabancılaşan bireyler, kendileriyle iletişim kuramadıklarından, iç denetimleri zayıf ve dolayısıyla, yalnızlıklara tahammülleri az olur. Bundan dolayı, yabancılaştıkları oranda, yalnızlık hisseden ve toplumla uyumsuzluk çeken bu hastaların, ruhsal sıkıntılara girmeleri, beklenir bir durumdur. Görüştüğümüz hastaların, gerek aile ilişkilerinin ve gerekse diğer kişilerle olan sosyal ilişkilerinin iyi olmamasını, yabancılaşmalarının bir ölçütü olarak değerlendirebiliriz. Onların bu durumlarında, belirleyici olduğunu düşündüğümüz olumsuz olayların, ilişki sorunlarının ve sosyal yapının çarpıklıkları kadar, değerlerin de etkili olduğunu düşünüyoruz. Çünkü, değerlerde yaşanan sıkıntılar, öncelikle sosyal ilişkilerde, iletişim problemleri doğurur.

Değerlerin sarsıldığı bir ortamda, bireyler diğerlerini anlayamadıklarından, konuşmak anlamsızlaşır ve böylece, yaşanan uyumsuzluklar, hayatı anlamsızlaştırarak, bireylerin, güvensizlik duygularına ve yabancılaşmalarına neden olur. Ekonomik veya ailevi nedenlerle, çocukken veya ileriki yaşlarda evini bırakıp, yıllarca evine gelmeyen, eşlerinden boşanan, ayrı yaşayan, iş yaşamında dolandırılan, iş veya ailevi huzursuzluklarından ötürü de, sürekli sorun yaşayan hastaların bu problemlerinde, iletişimsizlik, önemli bir yer tutar. İletişim sorunları ise, temelde iletişime değer vermeyen bir değerler silsilesine ve genel olarak da değerlerin çözülmesine bağlıdır.

Modern zamanlardan önce, özellikle ortaçağda, sosyal farklılaşma çok az olduğu için, bütün ahlak kaideleri, din sistemi altında toplanabiliyordu. Ama bugün, hukuk, ekonomi, siyaset, v.s. alanlardaki kaçınılmaz kurumsallaşmalar ve bu alandaki değerlerin farklılaşması, bireylerin davranışlarında, birbirlerini anlamalarında, çeşitli zorluklara, sorunlara neden olmaktadır. Ekonomi değerlerine dikkat ettiğimizde, bu alandaki değerlerin, kapitalizmin gelişmesiyle birlikte, ahlak ve genel değerler silsilesinden bağımsız ve farklı olmakla kalmamış, sosyal yapıda edindiği merkezi konumla birlikte, bu değerleri de etkilemiş ve çoğu zaman da, bu yerel değerlerle çatışmış ve halen de bu süreç, devam etmektedir. Örneğin, kapitalizmin hırsı ve bencilliği gerektiren ruhsal temelleri, birçok yerel kültürle ve onların gerektirdiği ahlaki değerlerle çatışmaktadır. Fromm da, günümüz toplumlarında, ekonominin, yaşamın tek amacı haline gelmesinin, insanın, ruhsal yaşamını bozduğunu, açgözlülük ve bencilliğin, içimizi kemirdiğini vurgular. Ona göre alkol, uyuşturucu bağımlılığı gibi, bu



sınırsız gelişme eğilimi de, bu sınırlı yaşama sığmayacağından, ruhsal açıdan sorunlu ve yaralayıcıdır (Fromm, 1993: 283).

Ruh sağlığı açısından, yaşanan topluma aidiyet duygusu, oldukça önemlidir. Bu duygunun oluşmasında ise, yönetime, siyasal kurumlara, yabancı olup olmamanın önemli bir yeri vardır. Gerçekten de, baskıcı, despot, sorunları olan ülkelerin bireyleriyle, demokratik bir yönetim içerisinde yaşayan, sorunlarını aşmış bir ülkenin bireylerinin, aynı ruhsal sağlık düzeyine sahip olacaklarını söyleyemeyiz. Yönetime yabancılaşmanın temelinde ise, katılımcı demokrasinin olup olmamasının büyük bir etkisi vardır. Bununla ilgili olarak, görüşlerini dile getiren Seeman, her ne kadar, tarihsel yapısal sorularına değinmese de, örgütlenme ve siyasal katılım eksikliklerinin, bireylerin “güçsüzlük” duygularına neden olduğunu ifade etmiştir (Tolan, 1991: 304).

Kişilerin, denetleyemedikleri, bilgi sahibi olmadıkları, yapılanların hesabının verilmediği, dokunulmaz bir yönetim anlayışı, siyâsi iktidar karşısında güçsüz, yabancılaşmış vatandaş profilini oluşturur. Bu bağlamda, ulusal temelde organize olmuş bir yapıda, oldukça ehemmiyet taşıyan siyasal insan profilinin desteklenmemesi, aidiyet duygusunda ciddi yaralanmalara neden olacağından, bunun, ümitsizlikle birlikte yabancılaşmaya ve ruhsal rahatsızlıklara yol açabileceğini ifade edebiliriz. Bu bağlamda, çoğu kimsenin, kanunlarından bile habersiz olduğu bir hukuk yapısı, bireylerin, yönetime yabancılaşmalarının anlaşılması açısından anlamlıdır.

Geçmişte, siyasal gerginliklerden dolayı, anomik ortamlarda yaşamak zorunda kalan ülkemiz insanları, bugün ise, amaç ve anlam boşluğunun sorunlarıyla karşı karşıyadır. Çeşitli çıkar gruplarının bir uzantısı olan ideolojik aygıtların, olabildiğince geliştiği son yıllarda, evlerimize kadar sokulan medyanın edilgenleştirdiği, manüpüle ettiği toplumumuz, hızla, kitle kültürünün yörüngesine girmektedir. Bu süreç içerisinde ortaya çıkan, mutluluk tanımları, ahlaki yargılar, hayaller, boş zaman değerlendirmeleri, beğeni ve eğlence tercihleri gibi, bütün hayatı ilgilendiren tasarım ve roller, bilinç endüstrilerinde kitlesel olarak üretildiğinden, irrasyonel belirtiler, tekil bir konu olmaktan çıkıp toplumsal bir sorun haline gelmektedir. Bireyin istencini ve direncini yok eden ve bireyi kendi istencinin nesnesi yapan bu yapı, özgürlük, eşitlik, düşünce ve vicdan özgürlüğü gibi anlamlı her şeyin içeriğini boşaltıp, basit bir söyleme, ticari bir nesneye dönüştürdüğünden, değer yitimi, yabancılaşma ve anlamsızlık gibi duygular, kaçınılmaz olmaktadır. İnsanların, kendi yarattıkları sosyal ilişkilere egemen olmaktan



çıkmaları, yabancılık hissettikleri bu ilişkiler tarafından baskı altına alınıp, yönlendirilmeleri, yabancılaştırmanın en belirgin özelliklerindedir. Çünkü, insan denetleyemediği, anlam veremediği, kurumlar karşısında, söz hakkını yitirdiği bir toplumda, anlamlı ilişkiler kuramaz ve kalabalıklar içinde derin bir ayrılık, yalnızlık bilinci içinde kişiliğinin silindiğini ve yabancılaştığını hisseder. Resmi kurumların soğuk, umursamaz, güven vermeyen, yukarıdan bakan tavırları da bu yabancılaştırmada ciddi bir pay sahibidir. Üstelik, resmi kurumlara yönelik bu yabancılaştırma, sadece, bıktırıcı bürokrasiyle ilgili de değildir. Bu bakışın, aşırı büyüyen kurumların bir sonucu olarak, ekonomide, eğitimde, sağlıkta, siyasette ve hatta boş zamanlarda bile, gittikçe edilgen, pasif, bir hale geliyoruz. Yöneten, ama, katılımı teşvik etmeyen, bir idare anlayışı, bütün kurumlara, kuruluşlara sindiğinden, kendi kendimizi hakları olan bir birey olarak algılayamamakta ve bu süreç, hedeflerimizin büyüklüğü ve bilinçlenmemiz ölçüsünde, bizleri rahatsız etmektedir. Bunun yanı sıra, bütün sorunlarıyla, insanların ellerinin arasından kayıp giden hayat, yabancılaştırıcı etkenlerin de etkisiyle, insanları öylesine edilgen kılıyor ki, kitlesel olarak belirlenen roller, tercihler, yaşamı, seyredilen televizyon kanallarından biri haline getiriyor.

**Tablo 61: Hastaların Siyasetle İlgili Görüşlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı**

Ülke Yönetimiyle İlgili Görüşler		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Ülkemizin iyi bir şekilde yönetileceğinden ümitliyim	Sayı	10	5	15
	%	66,7%	33,3%	100,0%
	%	17,2%	11,9%	15,0%
Ülkemizin iyi bir şekilde yönetileceğinden ümitsizim	Sayı	34	19	53
	%	64,2%	35,8%	100,0%
	%	58,6%	45,2%	53,0%
Ülkeyi yönetenlere güvenmiyorum	Sayı	13	11	24
	%	54,2%	45,8%	100,0%
	%	22,4%	26,2%	24,0%
Ülke ve toplum sorunlarıyla pek ilgilenmem	Sayı	1	7	8
	%	12,5%	87,5%	100,0%
	%	1,7%	16,7%	8,0%
Toplam	Sayı	58	42	100
	%	58,0%	42,0%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Hakkımızda verilen kararlar, çoğu zaman bize rağmen yapıldığından, kendimizi birer nesne gibi algılayıp, yaşadığımız idarelere ve topluma yabancılaşıyoruz. Özellikle, kamu hayatında, kendisine danışılmayan, ama, nedense, kendisine uygun görülen bu kimlikle, yıllardır eleştirilmekten, girişim zaafıyla suçlanmaktan kurtulamayan bu halk, her zaman, acı faturaları ödemek zorunda kalmıştır. Bir erkek hasta, hayat karşısındaki edilgenliğini, “değirmende öğütülen buğday” misalini vererek, açıklıyordu. Aslında, yönetenlerin, halka bakış açıları, aynı zamanda, halkın yönetime, idareye olan bakış açısını etkilemektedir. Bundan dolayı, hastaların, ülkemizin yönetim ve idare anlayışına ilişkin görüşlerine bakıldığında, durumun hiç de iç açıcı olmadığını ifade edebiliriz.

Tabloda da görüleceği üzere, hastaların, sadece, %15'i, ülkemizin, gelecekte iyi bir şekilde yönetileceğinden ümitli olduklarını, ancak, hastaların yarısından fazlası (%53) ise, bu konuda hiç de ümitli olmadıklarını ve ülkenin, toplumun geleceği ile ilgili ciddi kaygıları olduğunu, %24.0 oranındaki bir hasta grubu ise, daha çok ülkeyi yöneten kişilere güvenmediklerini bildirmişlerdir. Bazı erkek hastalar, ülkenin geleceğini, Romanya'nın durumuna benzetmişlerken, bazıları ise, Arjantin yolunda ilerlediğimizi ifade etmişlerdir. Her ne kadar, ülkenin geleceğiyle ilgili endişelerini dile getiren hastalar, bu konuyla ilgili olarak, farklı seçenekleri işaretlemiş olsalar da, aslında, dile getirilen bu olumsuz ifadeler, zaten, birbirlerini mantıksal olarak içermektedirler.

Görüşmelerimizde, tablodaki erkek ve kadın hastaların, siyasete ilişkin değerlendirme farklılıklarına paralel olarak, hastalıklarının sebeplerini yorumlayan hastalar içerisinde, erkeklerin önemli bir kısmı, doğrudan bir şekilde, kadın hastaların da, az bir kısmı, dolaylı bir şekilde de olsa, ülkenin yönetim anlayışını ve kötü idaresini, hastalanmalarında bir gerekçe olarak dile getirmişlerdir. Özellikle de, ekonomik ve hukuki sorunları olan ve bu nedenle hastalanan kişilerin, bu tarz bir şikayetleri olduğunu ifade etmeliyiz. Genelde de, bu tür problemleri, yani, siyasetle ilgili eleştirileri, ekonomik rolleri ve sosyal pozisyonları itibarıyla, erkeklerin dile getirdiklerini belirtmeliyiz. Bunun yanı sıra, medyanın siyasete ilişkin haberlerinin ve siyasetin, biraz da olsa, toplumsallaşmasının, hastaların bu tür değerlendirmelerinde etkili olduğu söylenebilir.

Merton'a göre, bir toplumdaki anomi, siyasi liderlerin, toplumun ihtiyaç ve arzularına olan ilgisizlikleri, mevcut kanun ve kuralların, yetersiz olarak görülmesi, bireylerin, gelecekte endişeli ve ümitsiz olma, çaresizlik ve değersizlik duygusu

taşımları, arkadaşlık ve diğer sosyal ilişkilere güvenememeleri şeklinde, kendini gösterir (Kızılcılık, 1992: 308-309). Cohen, yönetim duygusundaki eksikliklerin, standartlardaki bozulmaların, anomiye neden olduğunu belirtir. Bayhan, doktora tezinde, ülkenin geleceği konusunda, karamsar olan üniversiteli gençliğin, anomi ve yabancılaşma ölçeğinden daha yüksek puanlar aldıklarını bulgulamıştır (Bayhan, 1997: 353).

Biz de hastalarla yaptığımız bu görüşmelerde, onların, yaşadıkları ekonomik, sosyal, hukuksal sorunlar nedeniyle, siyasi liderlere güvenmediklerini, bu nedenle de ülkenin ve kendilerinin geleceklerine olan inançlarında zayıflamalar olduğunu belirterek, bu sonucun, hastaların anomi ve yabancılaşmalarında, önemli bir yer tuttuğunu ifade etmeliyiz. Nihayetinde, görüştüğümüz bu hastaların, toplumsal değerlerdeki bozulmalara, diğer insanlarla yaşadıkları sorunlara paralel olarak hissettikleri güvensizlikler, onların hayal kırıklıkları yaşamalarına ve hayattan zevk alamamalarına neden olmaktadır. Anomi dediğimiz bu hastalıklı durum, ruhsal bozukluklarla, karşılıklı ilişki içerisinde olduğundan, toplumsal yapıda görülen sıkıntılar, bu kısır döngüyle daha da derinleşmektedir.

Yönetimin, işsizlikten sağlık sorunlarına kadar, halkın ihtiyaçlarına, sorunlarına gösterdiği duyarsızlıklar, yaşanan diğer sorunların da etkisiyle, hastaların yönetime yabancılaşmalarında önemli bir pay sahibidir. Bu araştırmanın yapıldığı süreç içerisinde, psikolojik olarak, ülkedeki siyasete, yönetime duyulan güvensizlik, inançsızlık, krizler şeklinde, para ve sermaye piyasalarına yansımış, ayrıca, bu konuda yaşanan ümitsizlikler de, gerisin geriye dönerek, insanların ruhsal dünyasında, sorunlara neden olmuştur. Bireylerin yönetime yabancılaşmaları ise, bir yandan, onların sorunlar karşısındaki dirençlerini azaltmakta, öte yandan ise, gelecek kaygılarını arttırarak, hastalanmalarına neden olmaktadır. Çünkü, yıllardır, devletçi bir ekonomi-politikle yönetilen ülkemizde, bir bireyin kendine olan güveni, saygısı, onun nasıl yönetildiğiyle ilgili düşünceleriyle yakından alakalıdır. Bütün hayatın merkezden ayarlandığı, iş sahibi olmaktan, basit bir tayin, atama olayına kadar bütün işlerin, Ankara'dan yapıldığı, Ankara'dan takip edildiği ve işlerini bu şekilde görmeye alışmış bir toplumda, insanların ruhsal sağlıkları, elbette, siyaset tarzıyla yakından ilgili olacaktır.

Bu bağlamda, bir ülkede, insanlar, kendilerini temsil ettiklerine inandıkları, sorunlarının çözümünde, en az kendileri kadar duyarlı, sözlerinde, davranışlarında

samimi, adil, güvenilir yöneticilerin varlığından kuşku duyuyorlarsa, o ülkedeki insanların geleceklerine olan inançları, kendilerine olan saygılarıyla birlikte, giderek azalır ve sonuçta, ruhsal sağlıkları da bozulur.

Bu itibarla, bütün yolsuzluk ve kirlilikleriyle, antidemokratik yapılanmalarıyla siyasetin zan altında kaldığı bir toplumda, insanların, ruhsal anlamda sağlıklı olmaları, beklenemez. Çünkü, devletçi bir zihniyete sahip olan toplumumuzda, siyaset, yönetim, bütün sorunların çözüm makamı olarak görüldüğünden, halkın en fazla ümit bağladığı ve dolayısıyla da en fazla hayal kırıklığı yaşadığı bir kurumdur. Dolayısıyla, devletçi bir ekonomik yapılanmanın ağır bastığı ülkemizde, çeşitli alanlarda meydana gelen sarsıntılar, sorunlar, bu sorunlarının çözümünde, devletten başka çareleri veya yeterli donanımları olmayan halkın, güvenini ve ümidini sarstığından, ruhsal hastalıklar, kaçınılmaz bir sonuç olarak ortaya çıkmaktadır.

Merton, kültürel değerlerle, sosyal yapı arasında ortaya çıkan, uyumsuzlukların, sosyal sorunlara neden olduğunu belirtiyordu. Biz ise, siyasal kurumlarla, sosyal yapı ve kültürel değerler arasındaki uyumsuzlukların yarattığı sorunları yaşıyoruz. Çünkü, bizde, Batı'da olduğunun tersine, daha merkezci, yaygın, ama hantal bir devlet işleyişi söz konusu olduğundan, siyaset, hukuk, eğitim gibi kurumlar, sosyal ve ekonomik değişmelerin hızına uyamamakta, bu durumda ortaya çıkan uyumsuzluklar da, ruhsal gerilimlere, sorunlara neden olmaktadır. Bununla birlikte, özelleştirmenin, daha yeni yeni başladığı ülkemizde, bu gelişmelerin yarattığı rahatsızlıkların, henüz kendini belli etmediğini, belirtilerinin daha yeni yeni ortaya çıktığını ve gerekli sosyal güvenlik kurumları, tampon mekanizmalar oluşturulamaması durumunda, ruhsal sorunların tahmin edilenin çok çok üzerinde artacağını, ifade edebiliriz.

#### 5.4.4. Boş Zamanlar ve Depresyon

Boş zaman kavramı, bireyin, mesleki, toplumsal sorumluluklarını yerine getirdikten sonra eğlenme, dinlenme amacıyla veya kişisel, toplumsal başarısı için özgür iradesiyle ayırdığı zamanları ifade etmek için kullanılır. Özgür zamanlar kavramının, "boş zamanlar" olarak, yani, hiçbir şey yapılmayan anlar anlamını ifade edercesine, "boş" terimiyle dilimize çevrilmesinin, anlamlı olduğunu düşünüyoruz. Yüzyıllarca, boş zamanları yeren Batı toplumları, bugün, boş zaman değerlendirmelerini, insan hakları bağlamında ele almaktadırlar. T. Eliot, boş zamanları, kültürün gelişmesinde, en önemli etkenlerden biri olarak değerlendirmektedir. B. Russel de, benzeri bir düşünceyle, uygarlığın gelişmesinde boş zamanların rolünü ifade etmek için, "Aylaklığa Övgü" 'yü ele almıştır (Tezcan, 1994: 9-17).

Carl Rogers, bireylerin, maddi gereksinimleri doyurulduğunda, psikolojik dünyaya yönelerek, doyum aradıklarını belirtir. Boş zaman değerlendirmeleri sayesinde, bireyler, paylaşma, üretme, yaratma, rekabet, tasvip görme gibi sosyal süreçleri yaşayarak, hapsedilmiş duygularını uygun bir şekilde ifade etme olanağını bulmuş olurlar. Ayrıca, bireyler, başarılı olamadıkları alanların telafisini, bu alanlardaki faaliyetleriyle yapabilme olanağına kavuştuklarından, duygusal anlamda, önemli bir doyum olanağına kavuşmuş olurlar. Böylece, bireyler, ruhsal dünyaları için oldukça önem taşıyan tören ihtiyacını da karşılamış olurlar (Tezcan, 1994: 31-66).

Kentleşmenin artan yoğunluğuna rağmen, sanayileşmenin yeterince gelişmediği bu bölgemizde, boş zaman kavramının yeterince gelişmediğini, iş etkinliğinden tamamen ayrılmadığını ve düzensiz bir nitelik gösterdiğini ifade edebiliriz. Ülkemizin genelinde olduğu gibi, bu bölgede de zaman, hemen hemen her alanda, ya hiç bir şey yapmamaya veya tamamen çalışmaya göre ayarlandığından, boş zamanların nasıl değerlendirileceği konusu, belirsizliğini sürdürmektedir.

Araştırmamız esnasında, hastanede görüştüğümüz görevliler, özellikle de kırsal kesimden gelen hastaların, sonbahar ve kış mevsiminde, hastaneye yattıklarını ifade etmişlerdir. Anketin uygulanması, zaman itibarıyla, daha çok sonbahar, kış aylarına denk geldiği için, hastalarla yaptığımız görüşmeler de, genelde, bu aylarda olmuştur. Ancak, buna dayanarak, sonbahar ve kış mevsiminin, ruhsal açıdan riskli bir mevsim olduğunu ifade etmek zor. Ruhsal sağlığın, mevsimsel değişikliklere bağlı olarak beliren ısı, ışık gibi faktörlerden etkilendiği ve bu nedenle de, kış aylarında depresyonlu hasta



sayısının daha da arttığı fikri, aynı enlem içerisindeki şehirlerde yapılan çalışmalar sonucunda, ortaya çıkan depresyon oranları farklılıklarıyla birlikte yanlışlanmıştır (Ercan, 1997: 55-58). Bu konuyla ilgili olarak, görevli hemşirelerden biri, kırsal kökenli hastaların, ilk bahar ve yaz aylarında, tarım işlerindeki yoğunlukları nedeniyle, hastaneye gelmeye, hastalanmaya fırsat bulamadıklarını, halbuki, kış aylarında yapacak bir şeyleri olmadığı için, bu aylarda tedavi olmayı tercih ettiklerini, ifade etmiştir. Doğrusu, kendini semptomlarıyla açıkça ortaya koyan depresif bir atağın, bekletilebilir olduğunu söyleyemeyiz. Bu itibarla, hastaların, belli bir zamanda tedaviye gelmeleri, mevsimsel değişimlerden ziyade, kış aylarındaki çalışma, boş zamanlar ve bunun değerlendirilme niteliği açısından yorumlanabilir. Çünkü, kış aylarında, şehirlerde, dışarıya çıkma, gezme, tatile gitme, spor gibi zamanın alternatif etkinliklerle değerlendirilmesi, sınırlı bir alan ve zamanla çevrilidir. Bu mevsimlerde, özellikle de köylerdeki işler azaldığından, boş zaman artmakta, ancak bu zamanın kompartmanlaştığı ve bu anlarda, zamanın değerlendirilmesindeki yetersizliklerin, ruhsal açıdan risk altında olan kişilerin, hastalanmalarına zemin hazırladığı söylenebilir. Kış aylarında, köydekilerin birbirleriyle daha fazla görüşmelerinin, ruhsal anlamda daha iyi bir sosyal ortamı yaratabileceği düşünülebilir. Ancak, nüfusu az olan, şehirlere yapılan geçici göçler nedeniyle de, kış aylarında boşalan kırsal bölgelerde; ayrıca, gerek sosyal, kültürel faaliyetler açısından ve gerekse, sivil toplum örgütleri açısından yeterince gelişmeyen bu bölgenin, küçük şehir ortamlarında, sosyal ilişkilerde sorun yaşayanların ve özellikle de ruhsal alt yapısı zayıf olanların, rutin geçen boş zamanlarda sıkılıp, bunalmaları, beklenir bir durumdur. Çünkü, boş zamanların, nispeten toplu etkinliklerle değerlendirildiği toplumumuzda, bireysel etkinlikler gelişmediğinden, ruhsal açıdan risk altındaki kişilerin, çalışmadıkları bu anlarında bunalabilecekleri ileri sürülebilir.

Adler, insanların faaliyet derecelerinin, onların hayat tarzına bağlı olduğunu ve bunun da, ruh sağaltımı açısından, değerli bir perspektif sunabileceğini belirtir (Adler, 1997: 72-73). Bu bağlamda, özellikle, düzensiz veya günü birlik işleri olanların, boş zaman etkinliklerinin de olamayacağını veya verimsiz, düzensiz bir şekilde olacağını tahmin edebiliriz. Aslında, bu belirsizlik bile, ruhsal açıdan yaralayıcıdır. Görüştüğümüz hastalarda da gördüğümüz gibi, çoğu hastanın, çalışmamaları nedeniyle veya düzenli bir işleri olmadığı için, maddi gereksinimlerini yeterince karşılayamadıkları, dolayısıyla da, iş dünyalarıyla, manevi dünyaları arasında, bir



paralellik olmadığı, çoğu zamanlarının da, bir şey yapamamaları nedeniyle gerçekten "boş" geçtiğini söyleyebiliriz. Bu hastalar, sürekli, düzenli bir şekilde çalışamamaları nedeniyle, ya çoğu zamanlarının boş geçtiğini veya boş zamanlarının düzenli olmadığını, bazen de hiç boş zamanlarının olmadığını; bazı hastalar ise, boş zaman kavramının ne anlama geldiğini bile, tam olarak anlayamadıklarını belirtmişlerdir. Bunun yanında, çalışan hastaların ise, maddi durumları ile manevi durumları, boş zaman etkinlikleri ile iş dünyaları arasında bir yarılmanın olduğunu, boş zamanlarını etkin olarak değerlendiremediklerini, işlerinin rutinliğini dengeleyebilecek yaratıcılıktan, aktiflikten, katılımdan uzak bir şekilde, kendi ifadeleriyle "boş" olarak geçirdiklerini söyleyebiliriz. Yine, çok az sayıdaki bazı hastalar ise, çalışma şartlarının zorluğu nedeniyle, boş zamanlarının olmadığını, olduğunda da, tatmin edici olmayan, sıradan şeyler yaptıklarını, doğru dürüst bir şeyler yapmadıklarını, bazen, dışarı çıktıklarını, ama, genel olarak, tek başlarına kaldıklarını ifade etmişlerdir. Bu nedenle, R.M.Mc Iver'ın, modern sanayi toplumlarının yaşadıkları atmosferi ifade etmek için kullandığı, "büyük boşluk" teriminin, aslında, hastalarımızın ruhsal durumlarını ve yaşamlarının düzensizliğini, belirsizliğini ifade etmek için daha uygun olduğunu düşünüyoruz (Güngör, 1995: 199).

**Tablo 62: Boş Zaman Değerlendirmesinin Cinsiyete Göre Dağılımı**

Boş Zamanların Değerlendirilmesine İlişkin Görüşler		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Eskiden hiç boş zamanım yoktu	Sayı	1	2	3
	%	1,8%	5,0%	3,1%
Eskiden boş zamanımı daha iyi değerlendirirdim	Sayı	22	9	31
	%	38,6%	22,5%	32,0%
Boş zamanımı şimdi daha iyi değerlendiriyorum	Sayı	5	1	6
	%	8,8%	2,5%	6,2%
Boş zamanım olmadığından, istediğim şeyleri yapamıyorum	Sayı	1	3	4
	%	1,8%	7,5%	4,1%
Boş zamanım var ama istediğim şeyleri yapamıyorum	Sayı	2		2
	%	3,5%		2,1%
Boş zamanım olsa da nasıl değerlendireceğimi, bilemem	Sayı	16	13	29
	%	28,1%	32,5%	29,9%
Boş zamanım olsa da, bunu değerlendirme ortamı, imkanı yok	Sayı	10	12	22
	%	17,5%	30,0%	22,7%
Toplam	Sayı	57	40	97
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Öncelikle, kadın olsun, erkek olsun, kendi ayakları üzerinde tam olarak duramayan, geçim endişesiyle, yarınının ne olacağı kaygısıyla bekleyen çoğu hastanın, boş zaman diye bir anlayışa sahip olmadıklarını ve çoğu zaman, sorunlarıyla baş başa kaldıkları için de, bu boş zamanlardan şikayetçi olduklarını ifade etmeliyiz. Boş zamanların değerlendirilmesinde, kadınlarla erkeklerin, oldukça farklı imkanlara sahip olduklarını ve bu konuda, kadınların daha fazla boş zamanları olmalarına karşın, bunu değerlendirme açısından, erkeklerden daha az imkanlara ve araçlara sahip olduklarını ifade etmeliyiz.

Tablo 62'de görüldüğü gibi, erkek hastaların %38.6'sı, önceleri, boş zamanlarını daha iyi değerlendirdiklerini ve bir kısmı %28.1'i, şimdi, boş zamanları olsa da, bunu nasıl değerlendireceklerini bilemediklerini, %17.5'i ise, boş zamanlarını değerlendirme ortam ve imkanlarından yoksun olduklarını ifade etmişlerdir. Kadınların beşte birinden biraz fazlası (%22.5), erkekler gibi, eskiden boş zamanlarını daha iyi değerlendiklerini belirtmişlerken, üçte birinden biraz fazlası (%32.5), boş zamanları olsa da, bunu nasıl değerlendireceklerini bilemediklerini ve erkeklerden farklı olarak, %30.0'u ise, boş zamanları olsa da, bunu değerlendirme imkânından, ortamından yoksun olduklarını ifade etmişlerdir.

Görüştiğimiz çoğu kadın hastanın, ev kadını olmaları ve eğitim seviyelerinin düşüklüğü nedeniyle, zaten, etkin bir boş zaman değerlendirme imkânına sahip olamayacaklarını tahmin edebiliriz. Gerçi, teknolojik ev aletlerinin gelişmesi ile birlikte, ev hanımı olan bu hastaların, daha fazla boş zamanlarının olduğunu ve belki de bu boş zaman artışı nedeniyle sıkıldıklarını ifade edebiliriz. Ancak, onların çoğunun, bunu etkin olarak değerlendirebilecek ekonomik, sosyal ve kültürel seviyeden yoksun olduklarını, açıkça ifade edebiliriz. Ayrıca, bir çok bayan hastanın, doğru dürüst bir arkadaşlık, komşuluk ilişkilerinin olmadığını belirtmeleri de, bu hususta dikkat edilmesi gereken bir durumdur. Halbuki, boş zamanların etkin ve faydalı bir şekilde değerlendirilebilmesi için, bu saydığımız faktörlerin önemli bir etkisi vardır. Her ne kadar, erkeklerin, kadınlara kıyasla, daha iyi zaman geçirebilecekleri ortamları, imkanları varsa da, onların da, daha faydalı ve etkin bir boş zaman etkinliği için ekonomik, sosyal ve eğitsel açıdan belirli bir düzeye sahip olmaları gerektiği açıktır. Halbuki, erkek olsun, kadın olsun, hastalarımızın çoğunun bu tür şartlara sahip olmadığını ifade edebiliriz.

Bilindiği üzere, W. Ogburn, kültürel gecikme kuramıyla, toplumdaki maddi kültür unsurlarıyla manevi kültür unsurlarının birbirine uygun olmayabileceğini ve bu durumda da, birtakım boşlukların sorunlara neden olduğunu ifade etmiştir (Marshall, 1999: 445). W.Ogburn'un kültürel gecikme kuramı aracılığıyla, boş zamanlar konusunu değerlendirdiğimizde, aslında, hayatımızda, birçok sosyal değişme olmasına rağmen, boş zaman etkinliklerinin pek değişmemiş olduğunu veya yaşanan değişime ayak uyduramamış olduğunu söyleyebiliriz.

Aytaç, yaptığı bir çalışmada, Elazığ'da, boş zamanların, genelde pasif ve grupsal bir karakter taşıdığını, bireysel, hobi türü boş zaman etkinliklerinin maddi sorunlar nedeniyle yaygın olmadığını bulgulamıştır (Aytaç, 1991: 90-100). Boş zamanların, genelde, toplu etkinliklerle geçirilmesi, bireysel etkinliklere dayalı boş zaman anlayışının gelişmemiş olması nedeniyle, sosyal ilişki sorunları yaşayanların, daha fazla sorun yaşamaları beklenir bir durumdur. Çünkü, artan bireyselleşme ve artan sosyal hareketlilikle beraber, insanlarımız, birbirlerinden yalıtılmakta, bu durum ise, boş zamanların, etkin bir şekilde değerlendirilmesini ve bu anlarda, bireysel uğraşlara önemli bir yer verilmesini gerekli kılmaktadır.

**Tablo 63: Hastane Öncesinde Boş Zaman Değerlendirmesinin Cinsiyete Göre Dağılımı**

Cinsiyet	Hastaneye Gelmeden Önce Boş Zamanların Değerlendirilmesi							
		T.V. seyredirdim	Müzik dinlerdim	Arkadaşlarla oyun oynadık	Yalnız kalmayı tercih ederdim	Kitap okurdum	Arkadaşlarla sohbet ederdim	Toplam
Erkek	Sayı	7	7	10	16	8	7	55
	%	12,7%	12,7%	18,2%	29,1%	14,5%	12,7%	100,0%
Kadın	Sayı	14	5		8	3	3	33
	%	42,4%	15,2%		24,2%	9,1%	9,1%	100,0%
Toplam	Sayı	21	12	10	24	11	10	88
	%	23,9%	13,6%	11,4%	27,3%	12,5%	11,4%	100,0%

Boş zaman, çalışmaya göre anlam kazanır ve çalışma anında yaşanan sıkıntıların, rutinliğin telafisi boş zamanlarda yapılan farklı etkinliklerle gerçekleştirilir. Halbuki, görüştüğümüz hastaların çoğunun, hayatlarının rutinliğini, boş zamanlarda da değiştiremediğini, tamamen pasif bir halde olduklarını belirtebiliriz. Konuştuğumuz erkek hastaların, yaklaşık olarak, üçte biri (%29.1), boş zamanlarında yalnız

kaldıklarını, %18.2'si, arkadaşlarıyla oyun oynadıklarını, 12.7'si ise, müzik dinlediklerini ve televizyon seyrettiklerini belirtmişlerdir. Kadın hastaların önemli bir kısmı (%42.4) ise, boş zamanlarında, en fazla televizyon seyrettiklerini ve %27.3'ü ise, boş zamanlarında yalnız kaldıklarını ve %15.2'si de, müzik dinlediklerini belirtmişlerdir.

Erkeklerin, boş zamanlarla ilgili olarak ifadelerine baktığımızda, kadınlara kıyasla, daha fazla çeşitlilik arz ettiğini görüyoruz. Ancak, gerek erkeklerin ve gerekse kadınların önemli bir kısmının, boş zamana ilişkin olarak dile getirdikleri yalnızlıkları, ruhsal anlamda sarsıcı sonuçları olan, bir durum olarak değerlendirilebilir. Gerçekten de, boş tarlada, yaban otlarının birikmesi gibi, herhangi bir faaliyet içermeyen boş zamanlarda, bir şeyler hakkında düşünmeden geçirilen vakitlerde, garip fikirler, kuruntular, bilinçaltındaki olumsuz duygular ortaya çıkarak rahatsız edici bir boyuta ulaşabilir. Çünkü, çalışmamanın, anlamlı bir şeyler üretememenin, bir işe yarayamamanın etkisiyle sıkılganlığın artacağını, sürekli boş geçirilen anlarda, bireylerin, bilinç altına ittikleri birtakım olumsuz anıları hatırlayarak, bunalayabileceklerini ifade edebiliriz. Kim bilir, belki de, normalliğimiz, meşguliyetlerimiz nedeniyle, kendimize olan uzaklığımıza, yabancılığımıza bağlıdır. Tolstoy'un, "aşırı bilinç deli eder" derken, kastettiği de bu olmalı. Belki de, boş zamanlarda kendimiz üzerinde yoğunlaşmadığımız için, ruhsal anlamda daha rahatız.

Çalışanların, boş zamanlarını verimli olarak kullanamamaları, onların dinlenme, eğlenme, sevdikleriyle birlikte zaman geçirme gibi, önemli birtakım faaliyetlerden uzak olmaları, ruhsal anlamda yaralayıcıdır. Bizim toplumumuzda, sosyal ilişkilerin niteliği çok önemlidir. Ancak, sosyal, coğrafi hareketliliklerle arkadaşlıklar, komşuluklar değişmekte, yaşanan bu hızlı değişmelere paralel olarak değerlerde yaşanan bir takım sorunlar, sosyal ilişkilerde sıkıntılar yaratmaktadır. Bu nedenle, bireylerin birbirleriyle sorunlu oldukları anlarda, sosyal ilişkilerinin boşluğunu doldurabilecekleri, sorunlarını unutabilecekleri veya başka bir forma yansıtarak, deşarj olabilecekleri, değerlendirilebilir etkinlikler, organizasyonlar hazırlamanın önemi, oldukça açıktır. Çünkü, insanların, boş zamanlarında, belirli bir amaç için uğraşmaları, tatmin duygusuna neden olur. Örneğin, insanların, kendilerini zorlamadan, insanlara, hayvanlara, gönüllü olarak yardım edebilecekleri organizasyonlarda yer almalarının, onların vicdanlarını yumuşatıp, kinlerini, öfkelerini, suçluluk duygularını törpüleyerek,

sabırlarını arttırmaya yol açabilir. Ayrıca, bu tür eylemler neticesinde, bireylerin yaptıkları iyilikler, yardımlar, kendilerine yapılmış bir iyilik algısı yaratarak, ruhsal sağlıkları üzerinde olumlu etkiler yaratabilir. Ama, görüştüğümüz hastaların, ekonomik durumlarının, eğitim durumlarının yetersizliği, bağımlılık kurdukları sosyal ilişkilerde yaşadıkları sorunları, telafi edebilecekleri boş zaman imkanlarını daralttığından, ruhsal hastalık riski de bu oranda artmaktadır. Ayrıca, eğitim tarzımızın, alternatifler üretmeyen tekdüze yapısı, sadece, ders çalışmaya, üniversiteye odaklanması, boş zamanlarında, bireylerin neler yapabilecekleri konusunda, eğitici, öğretici programlardan yoksun olmaları, sosyal aktivitelere önem vermeyen, sivil örgütlenişi yetersiz sosyal yapımız, bu problemin artmasına yol açmaktadır.

Bireylerin mutsuzlukları, medyada vücut bulan eğlence programlarıyla doldurulmaya çalışılmaktadır. Medyanın, ruh sağlığına etkileriyle ilgili olarak yapılan değerlendirmelerinde, iletişim uzmanları, medyanın, insanlar üzerinde ruhsal baskılar kurduğunu, görüntülerle iletişimi kolaylaştırarak, insanları yalnızlığa ittiğini, sorunlu insanları daha da problemlili hale getirdiğini ve sosyal çevreyi kirlettiğini ifade etmişlerdir (\*Ulusal S.Psikiyatri Kongresi, 1999: 45). Gerçekten de, kitle kültürünün yayılmasında, özel olarak tasarlanmış olan medya, dünyanın her yerinden yaptığı haber ve programlarla, kültürleri birleştirerek, bir simgesel bir gerçeklik yaratarak, sanal yönlendirmelerle, kişisel dünyamızda, çarpıcı etkilerde bulunmakta, zihinsel dünyamızı bir kaosa sürüklemektedir. İletişim çağının manüple ettiği zihnimiz, belki de hiçbir zaman bu kadar bedensiz ve mekânsız bir hale gelmemiştir. Oldukça gelişmiş, ikna ve telkin kabiliyetleriyle, duygu ve davranışlarımıza damgasını vuran medya olgusu, tüketimi arttırmayı ve istenilen imajlarda, bireyler inşa etmeyi hedefleyen, çoğu zaman, denetimden uzak program ve reklamlarıyla, ruhsal dünyamızı sarsabilir.

Medyanın, iyi haberi, "kötü haber" olarak tanımladığı, eskiden beri bilinir. Görüştüğümüz hastaların önemli bir kısmının, boş zamanlarını televizyon seyrederek geçirdikleri düşünülürse, bu yayınların, ruhsal açıdan yıpratıcı olabileceği ileri sürülebilir. Gerçekten de, televizyon kanallarında sunulan programların, daha çok olumsuz etkiler bırakacak, korku ve endişeler yaratabilecek haberlerden ve filmlerden oluşması, bireylerin ruhsal durumlarını, olumsuz olarak etkileyebilir. Programların, çarpıcı, şaşırtan, tahrik edip hayal kırıklığı yaratan, bazen de oldukça üzen,

\*Kongredeki konuşmayı aktaran bu yazıda, yazar ismi verilmemiştir.



gerginleştiren bu nitelikleri nedeniyle, bazı hastalar, son zamanlarda televizyon izlemediklerini, özellikle de, içlerini kararttığı için, haber programlarını izlemekten sıkıntı duyduklarını belirtmişlerdir. Gerçekten de bazen, çeşitli kanallarda, bilgilendirme amaçlı da olsa, insanları gerginleştirici, sarsıcı programların, herhangi bir yayın denetimi olmaksızın verilmesi, insanların topluma, yakınındaki kişilere olan güvenlerini sarsıcı etkide bulunmaktadır.

**Tablo 64:** En Fazla İzlenen Program Türlerinin Cinsiyete Göre Dağılımları

Cinsiyet	En Fazla İzlenen Program Türleri										
		Romantik filmler	Komedi filmleri	Trajik filmler	Haber programları	Korku filmleri	Aksiyon filmleri	Belgesel filmler	Eğlence programları	İzleniyor	Toplam
Erkek	Sayı	9	6	10	11	1	10	4	4	3	58
	%	15,5%	10,3%	17,2%	19,0%	1,7%	17,2%	6,9%	6,9%	5,2%	100%
Kadın	Sayı	8	1	15	5	1	1	1	5	4	41
	%	19,5%	2,4%	36,6%	12,2%	2,4%	2,4%	2,4%	12,2%	9,8%	100%
Toplam	Sayı	17	7	25	16	2	11	5	9	7	99
	%	17,2%	7,1%	25,3%	16,2%	2,0%	11,1%	5,1%	9,1%	7,1%	100%

Aristo'ya göre, dram sanatında ortaya çıkan acıma ve korku duyguları, bir tür arınma sağlayarak, katarsis etkisi yaratır. Ona göre, dram, hayatla olan bağların, geçici bir şekilde askıya alınıp, sanatsal olana bağlanma, trajik eserlerde bile arınma etkisi yaratır (Nutku, 1995: 14). Aristo'nun, daha önceleri, tiyatronun ruhsal işlevleriyle ilgili olarak söylediğini, biz de, televizyon programları üzerine yorumlayarak, bu programlardaki temaların, olay ve diyalogların, içimizde gizli kalmış konuşmaları, bastırılmış duyguları açığa vuran bir deneyim sağladığını ifade edebiliriz. Hastaların seyrettikleri televizyon programlarına dikkat ettiğimizde, bu programların, onların yaşadıklarıyla paralellik arz ettiğini rahatlıkla söyleyebiliriz. Bu açıdan, insanların televizyonlara olan ilgileri, olup bitenler karşısındaki meraklarının yanı sıra, kendilerini ve bireyselliklerini aşarak özdeşim kurabilecekleri belirli bir anlam bağlam çerçevesinde yorumlanıp ele alınabilir.

Hastaların, yaşamları, çalışma hayatları, müzik dinleme ve diğer boş zaman tercihleriyle, alışkanlıklarıyla paralellik arz etmekte ve sonuçta, pasif bir içerik taşımaktadır. Evde, yapacak başka bir şeyleri, dışarıda da zaman geçirebilecekleri bir alanları olmayan kadınların, televizyon seyretmeleri ve müzik dinlemeleri, beklenir



olmakla beraber, bu programların içerikleri ile ilgili tercihleri dikkate değerdir. Görüştüğümüz kadınların %36.6'sı, trajik filmleri, %19.5'i romantik aşk filmlerini izlediklerini belirtmişlerdir ki, bu durumu onların yaşadığı sorunlarla, sosyal rolleriyle yakından alakalıdır. Erkeklerde ise, başta haber programları (%19.0) olmak üzere, en fazla tercih edilen programlar, sırasıyla, %17.2'lik eşit oranlarıyla trajik filmler, aksiyon filmleri ve %15.5 oranıyla, romantik aşk filmleridir. Film tercihleri açısından, arabesk türü filmler, kadınlarda daha fazla ilgi görmesine rağmen, hem erkeklerde, hem de kadınlarda bu tür trajik filmlerin, daha fazla tercih edildiği söylenebilir.

Arabesk filmlerinde, baş rol oyuncularını etrafında kurgulanan olumsuz yaşam olayları, sürekli bir yerinden etme, yalnızlık, ihanetler, kayıplar, maddi sıkıntılar, gurbet, hüsrân, zulüm ve kader teması etrafında dönüp durur. Bu filmler esnasında çalınan arabesk müzikler de, izleyicilerin duygusallığını sürekli artırır, empati yoğunluğunu sağlar. Arabesk filmlerinin, olumsuz koşulları yansıtan temasının, genelde, mutlu bir sonla bitmesi, hastaların, olumsuz yaşam olayları karşısında, direnerek, iyi bir son beklentisiyle düşünmelerini sağlayabilir. Bu programların, duygularımız üzerindeki etkileri; korku, acı, hüsrân, aşk, ayrılık, hasret temalarını işleyen özellikleriyle, kendini gösterir.

Görüştüğümüz hastalara, bu filmlerin kendilerini nasıl etkilediğini sorduğumuzda, bazı hastalar, filmi izlerken, kendi başlarından geçen olayları hatırladıklarını, kendilerini de, filmdeki kişilermiş gibi algıladıklarını ve olumsuz, üzücü sahneleri seyrederken de ağladıklarını, ama filmleri izlemekten de vazgeçemediklerini ifade etmişlerdir. Aristo'nun, dram sanatı üzerine yazdığı Poetika'da, ileri sürdüğü gibi, "tiyatronun iyileştirici" etkisini, burada, televizyon programları açısından düşündüğümüzde, bu film ve programlarda yaşanan olayların etkisiyle ortaya çıkan korku, üzüntü ve acıma gibi duygular, ekran karşısındaki kişilerce içselleştirilebilir; bu şekilde, bireyler, olumsuz yaşantılarını yeniden, ama farklı bir düzeyde yaşayarak, bu yaşantıyla gelişen duyguları karşısında mesafe kazanarak, kendilerine daha farklı bir bakış açısından bakmaları, olanaklı hale gelebilir.

Ancak, televizyonun ruhsal sağaltım üzerindeki etkisi, televizyon programlarında sunulan film, program ve gösterilerin, genel içeriğiyle alakalı bir durumdur. Dolayısıyla, televizyon programlarında sunulan programlar, yaşam olayları, bireylerin ruhsal anlamda rahatlamalarına katkıda bulunabileceği gibi, tersi bir etkide de bulunabilir.

Nitekim, E. Fromm, çağdaş tiyatromuzun, oyunlarımızın ve filmlerin, tamamen yüzeysel, duygusal arınma yaratmayan bir içeriğe sahip olduğuna dikkat çekerek, bu konudaki kaygılarını dile getirmiştir (Fromm, 1990: 160).

Daha önceleri, psikodinamik, sanatsal yaratımların, bireylerin içlerinde biriktirdikleri duyguları uygun şekilde boşaltmalarını sağlayarak, iyileşmeyi sağladığı görüşüne sahipti. Sonraları ise, bu anlayış yerine, direnç ve aktarımların tanınmasının, sanatsal etkinliklerin temel iyileştirici özelliği olduğu ifade edilmiştir. Çünkü, ikinci kez yaşanan bir olay, gerçek bir olayın etkisinden kurtulma imkanı sağlayabilir (Soygür v.d., 1995: 10). Bireylerin acılarını, korkularını, arzularını ifade etmelerini sağlayan sanat, duyguların deşarj edilmesini sağlamanın ve bir iletişim aracı olmanın yanı sıra, kültürel anlamda da yaratıcılığın temelini oluşturur. Bu açıdan, E.Fromm, sanatı, sadece basit bir boş zaman etkinliği olarak görmemek gerektiğini ve yaşamı bütünleyen, üretici bir çaba olduğunu ifade ederek, sanata yer vermeyen kültürlerin, ruhsal anlamda risk taşıdığını belirtir (Fromm, 1990: 379).

**Tablo 65: En Fazla Dinlenen Müzik Türlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı**

Cinsiyet	En Fazla Dinlenen Müzi Türü							Toplam
	Arabesk	Türk Halk müziği	Pop müziği	Türk sanat müziği	Özgün müzik	Diğer		
Erkek	Sayı	20	25	3	4	1	3	56
	%	35,7%	44,6%	5,4%	7,1%	1,8%	5,4%	100,0%
Kadın	Sayı	14	14		7	3	4	42
	%	33,3%	33,3%		16,7%	7,1%	9,5%	100,0%
Toplam	Sayı	34	39	3	11	4	7	98
	%	34,7%	39,8%	3,1%	11,2%	4,1%	7,1%	100,0%

Gerek müzik ve gerekse diğer sanatsal çalışmalar, bireylerin ruhsal sağaltımları açısından oldukça etkilidir. Zaten, bazı sanatçıların da genelde, duygusal olarak oldukça hassas, acıları ve nörotik çatışmaları olan kişilerden oluştuğu düşünülürse, bu alanın, söz konusu kişiler tarafından, neden tercih edildiğini anlayabiliriz (Güney, 1995: 410). Tabloda görüldüğü gibi, erkek hastaların %35.7'si, kadın hastaların ise, %33.3'ü boş zamanlarında, en fazla arabesk müziği dinlediklerini ifade etmişlerken; erkek hastaların %44.6'sı, kadınların ise, %33.3'ü, halk müziği dinlediklerini ifade etmişlerdir. Ancak, mülakatlarımızda, halk müziği dinlediklerini belirtenlerin, bununla ilgili olarak

verdikleri örneklerde, halk müziği dedikleri çoğu parçaların da, uzun hava formunda olduğunu veya arabesk müziği şarkıları olduğunu belirtmeliyiz. Bunun yanı sıra, halk müziği parçalarının da genelde, acı, hüznün temasına vurgu yaptığı düşünülürse, hastaların, daha çok, acı, hüznü içeren müzik tarzlarını dinlediklerini ifade edebiliriz. Arabesk müziğin duygusal zemininin bir örneğini, Orhan Gencebay'ın "Kaderimin Oyunu Bu" adlı şarkısında görmek olasıdır. Şöyle ki;

Ne sevenim var,

Ne soranım var,

Öyle yalnızım ki,

Kaderimin oyunu bu...

Feld, Kaluli müziği üzerine yaptığı araştırmasında, müzikle benliğin ve duyguların nitelikleri arasındaki ilişkilere dikkat çekmiştir. Nitekim, onur ve utanç söylemlerinin, Akdeniz insanın benliği ile ilgili temel paradigmayı oluşturduğunu içeren araştırmalarda da, benzeri bir tema göze çarpmaktadır (Stokes, 1992: 31). Sanırız, bu ifade, ideolojik bir işlev taşımaktadır. Çünkü, arabesk, intiharın değil, intihar sebepleri arabeskin sebeplerini içinde taşımaktadır. Bu anlamda, arabesk müzik ve film içerikleriyle depresyon arasında, bir paralelliğin, ilişkinin olduğunu biliyoruz, ancak, bunu, arabeskin intiharı etkileyen bir faktör olmayıp, her ikisini de etkileyen sosyal, ekonomik çelişkilerin ortak bir ürünü olduğu şeklinde yorumlamayı tercih ediyoruz.

Belki de, tersine, acılı, hüznü ve depresyonlu yaşamlar, arabeski üreten asıl mekanizma olup, ruhsal sıkıntılar, film ve müziklerdeki bu arabesk söylemiyle katarsis oluyorlar. Bunun da ötesinde, gerek filmlerde ve gerekse müzikte hakim tarz olan arabesk, yaşanan hayata gizli bir başkaldırı olarak, resmi söylemin yasaklarına maruz kalır. Halbuki, arabeskte ortaya çıkan isyan söyleminin temel hedefi, kader olduğundan, sosyal yapıya ait çarpıklıklar gözden kaçır. Arabeskte, kaderin, çaresizliği andıran bir tarzda kabulleniliyle, depresyonlunun çaresizliği andıran kader algısı arasındaki ilişki incelenmeye değerdir. Arabeskin, sosyal çelişkiler, sorunlar üzerine seslenen müziği ile depresyonun şekillendiği sosyal ve ruhsal yapı arasındaki benzerlikler, bu müzik tarzıyla, duygusal bozukluklar arasındaki paralelliği açıkça ortaya koymaktadır. Milyonların dinlediği arabeskin söyleminde ortaya çıkan güçsüzlük, çaresizlik, duygusallık ve solo tarzı, depresyonlunun, yalnızlık içeren

çileciliğini ve kadere bakışını yansıtmaktadır. Nitekim, 1987'de Ankara'da yapılan bir araştırmada da, arabeskle, intihar arasındaki ilişkiyi vurgulayan bir makalede, arabesk film ve müzik tarzının, intiharı etkilediği ifade edilmiştir (Stokes, 1992: 158).

Arabeskte, bireysel deneyimle, toplumsal sonuçlar ve duygusal yapıyla da sosyal yapı arasındaki çelişkiler, şarkıların içeriğindeki çelişki ve çaresizlik figürünün temelinde yatar. Görüştüğümüz hastalarda, çok net bir şekilde şahit olduğumuz arabesk söylemi de bu fikrimizi doğrulamaktadır. Bir duygu söylemi olarak, arabeskte ortaya çıkan dramın verdiği mesaj, çaresizliğimizden dolayı, kötü davranmaya zorlanarak, pişman olacağımız sonuçlara maruz kaldığımızı ifade etmektedir. Arabeskte, ana tema olan çaresizlik ise, hem psikiyatride ve hem de psikolojide, depresyonun anlaşılmasında ve açıklanmasındaki temel formülasyonu oluşturur.

Duygu söylemleri, belli bir güç yapısının ürünü olarak göze çarparlar. Awlad Ali'nin bu hususu, cinsiyet söylemleriyle karşılaştırarak, duyguların kadınlar gibi içeride tutulduğuna ilişkin düşüncelerinin yetersiz olduğunu, aslında düşüncelerin de, duygularla aynı kaderi paylaştıkları düşünülürse, sorunun cinsiyet ayrımlarının ötesinde, daha da derinde tüm sosyal yapıda kök saldıgını ifade etmeliyiz (Stokes, 1992: 33). Tecrit olma, yabancılaşma, zulüm görme, değersizliğin farkına varma gibi birtakım sonuçlar, elimizde olmayan kaderin, doğal bir sonucu, yani, bir tür garibanlık olarak görüldüğünden, arabeskteki bilişsel ve duygusal tavır, depresyonlunun duygusal ve bilişsel yapısını hatırlatır. Bir anlamda, arabesk, düşük yoğunluklu bir depresyonun gür sesidir.

Bu müzik tarzı, söylenemeyen, gizli duyguları açığa çıkardığı için, benzer şekilde, depresyon ise, kendini ifade etmenin, iletişimin bir tarzı olduğu için, nihayetinde, bu iki olgu, iç dünya ile dış dünya arasındaki, arabuluculuk işlevini paylaşırlar. Depresyonun yakıcı acısı, elemli hali, arabesk parçaların yanma, ateş metaforunda dile gelir. Bu nedenle, hüzünlü insanların, duygularını ve sesin güzelliğini ifade etmek için kullanılan, "yanık" kelimesi, en uygun yerini, depresyonlunun sıkışan göğsünde bulur. Sonuçta, arabeskin gerek sözlerinde ve gerekse seslendirme, müzik tarzındaki, gerçeklerle yüzleşmekten alıkoyan, aşırı kaderci ve duygusal yapısıyla, depresyonlu hastaların, bilincinde olmadıkları sosyal ve ekonomik durumlarından çökelen ruhsal durumları arasında bir paralellik vardır.

Şöyleki;

Bu genç yaşında beni dertlere attın felek

Acımadan sen benim bağırimi yaktın felek

Hayınsın, zalimsin sen felek

(Müslüm Gürses)

Yaşanan dramların, arka planını göstermeyen, ama ruhsal alanın tamamen sergilendiği bu şarkı sözleri, bireylerin olumsuz anılarını, hayal kırıklıklarını tekrar yaşatarak, hatırlatarak yoğun bir duygulanım atmosferi yaratır. Türk halk müziğinin olduğu gibi, arabeskin de ana temasını, ölüm, gurbet ve ayrılık ve nihayetinde acılar oluşturur (Stokes, 1992: 203-205). Arabeskte, özellikle göçle birlikte yaşanan sıkıntıların ağırlığı, duygusal çöküntüler, çarpıcı ifadelerle sergilenir. Arabesk filmlerinde, yaşanan çelişkilerin temsilini üstlenen başrol oyuncular, çoğu zaman, içler acısı, aşağılanan, onuru yaralanan kişiler konumuna sokulurlar. Bu filmleri izleyenlerin, başrol oyuncularıyla kendilerini özdeşleştirebilecekleri hesaba katılırsa, bu filmlerin ruhsal etkileri tahmin edilebilir.

İ. Tatlıses'in, "Nerde sevdiğim hani sevenler, ağlatıyor beni acı gerçekler" dizeleriyle söze döktüğü göz yaşı, filmlerde, şarkı sözlerinde ve depresyonlunun göğsüne sıkışmadan önce, bir kaç yıl öncesine kadar da, arabaların "göğsünde", dolmuşların "dışa açılmayan pencerelerinde", iç dünyaların sembolleri olarak, üstelik, süsleme niyetine kullanılıyordu. Duyguların, hemen her yerde saklandığı, kontrol altında tutulduğu bir sosyal yapıda, özellikle de erkekler için zula olmanın gerekçesini oluşturan bu sıkı duygululuk, arabesk ve halk müziğinin şarkı sözlerinde, çıkartmalarda ve filmlerde kendini dışa vurur. Şöyleki;

Görüyorsun Tanrım beni

Değiştir bu kaderimi

Açtım sana ellerimi

Yalvarırım dertli dertli

(İbrahim Tatlıses)

Ama artık dinin kader algısı, başımıza gelenler üzerindeki açıklayıcı gücünü yitirdikçe, olumsuz olayların, temellendirildiği, açıklandığı ve ifade edildiği kader söylemi de, değişerek, yerini, özgün müzik başta olmak üzere, yükselen yeni müzik



tarzlarının farklılaşan söylemlerine bırakıyor gibi. Nitekim, bu tezin alan çalışması aşamasında ortaya çıkan ve bir süre boyunca, müzik listelerinin birinci sırasında kalan, Göksel'in, "Depresyodayım" adlı parçası, bir duygu çöküntüsüyle, bu duygusal durumun temellendiği yapı arasındaki ilişkiyi ve bu duygu durumuna verilen anlamın, tepkinin hangi paradigmal zeminde yorumlandığını göstermesi açısından, dikkat çekicidir. Şöyleki;

Depresyodayım, unutuldum, terk edildim

Sevdiğimden ayrıldım, çok yalnızım...

Eski Yunan ve Roma zamanında, dini törenlerden esinlenerek, ortaya çıkan spor faaliyetleri, başlangıçta, bağlılık, güç, cesaret gibi özelliklerle birlikte anılmıştır (Elbi v.d., 1996: 90). Oyun oynamanın, çalışmanın, spor yapmanın, ruhsal hastalıklar üzerinde oldukça etkili olan saldırgan güduları etkisizleştirmekle kalmayıp, aynı zamanda, bu duygunun yaratıcı formlara bürünmesini sağladığı bilinmektedir. Sporda, öfkelerini savunma mekanizmaları aracılığıyla istedik bir mücadeleye yönlendiren bireyler, bu şekilde, rahatlama imkanına kavuşurlar. Çeşitli araştırmalarda, spor yapmanın, paylaşımcılık, dışa dönüklük, dayanıklılık gibi, olumlu kişilik özelliklerinin kazanılmasında, önemli etkileri olduğu bilinmektedir (Öktem, 1997: 19). Egzersizin ve fizik hareketlerinin, vücudun ihtiyacı olan beslenme, uyku düzenini dengelemede, ayrıca, gevşeme yaparak depresyon ve anksiyetenin iyileştirilmesinde, oldukça etkili olduğu ve bir terapi çeşidi olarak kullanıldığı bilinmektedir. Egzersiz sayesinde, vücuttaki endorfin düzeyinde yükselmeler olduğundan, bu durum, depresyon ve stresle başa çıkmada, önemli etkilerde bulunur (Ceylan v.d., 2001: 128).

Bunun yanı sıra, sporun, egzersizin uygun yapılması halinde, bağımsızlık, kendine güven duygularında, beden imajında ve kendini kontrol etmede, dikkatlilikte, önemli faydaları olduğu ifade edilmektedir. Özellikle grup faaliyetini içeren sporlarda, bireylerin bir gruba ait olma, kendini ifade etme, kabul ettirme gibi ihtiyaçları karşılanarak, ruhsal anlamda olumlu sonuçlar elde edildiği ifade edilebilir (Elbi v.d., 1996: 92). Halbuki, anketimizde dile getirmemize rağmen, hiç kimsenin bu seçeneği dile getirmemesi ilginçtir. Öncelikle, kadınlar başta olmak üzere, çeşitli nedenlerle, görüştüğümüz hastaların, boş zamanlarında, her hangi bir spor faaliyeti ile doğru dürüst ilgilenmemeleri, içinde buldukları ailelerin, toplumun değer yargılarıyla ve onların yaşam tarzlarıyla yakından alakalıdır.



Aile içerisinde zaman geçirmenin, gittikçe azaldığı, cazip olmaktan çıktığı zamanımızda, insanların aktif olarak katılabilecekleri boş zaman etkinliklerinin, organize edilmesinin önemi büyüktür. Erkeğin, evde oturmasının, kılıbıklık sayıldığı toplumumuzda, bütün dünyaları evlerinden ibaret olan geleneksel kadınların, özellikle birtakım ayrılıklardan sonra veya belirli yaş dilimlerinde, aile içerisinde bile, yalnızlık hissetmemeleri mümkün değildir. Özellikle, yaşlıların, hayatın bu zor döneminde, emeklilikleri boyunca, ekonomik anlamda, geçimlerini sağlamaktan bile aciz bir yaşam sürmeleri, boş zaman değerlendirmesini, anlamsız kılmakta ve boşa harcadıkları bu zamanlarında, işe yaramazlık duygusu, can sıkıntısı ruhsal sağlıklarını olumsuz olarak etkilemektedir.

Kitle iletişim araçlarının da etkisiyle, insanlar arası ilişkilerin, derin sosyal bağların azaldığı, sosyal hareketliliği yüksek kentlerde, komşuluğun, ev gezmelerinin, "günlerin" anlamı azaldığından, kadınların, önemli bir kısmını, ev ziyaretlerinin oluşturduğu, boş zaman sahalarının önemli ölçüde daraldığı, nitelik değiştirdiği söylenebilir. Kışlık hazırlıkların, çeyizlerin yapıldığı, kına gecelerinin, sünnetlerin komşularla birlikte yapıldığı bahçeli evlerin yıkılmasından, sosyal ilişkilerin altını oyan nüfus yoğunluğuna, teknolojik gelişmelerden, kitle iletişim araçlarına, değerlerdeki farklılaşmaya kadar bir çok alanda meydana gelen değişimler, boş zamanların değerlendirilmesinde, alışkın olduğumuz toplu etkinlikler yerine, bireysel etkinliklerin organize edilmesinin önemini ortaya çıkarmıştır. Ancak, toplumumuzda, özellikle kadınlar için öne sürülen, resim, spor ve müzikle ilgili ayıp, günah gibi birtakım olumsuz yargılar, bu tür etkinliklerin ülkemizde gelişmesini engellemektedir. Halbuki, Jung, bir resmin boyanmasının bile, karamsar bir ruh halinin düzeltilmesinde, gerilimin azaltılmasında etkili olduğunu belirtir (Fordham, 2001: 137).

Boş zamanlarını, daha çok kahvelerde geçiren erkeklerin, boş zamanlarını yumuşak etkinlikler olarak bilinen, çabaya dayanmayan, amaçsız, dinlenme içerikli, pasif etkinliklerden oluşmaktadır. Konuşmanın, iyi bir diyalogun, sohbet etmenin, ruhsal anlamda, tatmin edici, terapik bir etkisi vardır. Ancak, değerlerde yaşanan sarsıntılara paralel olarak, sosyal ilişkilerin niteliğinde, derinliğinde meydana gelen değişimler, bireyciliğin hızlı artışı, bu alanı sürekli daraltmaktadır. Görüştüğümüz bazı hastaların işlerinin düzensizliğinden, sürekli bir nitelikte olmayışından ötürü, boş zamanlarının da düzenli olmadığını belirtmeliyiz. Hastaların, genel olarak, sosyal

aktivitelerde bulunma, spor yapma, kitap okuma, tatil yapma gibi birtakım aktif etkinliklerde bulunamamaları, onların boş zaman etkinliklerinin, pasif ve bireysel niteliklerini, rutinliğini anlamamızda, dikkate değer hususlardır.

Birçok Avrupa ülkesinde, boş zamanların nasıl değerlendirileceği konusunun, hem sosyal kontrol açısından ve hem de bireylerin ruhsal sağaltımları açısından, ciddi bir sektör haline geldiği ve başta yaşlılar olmak üzere, hemen her yaş düzeyinde, bu konuda ciddi organizasyonların yapıldığı bilinmektedir. Nitekim, A.B.D.'de, ruhsal hastalık sorunlarının üstesinden gelebilmek ve hastaların zihinsel rehabilitasyonunu sağlayabilmek için, gerek hastane içerisinde ve gerekse hastane sonrasında, boş zaman değerlendirilmesine, büyük bir önem verilmektedir (Tezcan, 1994: 13-37). Halbuki, toplumumuzda, organize bir şekilde, düzenli bir boş zaman değerlendirme anlayışımız bulunmamaktadır.

Ayrıca, sadece, toplum içerisinde değil, hastanelerde de böyle bir anlayış gelişmediğinden, buradaki hastaların bunalmaması, mümkün değildir. Bu konuda, görüşlerini dile getiren birçok hasta, hastanenin bir kütüphanesinin olmamasını, zaman geçirebilecekleri, rahat televizyon izleyebilecekleri, gazete okuyabilecekleri, kafeterya türünde düzenli bir yerin olmamasını, bir eksiklik olarak dile getirmişlerdir. Ayrıca, az sayıdaki bazı erkek hastalar, sportif etkinliklerde bulunabilecekleri bir hastane ortamının olmamasını da, bir eksiklik olarak ifade etmişlerdir. Kadın hastalarla yaptığımız görüşmelerimizde ise, onların böyle geniş bir talepleri olmamıştı. Onlar, sadece, televizyon izleyememelerini sorun olarak dile getirmişlerdi. Bu kadın hastalar, ya diğer hastalarla konuşarak, ya örgü örererek veya yanlarında getirdikleri volkmenlerden müzik dinleyerek, boş zamanlarını değerlendirdiklerini, ama, daha çok, da yalnız kalmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Depresyonlu hastaların tedavilerinde önemli bir yer tutan meşguliyet, uğraş terapilerinin gereğinden de anlaşılacağı üzere, boş zaman, hiç de "boşa" alınacak bir şey değildir. Ancak, maalesef, ülkemizde, ekonomik ve sosyal birtakım sorunlar nedeniyle, bu alanda ciddi boşluklar ve sıkıntılar olduğu ifade edilebilir. Sonuç olarak, sosyal ilişkilerin değerini, derinliğini gittikçe kaybettiği bu dönem, uygun zeminlerin hazırlanamaması ve boş zamanların iyi değerlendirilememesi durumunda, önemli ruhsal sorunlara gebe dir.

#### 5.4.5. Ümitsizlik ve Depresyon

Umutsuzluğun yer aldığı en önemli psikiyatrik bozukluk depresyondur. Martin Seligman, depresyonu, kişinin kendisinin umutsuzluğuna inanması olarak tarif etmektedir. Dinsel ve mitolojik metinlerde, insanlık tarihinin, dramatik bir kopuşla, cennetten kovulmayla başladığı belirtilmiştir. İlk doğan çocuk gibi, oldukça çaresiz olmasıyla tasvir edilen ilk insanların, bu dünyada, yarattıkları kültürle çaresizliğini aşarak cennet mitini gerçekleştirmeye çalıştığı söylenir. Benzer şekilde, psikiyatrik metinlerde de, bireylerin, yaşadıkları sorunları aşamamaları ve karşılaştıkları zorluklara uygun tepki vermemeleri durumunda, yani, çaresiz kaldıklarında, ilk çocukluk dönemlerine regrese oldukları sık sık dile getirilir (Çelikkol, 2001: 232). Çaresizlik duygusunun altında, karşılaşılan olumsuz bir durum ve bir de bu duruma verilen anlam vardır. Seligman'a göre, depresyon, çaresizlik ve kontrolsüzlük algısı olmayıp, kontrol çabalarının boşa çıkacağı inancı, yani, bir anlamda çabalarının sonucundan duyulan ümitsizliktir (Sungur, 1995: 250).

Yapılan bir deneyde, hayvanların, karşılaştıkları engeller karşısında birkaç kez başarısız kaldıklarında, benzeri bir durumda başarımları çok kolay da olsa, çaresizleştikleri görülmüş ve bu deney sonuçları, depresyonun açıklanmasında, açıklayıcı olarak ileri sürülmüştür. Bir davranış ile bu davranışın sonucu arasındaki ilişki pekişmeyince, organizmanın, başarısızlık beklentisi ile çaba harcamaktan kaçındığı ifade edilmiştir. Ancak, yapılan bir çalışmada, bir grup insan, başarısızlık gösterdiğinde, ikinci deneyde beklenilen aksine, yani, çaresizleşmek yerine kontrol davranışlarında artmalar olduğu tespit edilmiştir (Sungur, 1995: 250). O halde, insanın, hayvandan farklı olması itibarıyla bu bulgunun her zaman genellenemeyeceğini belirtmeliyiz.

Bu itibarla, bireyin kontrol algısında, kendi çabalarının sonuçlarına ve başaracağına olan inancı, karşılaştığı zorlukları aşıp aşamamasından çok, bu engellerin kendi çabalarıyla aşılabiliş aşılamayacağına olan inancına, yani, dış engellerin niteliğine bağlıdır. Bu dışsal engeller, toplumun sosyo-ekonomik örgütlenmesi ve yarattığı sorunlar olup, Durkheim'in ifadesiyle, bireyin dışında ve onun üstünde baskılarda bulunan nitelikleriyle bireyin kontrol algısını hayati ölçüde belirleyen etkilere sahiptir. Peki, başarmaya olan tutkumuz sorunları olduğu gibi kabullenmemizi engelleyerek ümitsizliğin oluşumunda etkili olamaz mı? Yani, birey, durumu olduğu gibi

kabullenemeyince yaşamı reddetmek suretiyle nefreti kendine yönelmekte ve içe kapanmaktadır, diyemez miyiz? O halde, aşırı hırs, ümitsizliğin kaynaklarından biri değil midir? Bu aşırı hırsın, köşe dönücülüğün oluşmasında, 1980'lerden sonra gelişen liberal politikaların yarattığı egoist "ben" 'in sosyal bir kişilik olarak ortaya çıkmasının etkisi göz ardı edilemez. Bu kişilik ve kültür değişmelerinin yanı sıra, bireylerin hayata karşı bu olumsuz bakışlarının nedenleri içerisinde, yaşadıkları olumsuz olayların etkisini unutmamalıyız.

**Tablo 66: Gelecekle İlgili Düşüncelerin Cinsiyete Göre Dağılımı**

Cinsiyet		Gelecekte ümitli olma				
		Gelecek benim için ümit dolu ve gelecekte endişeli değilim	Gelecek benim için ümit dolu ama gelecekte endişeliyim	Gelecek benim için ümitsiz ve gelecekte endişeliyim	Gelecekte ümitsiz olduğuma endişeliyim	Toplam
Erkek	Sayı	11	11	22	14	58
	%	19,0%	19,0%	37,9%	24,1%	100,0%
		64,7%	61,1%	55,0%	56,0%	58,0%
Kadın	Sayı	6	7	18	11	42
	%	14,3%	16,7%	42,9%	26,2%	100,0%
		35,3%	38,9%	45,0%	44,0%	42,0%
Toplam	Sayı	17	18	40	25	100
	%	17,0%	18,0%	40,0%	25,0%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Yapılan birçok çalışmada, yaşanan olumsuz olayların, depresyonun oluşumundaki etkisi bilinmektedir (İlhan v.d., 1999: 2-4). Geçmişinde, yaşadığı sorunlarla yaşamının bütünüyle boşa gittiği duygusuna sahip bireylerin, geleceğe ilişkin umutlar beslemesi elbette güçtür. Hastaların, geçmişte yaşadıkları üzüntü verici olaylarla depresyon sebeplerine ve son dönemlerdeki sarsıcı yaşantılarına ilişkin anlattıklarına dikkat ettiğimizde, bu hastaların yukarıdaki tabloda ifade ettikleri ümitsizliklerini anlamamız kolaylaşır. Uygunsuz etkenlerin pekiştirilip, destekleyici, uygun davranışların pekiştirilmemesi sonucunda çaresizlik depresyonun zeminini oluşturur. Eğer bireyin, hiçbir şeyden ümidi kalmamışsa, yeni bir düzen oluşturma, arzu, hoşnutluk duyma konusunda da harekete geçmeyecektir. Yaşamı olumsuzlanan bireylerin çözülüşü depresyonun altındaki temel faktörlerden birini oluşturmaktadır.

Bilindiği üzere, bireylerin, çaresizlik duygularının oluşmasında, kişiliklerinin içten veya dıştan odaklı olup olmamasının önemli bir yeri vardır. İçten denetimli kişilerle karşılaştırıldıklarında dıştan denetimlilerin, rahatsız edici durumlar karşısında gerekli önlemleri alabilmede daha yetersiz oldukları bilinmektedir (Dönmez, 1994: 197). Bir insan varoluşunu, kendi çabalarına ne kadar fazla dayandırır, duyacağı güçsüzlük hissi ve idollere ihtiyaç duyma arzusu da o kadar azalacaktır (Fromm, 1998: 117). Bireyler, yeteneklerine veya şanslarına bağlı olarak amaçlarına ulaştıklarına inanabilirler. Kişinin etkinliğine veya etkinsizliğine olan inancı, kendine olan saygısının temelinde bulunur. Geleceklerinin kendi eylemlerinden çok diğerlerinin kararlarına veya şansına bağlı olduğuna inananlar, davranışlarının sonuçlarına inanmadıklarından etkinlikte bulunmaktan, amaca yönelik gerekli davranışlarda bulunmazlar.

Yaşadığımız toplumsal yapı, bireylerin otonomilerini körelten yapısıyla dıştan denetimli kişilikler yaratmaktadır. Bu anlamda demokratik kültürü baltalayan resmi ve gayri resmi eğitim ve siyaset anlayışı çaresizliğin fabrikasyonudur. Malum sosyo-politik ortamlar bireylerin eleştiri yapma, protesto etme, karşı çıkma ve etkin çözümler üretmesinde yeterli kurumsal düzenlemelere izin vermediğinden bahane bulma ve çaresizlik, dıştan odaklılık kaçınılmaz olur. Adaletsiz bir toplumsal yapıda öz saygısı, ihtiyaçları dışsal odaklara dengesiz bir şekilde bağlanan bireylerin ümitleri, muhtemel hayal kırıklığı anlamına gelir. Sınav sorularının önceden verildiği, sonucu belli sınavlardan, rüşvete, adam kayırmadan, adaletsiz ve keyfi uygulamalara kadar birçok haksız uygulama sonucunda maalesef çaresizlik, ümitten daha ucuz, daha bedelsiz ve daha fazla toplumsal temellere sahiptir.

Ümit duygusunun azalması, bireyin kendine olan güvenin azalmasına neden olmakla kalmaz, aynı zamanda dolaylı olarak, suçluluk duygusunun artmasına da neden olur. Kendine olan güvensizlik ve suçlama arttıkça bireyin çevresine bağımlılık ihtiyacı artar, egosunu doyurması zorlaşır, beklentileri ve haliyle hayal kırıklıkları artar ve böylece kısır döngü artarak ruhsal hastalığa yol açar. Öğrenilmiş çaresizlik, bireylerin kendilik algılamalarına ilişkin olmakla birlikte, asıl olan, yaşanan olayların bıraktığı izlerdir. Bu sadece bireysel kimlikle alakalı değildir. Çaresizlik, kendilik algılamalarındaki, kimlik ve kişilik imajlarındaki bozulma yaşantı sonucu edinildiğinden, sonuçta toplumsaldır. Toplumların, bireylerin tarihi olduğu gibi, kuşaktan kuşağa aktarılan ve kültürel boyut kazandığı gibi ondan da etkilenen



duygularımızın bir tarihi olduğunu düşünüyoruz. Hep savaştığı için ayrılıklarını, kayıplarını, yetim ve öksüzlerini, yarım kalmış sevdalarını, yani ruhsal yapısını, ruhsal bozukluklarını acı nağmelerle folklorumuza, kültürümüze sindirmiş olan psikolojik tarihimiz hiç de iç açıcı değildir. Koca bir imparatorluktan küçüle küçüle kendi sınırlarını zorla çizen bir ülke haline gelmek kolay değildir. İflas edenlerin çocuklarında hangi ezik duygular varsa daha fazlası, çaresizlik duygularıyla birlikte bir önceki kuşağın psikolojik tarihinden duygularımıza yansımıştır. Bu eziklik duygusu elbette, sadece Kurtuluş Savaşı ile onore edilebildi.

Ancak, bir hastanın “ülkemizin geleceği” ile ilgili sorumuza karşılık olarak dile getirdiği gibi, halen IMF yardımlarıyla ayakta durmaya çalışan muhtaç bir ülke tablosu kendi insanlarına güven telkin edebilir mi? Ümitsizliğin sadece birkaç insanı değil, birçok insanı sardığı bir toplumsal yapı, depresyonun sosyolojik nedenlerini barındırmaktadır. İşsizlik, enflasyon, adaletsiz gelir dağılımı, hantal bürokrasi, yetersiz eğitim, sağlık ve barınma sorunları, adaletsizlik, ahlaki çöküntü, aile sarsıntıları, yolsuzluk, suç, aşırı göç, çarpık kentleşme, terör gibi kronikleşmiş problemler, bireylerin kontrol algılarını, kendilerine, başkalarına olan güvenlerini ve ümitlerini tüketerek depresyona neden olmaktadır.

**Tablo 67: Hastaların Yönetimle İlgili Düşüncelerin Cinsiyete Göre Dağılımı**

Ülke Yönetimiyle İlgili Görüşler		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Ülkemizin iyi bir şekilde yönetileceğinden ümitliyim	Sayı	10	5	15
	%	66,7%	33,3%	100,0%
	%	17,2%	11,9%	15,0%
Ülkemizin iyi bir şekilde yönetileceğinden ümitsizim	Sayı	34	19	53
	%	64,2%	35,8%	100,0%
	%	58,6%	45,2%	53,0%
Ülkeyi yönetenlere güvenmiyorum	Sayı	13	11	24
	%	54,2%	45,8%	100,0%
	%	22,4%	26,2%	24,0%
Ülke ve toplum sorunlarıyla pek ilgilenmem	Sayı	1	7	8
	%	12,5%	87,5%	100,0%
	%	1,7%	16,7%	8,0%
Toplam	Sayı	58	42	100
	%	58,0%	42,0%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%



Çoğunluğu erkek olmak üzere, görüştüğümüz hastaların yöneticilere, idarecilere olduğu kadar ülkemizin geleceğine olan güvensizliklerini dile getirmeleri, bu saydığımız sorunlar bağlamında oldukça anlamlıdır. Az gelişmişlik devam ettikçe ülkenin kronikleşen sorunları bireylerin yaşamları üzerindeki tasarruflarını gereksizleştirmekte ve çaresiz beklemek, yaşam karşısında çileci olmak bir kader olmakta, normalleşmektedir. Bir anlamda bireyler kaderci oldukları için değil de sorunları süreklilik arz ettiği için, pozisyonlarını kader olarak algılayıp çaresizleşmektedirler. Dünya sıralamasında yolsuzluk bakımından ilk sıralarda yer alan idari yapımızın kendi halkına güven telkin etmesi beklenemez. Birçok alanda, halkın ihtiyaçlarına yeterince cevap veremeyen bu siyaset anlayışının kolektif bilince hortumlama tabirini kazıyan yolsuzluklarının halka kazandıracığı yegane duygu, çaresizliktir. Bundandır ki, sadece bu yıl milyonlarca genç yurt dışına gidebilmek için konsolokların önünde kuyruklar oluşturdular. Kendi insanına seni barındıramam, besleyemem diyen ve bu politikayı ekonomik kalkınmada başarı olarak telakki eden bir siyaset anlayışı, ümitsizliğin, çaresizliğin ciddi bir kaynağını oluşturmaktadır.

Bu bağlamda, yaşanan toplumsal sorunların niteliğine bağlı olarak sosyo-kültürel kimliğimiz ve benlik imajımız zayıfladıkça, toplumsal özgüvenimiz sarsılmakta ve çaresizlik, edilgenlik toplumsal bir norm haline gelmektedir. Bu arada kaderciliğin dini temelleri boşaldıkça, olup bitenlerden kendini sorumlu tutmaya başlayan bireylerin depresyona girmeleri kolaylaşmaktadır. Yani, birey önceden de olup bitenler karşısında belki çaresizdi. Ancak, kaderci bakışın etkisi azaldıkça, bireyin, daha önce olduğu gibi kontrol edemediği sorunlardan bu kez, kader yerine kendini sorumlu tutması daha anlaşılır bir durumdur. Kendilik algısındaki bu olumsuz dönüşüm ise elbette ki depresyon açısından riskli bir sonuç yaratmaktadır. Örneğin, bir hasta, borç alarak kurduğu dükkanının develüasyonla birlikte elinden gittiğini ve ailesinin kendisini suçlaması ile de depresyona girdiğini belirtmesi, bu açıdan düşündürücüdür.

Buradaki sorun, ekonomik yapının çelişkileri ile ilgili olup, hastanın kontrol gücünün ötesindedir. Halbuki, hasta ve ailesi yaşadıkları sorunu ne kadar bağlamında ne de ekonomik bir bağlamda yorumladıklarından, hasta kişinin suçluluk duygusu rahatsızlık verecek boyutlarda artmaktadır. Ancak, ümitsizlik, çaresizlik her zaman olumsuz sosyal koşullarda ortaya çıkmayabilir, daha önceki yaşantıların etkisiyle edinilerek kültürel unsurlara, folkloru sinen bu duygu başka zamanlarda da bireylerin

duygusal yapıları üzerinde etkili olabilir. Mevcut koşulların sürekli baskısıyla bir kez edinilen olumsuz toplumsal beklentiler, düşünceler kültürel bir içerik kazandığından, başka zamanlarda ve durumlarda da aktifleşerek etkisini gösterebilir. Atasözlerinde, arabesk müziğinde, türkü ve manilerimizde bu konuda birçok ifadeye rastlayabiliriz. Bir zamanların oldukça tutulan, "Böyle Gelmiş Böyle Gidecek Korkarım Vallah" şeklindeki şarkısı, bugünlerde, ruhsal gerçekliğimizin yansıması olarak tescillenen "Depresyondayım" parçasıyla kehanetini doğrulamıştır.

**Tablo 68: Hastaların İnsanlara Olan Güvenlerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımları**

		İnsanlara güven				
		İnsanların çoğuna güvenirim	İnsanların çoğuna güvenmem	Hiçbir insana güvenmem	Toplam	
Cinsiyet	Erkek	Sayı	6	32	20	58
		%	10,3%	55,2%	34,5%	100,0%
			54,5%	62,7%	52,6%	58,0%
Kadın		Sayı	5	19	18	42
		%	11,9%	45,2%	42,9%	100,0%
			45,5%	37,3%	47,4%	42,0%
Toplam		Sayı	11	51	38	100
		%	11,0%	51,0%	38,0%	100,0%
			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Hastalarla yaptığımız görüşmeler sonucunda, çoğu hastanın, bırakın diğer insanlara, kendi yakınlarındaki kişilere dahi inanmadıklarını, güvenmediklerini, boş zamanlarında bile diğer insanlardan uzak kalmayı tercih ettiklerini ve bunun sebepsiz olmadığını, sosyal ilişkilerde yaşadıkları hayal kırıklıklarının bir sonucu olduğunu ifade ettiklerini belirtmeliyiz. Başkalarıyla yaşanan ilişkilerin kalitesinin ve genel olarak toplumsal ilişkilerin niteliğinin başkalarına duyulan güven duygusunda ve güven duygusunun ise ümit duygusunun gelişmesinde önemli bir etken olduğunu düşünüyorum. Diğer insanlara duyulan güvensizlik bireyin davranışlarında çekingen ve tedirgin olmasına yol açtığından, ilişkilerden duyulan korku ve kuşku, bireyin kendine duyduğu güven ve saygıyı sarsarak psikopatolojide etkili olmaktadır. İletişimsizlik, başta, kişinin çevresine ve sonra da kendine yabancılaşmasına neden olup, endişe ve korkular yaratarak güvensizliğin içselleşmesine neden olur.

#### 5.4.6. Alkol Kullanımı ve Depresyon

Depresyonla alkol kullanımı arasında, önemli ilişkiler olduğu bilinmektedir. Alkol kullanım bozukluğu tanısı almış hastaların %30-40'nın, yaşamlarının bir döneminde, major depresyon tanısı aldıkları bilinmektedir (Çelikkol, 2001: 225). Ayrıca, gençler arasında, giderek artan depresyonun nedenleri içerisinde, artan alkol kullanımının, önemli bir yer tuttuğu ifade edilmektedir. Özellikle, 20 yaşın altında alkol kullananlarda depresif belirtilerin daha fazla olduğu ileri sürülmektedir (Doğan, 2000: 33). Ancak, Avrupa ülkeleri ile kıyaslandığında, ülkemizdeki depresyonlu hastaların alkol kullanımlarının daha düşük olduğunu bulgulayan çeşitli araştırmalar vardır (Demirarslan v.d., 1999: 10). Böylesi bir sonuçta, alkolü yasaklayan kültürel ve dini değerlerimizin, önemli bir yeri olduğu söylenebilir.

Bağımlılık modeline göre, depresyon ve gerilmişlik duygusunu hafifletmek için, kişiler, bağımlılık davranışına sığınır. Kumar da dahil olmak üzere, bu tür bağımlılık içeren alışkanlıklar, travmatik olayların yarattığı düş kırıklıklarıyla başa çıkabilmek amacıyla kullanılmaktadır (Aslan, 1997: 141-144). Benzeri çalışmalarda da, alkolün sıkıntılara, depresyona karşı bir çare olarak kullanıldığı ifade edilmiştir (Ceylan ve ark., 2001: 166). Ancak, bazı yazarlar ise, alkol kullanımının, yaşamakta olan bir depresyonu maskeleydiğini ve bu nedenle, alkol kullanımıyla hastaneye gelen depresif hastaların, daha ağırlaşmış bir vaziyette olduklarını belirtmişlerdir (Ceylan, 2001: 166). Bunun yanı sıra, kullanılan alkolün miktarı artıkça, çevrenin bakış açısı olumsuzlaşmakta, buna paralel olarak da benlik değeri ve saygısı zedelenebilmektedir.

**Tablo 69: Ailesinde Alkol Kullanan Kişilerin Cinsiyetlerine Göre Dağılımları**

		Ailesinde Alkol Kullanan Kişiler				Toplam
		Kendim	Babam	Kardeşim	Eşim	
Erkek	Sayı	28	3	1		32
	%	87,5%	9,4%	3,1%		100,0%
	%	93,3%	100,0%	20,0%		69,6%
Kadın	Sayı	2		4	8	14
	%	14,3%		28,6%	57,1%	100,0%
	%	6,7%		80,0%	100,0%	30,4%
Toplam	Sayı	30	3	5	8	46
	%	65,2%	6,5%	10,9%	17,4%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Bizim çalışmamızda, hastaların alkol kullanımlarıyla, cinsiyetleri, dini düşünceleri, yaşadıkları olumsuz olaylar ve ailelerinin alkol kullanımları arasında bir ilişkinin göze çarptığını ifade etmeliyiz. Tablo'da da görüleceği gibi, alkol kullanan hastaların (30 kişi), %93.3'ünü erkekler, %6.7'sini ise, kadınlar oluşturmaktadır. Kültürel etkenler nedeniyle, kadınların daha az alkol almaları beklenir bir durumdur. Görüştüğümüz hastalar içerisinde, alkol kullananların çoğunun, alkolü, zevk olsun diye, neşeleri artsın diye değil de, hayat karşısında, çaresiz kalmaları neticesinde, bir kaçış olarak kullandıklarını, bir kısım hastanın ise, benzeri nedenlerle, alkole başladıklarını, ancak daha sonra, alışkanlık kazandıklarını, genel anlamda ise, hastaların sıkıntılı durumlarında sıkıntılarını azaltacak bir ilaç gibi kullandıklarını söyleyebiliriz. Bu anlamda, hastaların alkol kullanımlarının, yaşadıkları olumsuz yaşam olayları ile, stresleriyle birlikte artmış olabileceğini söyleyebiliriz. Elbette, alkolün zevk amaçlı olarak kullanılmamasında, dinin de önemli bir engelleyici etkisi olduğunu biliyoruz.

Yapılan bir çalışmada, ailesinde alkol kullanan hastaların, depresyon riskinin yüksek olduğu ileri sürülmüştür. Özellikle, alkolik babaların çocukları incelendiğinde, %33 oranında, depresyon bulunmuştur (Şener, 1993: 317). Görüşmelerimizde, Tablo 24'de görüleceği gibi, yetiştikleri aile ortamlarında, alkol nedeniyle, sorun yaşadıklarını belirten hastaların oranı, %8.2'dir. Bizim çalışmamızda, yukarıdaki araştırma oranlarıyla kıyaslandığında, hastaların babalarının pek alkol kullanmadıkları, ailesinde alkol kullanıldığını belirten erkeklerin, yaklaşık, %10u, babalarının alkol kullandıklarını ve ailesinde alkol kullanıldığını ifade eden kadınların ise, %57.1'i, eşlerinin alkol kullandıklarını, %28.6'sı da, kardeşlerinin alkol kullandıklarını ifade ettikleri görülmüştür. Alkolle depresyon arasındaki ilişkinin, tek yönlü olmaktan çok, karşılıklı olduğu ve hatta sosyal, kültürel değerlerin, bu konuda daha fazla belirleyici olduğunu söyleyebiliriz. Bu anlamda, hastaların kendilerinin ve ailelerinin, alkol kullanımlarına ait bu verilerin, onların yaşadıkları ekonomik ve sosyal sorunlarla ilişkilendirilerek değerlendirilmesinin, daha doğru olacağı kanaatindeyiz. Çünkü, bireylerin, yaşadıkları sorunların, benlik kontrolü duygularında yarattığı sarsılmaları azaltmak için, alkolle ilgili değerlerine göre, alkol kullanımına başvurduklarına ilişkin çeşitli bulgular bulunmaktadır. Örneğin, psikoanalitik antropolojinin önemli bir taraftarı, benlik kontrolü kaybına ilişkin bir metafor olarak, alkolizme dikkat çekmiştir (Bock, 2001: 253). Buna paralel olarak, yapılan çeşitli araştırmalarda, çalışanların, iş stresini, tatminsizliğini bastırabilmek ve iş sorunlarıyla başa çıkabilmek için alkol kullandıkları

bulgulanmıştır (Çelikkol, 2001: 200). Bizim çalışmamızda da hayatın, maddi sıkıntılardan çalışma sorunlarına, evlilik çatışmalarından, aile ve arkadaşlık sorunlarına kadar, bir yük olarak algılanmasının, hastaların alkol kullanımına ilişkin davranışlarında, belirleyici olduğunu ifade edebiliriz.



#### 5.4.7. Ölüm Düşüncesi ve Depresyon

Yaşam ve ölüm, birbirlerinden ayrılmaz gerçekliklerdir. Bunlardan birisi anlamını yitirince, öteki de anlamını yitirir. Ölümü, bireyin temel iki güdüsünden biri olarak kabul eden Freud, hayatı daha katlanılabilir hale getirebilmenin, ölümü açık yüreklilikle kabullenmekten geçtiğini belirtir (Karaca, 2000: 117). Gorostizo'ya göre, yaşam, sonu olmayan bir ölüm, hiçliğe doğru sürekli bir düşüştür. Spinoza, insanın, varolmakla yok olmak bilinci arasında, kaçınılmaz çatışmalar yaşadığını belirtir (Yalom, 1999: 13). İnsanın doğumu ve ölümü, kendi elinde olmadığından, günün birinde yok olmak, birey için güçsüzlük, anlamsızlık ve belirsizlik kaynağı oluşturur. Çünkü, sonu bilinmeyen, belirsiz olan olaylar, korku vericidir.

Ölüme ilişkin düşüncelerin, bireyin ruhsal yapısını derinden etkilediğine şüphe yoktur. Brown ve Lifton gibi varoluşçu psikiyatrlar, öleceğini bilerek yaşamamın, ruhsal sağlık üzerindeki etkilerini inceledikleri çalışmalarında, ölümsüzlük arayışının, insanların asıl güdüleyicileri olduğunu ve bu gerçeğin, evlilik, din ve sanat başta olmak üzere, birçok kurumun şekillenmesinde hayati bir role sahip olduklarını belirtmişlerdir. Ölüme ilişkin tutum ve tavırlar, bireylerin davranışlarını, yaşama bakış tarzlarını etkiler. Ölüme ilişkin düşünce ve tutumlar ise, bireyden bireye, kültürden kültüre ve zamana göre değişir. Conte, Weiner ve Plutchik, ölüm korkusunun, yalnızlık, bilinmezlik, ızdırap çekme, ve şahsiyetin yok olması şeklinde algılandığını belirtirken, Florian ve Snowden de, ölüm korkusuyla ilgili olarak, sağlam bir benliğin kaybedilmesi, aile ve arkadaşların akibeti, kendisinin ne olacağına ilişkin aşkın korkularla, ahirette cezalandırılma korkularına değinmişlerdir. Templer'e göre, ölüme ilişkin kaygı ve korkuların temelinde, iki temel faktör vardır. Bunlar, depresyon başta olmak üzere, anksiyete, kaygı bozuklukları, obsesyonlar gibi ruhsal hastalıklar ve bir yakının kaybıdır (Karaca, 2000: 243-244).

Ancak, ölüme ilişkin düşüncelerin, bir hastalık sonucu olmaktan çok, sosyo-kültürel faktörlerle ilgili olup, bizatihi bu faktörlerin ruhsal sorunlar yaratabileceğini, belki de ölüm düşüncesinin niteliğini belirleyen, sosyo-kültürel koşulların, aynı zamanda, depresyona neden olan faktörleri etkilediğini söyleyebiliriz. O halde, depresyon bağlamında, ölüme ilişkin kaygı ve korkulara neden olan veya bunları azaltan sosyo- kültürel koşulların bilinmesi, önem taşımaktadır.



Toplumumuzda, ölünün arkasından düzenlenen geleneksel, dini ritüeller, yas yaşantısını düzenleyen kurallarıyla, insanların akraba ve dostlarıyla bir araya gelip, yaslarını paylaşmalarını ve böylece, üzüntülerini azaltmalarını mümkün kılmaktadır. Ayrıca, bu şekilde, üzüntülerin, belli bir standart içerisinde ifade edilmesi sağlanarak, hem üzüntülerin aşırıya varması engellenmiş olmakta ve hem de, duyguların dışarıya mümkün olmaktadır. Ancak, yaşanan sosyal değişmelerle birlikte, yas yaşantısının gittikçe değiştiği, sosyal olmaktan çıktığı belirtilebilir. Ortaçağ boyunca, insanlar, kısa bir süre için dünyada olduklarını ve bir zaman sonra da ayrılacaklarını özümseyebildiklerinden, ölümü olağan bir sonuç, kader olarak kabullenmişlerdi. Bu itibarla, insanların kendi ölümleri üzerine düşünmeleri, olağan ve hatta önemsenen bir etkinlik türüydü. Ancak, günümüzde, kendi ölümü üzerinde düşünmek, kimsenin öneremeyeceği bir etkinliktir.

Ölümün tıpsallaşması ile birlikte ise, yazgı, kader olmaktan çıkıp, hangi fiziksel durumun ölüm olduğunun tartışıldığı bir konu haline gelmesi, modern dönemlere ait bir durumdur. Bilimin, doğayı ve hayatı kontrol edip ona egemen olmayı hedefleyen ilerlemeci bakış açısı, artık, ölümün derecesini bile etkilemektedir. Yaşlılığın değer kaybının altındaki sebeplerden biri de, ölüm karşısındaki korkulu tutumumuzdan kaynaklanabilir. Ölümü düşünme sıklığı üzerinde yapılan çalışmalarda, ölümü düşünme sıklığı ile ölüm kaygısı arasında ters bir korelasyonun olduğu belirtilmiştir. Buna göre, ölümü çok düşünenler, sevdiklerinin ölümüne şahit olanlar, ölüm hakkında diğer insanlarla fazla konuşanlar ve ölümü, kader olarak görüp kabullenenler, ölümden daha az kaygı duyarlar, önemli sağlık sorunu olanlar, bayanlar, bağımlı ve içe dönük olanlar, daha fazla ölüm kaygısı hissetmektedirler (Karaca, 2000: 283).

**Tablo 70: Hastaların Hastalık Öncesinde, Ölümle İlişkin Düşüncelerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımları**

Ölümle İlgili Düşünceler		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Ölümü hiç düşünmezdim	Sayı	8	7	15
	%	53,3%	46,7%	100,0%
	%	13,8%	16,7%	15,0%
Ölümü çok az düşünürdüm	Sayı	22	18	40
	%	55,0%	45,0%	100,0%
	%	37,9%	42,9%	40,0%
Ölümü arasıra düşünürdüm	Sayı	15	11	26
	%	57,7%	42,3%	100,0%
	%	25,9%	26,2%	26,0%
Ölümü sürekli düşünürdüm	Sayı	13	6	19
	%	68,4%	31,6%	100,0%
	%	22,4%	14,3%	19,0%
Toplam	Sayı	58	42	100
	%	58,0%	42,0%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Ölüm hakkındaki bilincimiz, farklılık taşır. Kimi insan için, ölüm hakkında düşünmek, sadece, bu durumu hatırlamaktan ibaretken, kimisi için, ölüm düşüncesi, bireyin iliklerine kadar hissedip etkilendiği bir sonudur. Ayrıca, bireyin kişiliğinin ve cinsiyetinin de onun ölümle ilgili tutumlarında ekili faktörlerdir. Mevlana'nın deyimiyle, herkesin ölümü kendi rengindedir, düşmana karşı düşman, dosta karşı dost. Yapılan çeşitli araştırmalarda yaş, din, ekonomik düzey, meslek ve cinsiyet gibi değişkenlerle, ölüm korkusu arasında korelasyonlar olduğu tespit edilmiştir (Yaparel v.d., 1998: 199). Hastalık öncesinde, ölümle ilişkin düşüncelerini belirten hastaların %40'ı, ölümü çok az düşündüklerini belirtmişlerken, %26'sı ölümü ara sıra, %19'u sürekli ve %15'i ise, ölümü hiç düşünmediklerini belirtmişlerdir. Araştırmamızda, erkeklerin (%68.4) bayanlara (%31.6) göre, hastalık öncesinde, ölümü düşünme sıklığının daha fazla olduğu görülmektedir. Bu bulgu, bayanların, kendilerini daha az güvende hissedip daha az yaşam tatmini nedeniyle, erkeklere kıyasla ölümden daha fazla korktukları ve ölüm düşüncesini daha fazla bastırdıkları şeklinde yorumlanabilir. Freud'un en fazla bastırılan güdü olarak, ölümün, bilinç altında rahatsızlık kaynağı oluşturduğu konusunda herhangi bir şüphesi yoktu. Freud'un yolundan giderek, görüştüğümüz bayan hastaların ölümle ilişkin düşüncelerinin az olması, onların ölüm korkularını bastırmalarıyla açıklanabilir. Bununla birlikte, erkeklerin, kadınlara kıyasla ölümü daha fazla düşünmelerinde, onların, çocuklarının ve eşlerinin geleceklerini güvence altına

alma gibi, ailelerine karşı olan görev ve sorumlulukları konusundaki tereddütlerinin, "benden sonra ailem ne yapar" şeklindeki düşüncelerinin, endişelerinin önemli bir etkisi olabilir. Eğer, bireylerin ölümü düşünme sıklıkları ile ölüm korkusu arasında yukarıda bahsi geçen negatif korelasyon doğruysa, görüştüğümüz hastaların önemli bir kısmının, ölüm korkusu taşıdıkları ifade edilebilir.

Ölüme atfedilen anlamlar, ölüm korkusu düzeyiyle yakından alakalıdır. Modern zamanlarda bastırılan ölüm düşüncesinin, bugün, her zaman olduğundan daha fazla, korku verici olduğu kabul edilmektedir. Dinin ve kültürel anlayışların etkinliği azaldıkça da, ölüm, yalnız karşılanan, davetsiz bir misafir olarak daha fazla kaygı vermeye devam edecektir. Ölüm ve ölümlle ilgili etkinliklerin, evlerden hastanelere taşındıkça, onu yalnız karşılamanın ağırlığı, daha da büyümektedir. Mezarlıkların, şehirlerin dışına taşınmasında, "ölüm yokmuş gibi" tavrımızın, ölümü kabullenememenin belirleyici olduğunu söyleyebiliriz. Ölümü kabullenmemek, ondan daha fazla korkmamızda ve kaygı duymamızda, önemli bir etkendir. Çünkü, kabullenilemeyen bir şeye maruz kalacağını bilmek, kaygı vericidir. İnsanların, bilinçli veya bilinçsiz olarak, ölüm borcundan kurtulmak için yaşam kredisini reddettiklerini ve bu nedenle de, depresyona girdiklerini belirten I.Yalom, işlenmemiş ölüm korkusunun, bireyin karabasanlarının temelinde yattığını belirtir (Yalom, 1999: 118).

Elias, günümüz toplumlarının, ölümü dışlayarak baskıladığını belirttiği çalışmasında, ölümün, savaşılmaması gereken bir düşman olarak algılanmasının, önemli bir zaaf yarattığını belirtir. Ona göre, ölümden bu kaçış ve bu konudaki üzüntülerin, dışavurumların umursanmayışı, yalnız başına acı çekme, bir kişinin kaybından doğan sarsıntının etkisini arttırmıştır. Sosyolog G. Gorer de, ölümün pornoğrafik bir konuymuş gibi saklandığını, orta çağ cinselliğinin yerini aldığını belirttiği yazılarında, cinselliğin önündeki engeller kalktıkça, ölümün dışlandığını, bastırıldığını belirtmiştir (Dekkers, 1996: 12). Yaşam süresiyle birlikte, hayat beklentilerindeki artışlar, ölümü karşılayabilme gücümüzü azaltmaktadır. İnsanlar bireyselleştikçe, ölümü yalnız karşılamanın dayanılmazlığı artmaktadır. 18. yüzyıldan itibaren, insanların kendi ölümlerinden çok, başkalarının ölümleriyle ilgilendiklerini ve 19.y.y'la birlikte de, bireyin kendi ölümüne tamamen yabancılaştığını söyleyen Elias, bu nedenle, yakın kayıplarının, daha ağır geldiğini ve daha fazla üzüntü verdiğini ifade etmiştir (Dekkers, 1996: 11).

Dostoyevski'ye göre, "birey bilgiye ulaştıkça, hakikate yaklaşır. Hakikat ise, ölümdür." Ona göre, birey, hayatın sarhoşluğuna kapılmışsa ancak, ölüm karşısında umarsız yaşayabilir (Tolstoy, 1999: 29-30). Gerçekten de, insan, ne denli yetenekli ve güçlü olursa olsun, ölüme yazgılıdır. Dolayısıyla, hayatın güçlükleri karşısında direnmede veya onlarla başa çıkabilmede, ölüm inancı, yaşama inancı gibidir. Ancak, şehirleştikçe, bireyselleşen insanların, acı bir kaybın yasını diğerleri ile paylaşmak bir yana, birbirlerinden habersiz olarak yaşadıkları bu tür üzüntülerini bastırarak, ruhsal hastalıklarda önemli bir yer tutan çözülmemiş bir yas sürecine girdikleri, bilinmektedir. Modern insanın, gittikçe ferdileşen tutumları nedeniyle, ölüm kokusunu veya kaygısını karşılayabilmede, yetersiz kalacağı söylenebilir. Çünkü, artan sosyal ilişki sayısına karşın, bu ilişkilerdeki derinlik azaldıkça, bireyin, kayıplarını telafi edebilme imkanı azalmaktadır. Birçok araştırmacı da, benzer şekilde, birincil sosyal ilişkilerin, sosyal destek ve aidiyet duygularının yetersiz olduğu toplumların, bireylerini ölüm karşısında, daha korunmasız ve yalnız bıraktıkları konusunda hemfikirlidir. Nitekim, derinlik psikolojisinde, insanın sevdiği kişilerden ayrılması, onun esas korkularından biridir. Ayrıca, ölüm, bireyin hayatı paylaştığı yakınlarını, kendinden uzaklaştırarak, hiçlik duygusuna neden olmakta ve onun alışkanlıklarını önemsizleştirerek, hayata olan bağlılığını etkileyebilmektedir.

Görüştüğümüz hastaların, ölümle ilişkili düşüncelerinin, hayata ilişkin bir vizyon edinmeye yarayan bir tür iç muhasebe veya içsel gelişim deneyimi anlamında değil de, hayattan bıkmamanın bir sonucu olarak ortaya çıktığını belirtmeliyiz. Elbette, hastaların, ölümle ilgili düşüncelerinin, onların, depresyon sebebi olarak belirttikleri sorunlardan önce veya sonra oluştuğu yönünde, herhangi bir bilgimiz yoktur. Ancak, normalde, yaşamla ilgili olumsuz olayların, ölümü hatırlattığı yönünde bulgular bulunmaktadır. Bu açıdan, araştırmamızda, geçmiş hayatlarıyla ilgili olarak, pişmanlık veya üzüntülerinin fazla olduklarını belirtenlerin çoğunun, ölümü, geçmişte sürekli düşündüklerini belirten hastalardan oluşması anlamlıdır. Çünkü, ölümü çağrıştıran eylemlere ilişkin bir çalışmada, hiç beklenilmeyen olumsuz olaylarla karşılaşmanın, ideallerine ulaşamamanın, haksızlıklara uğramanın ve bir yakın kaybının, ölüm düşüncelerinin oluşması üzerinde, önemli bir yer tuttuğu ifade edilmektedir (Karaca, 2000: 283).

**Tablo 71: Hastaların İsteklerine Ulaşma Düzeylerinin Ölüm Düşüncelerine Göre Dağılımı**

İsteklere, Hedeflere Ulaşma Düzeyi		Ölümle İlgili Düşünceler				Toplam
		Ölümü hiç düşünmezdim	Ölümü çok az düşünürdüm	Ölümü ara sıra düşünürdüm	Ölümü sürekli düşünürdüm	
İsteklerimin hepsine ulaştım	Sayı	1	5	4	4	14
	%	7,1%	35,7%	28,6%	28,6%	100,0%
İsteklerimin çoğuna ulaşamadım	Sayı	10	22	17	11	60
	%	16,7%	36,7%	28,3%	18,3%	100,0%
Hiçbir isteğime ulaşamadım	Sayı	4	13	5	4	26
	%	15,4%	50,0%	19,2%	15,4%	100,0%
Toplam	Sayı	15	40	26	19	100
	%	15,0%	40,0%	26,0%	19,0%	100,0%

Hastaların yaşadıkları olumsuz olayların, ölüm düşüncesini oluşturabileceği fikrini, tamamen reddetmemekle beraber, hastaların, geçmişteki pişmanlıkları ile hayallerine ulaşamamaları algısının temelinde, onların, geçmişte, ölüme dair düşüncelerinin belirleyici olduğunu ileri sürebiliriz. Yani, bireylerin ölüm hakkında düşünmeleri, hayatla ilgili beklentilerini azaltacağından, bu durumda, bu kişilerin hayal kırıklıklarının az olması da, beklenir bir durumdur. Tersinden ifade edersek, geçmişte, ölüm hakkında fazla düşünmemiş olanların, beklentileri oranında, hayal kırıklıklarının yüksek olması, beklenir bir durumdur. Çünkü, etkin bir ölüm düşüncesi, kişiyi, hayattaki olaylara duyarsızlaştırır, üzüntü verici olayların, ruhsal yapı üzerindeki baskısını anlamsızlaştırır. Bu anlamda, ölüm hakkında çok az düşündüklerini veya hiç düşünmediklerini belirtenler içerisinde, hastaların %36.7'si, isteklerinin ve hayallerinin çoğuna ve %50.0'ı ise, isteklerinin, hayallerinin hiçbirine ulaşamadıklarını belirtmişlerdir. Ölüm kaygısı ile hayattaki beklentilerine ulaşma düzeyi arasındaki korelasyonu inceleyen bir araştırmada, ideallerini tamamen gerçekleştirenlerin daha az ölüm kaygısına sahip oldukları, bunu başaramayanların ise, oldukça yüksek bir kaygı düzeyine sahip oldukları görülmüştür (Karaca, 2000: 326-330). Bu bakımdan, ölümü sürekli düşünmekle hiç düşünmemenin hayat tatmini ile karşılıklı ilişki içinde olduğunu ve bu iki ucu içeren düşünce ve tutumların, ruhsal sağlık açısından risk yaratabileceklerini ifade edebiliriz. Günümüzde, ölüm, bir hastalığın sonucu olarak

düşünüldüğünden, onun daha önceye alınmaya, geciktirilmeye ve hatta ortadan kaldırılmaya çalışıldığı bilinmektedir. İngiliz sosyolog Prior, modern dönemle birlikte, ölümün hastanelerle yalıtılıp, bürokratize edildiğini ileri sürmüştür (Dekkers, 1996: 13). Hick'e göre, ölümün modern kurumlara taşınmasıyla birlikte, ölüm karşısında bir duyarsızlaşma meydana gelmiştir ve bu süreç daha da hızlanacaktır. Dolayısıyla, ölüm, tıbbın alanına terk edildikçe, insanların, yakınlarının ölümüne ilişkin tecrübe ve gözlemleri de, o oranda azalacağından, ölüme yabancılaşmanın artacağını tahmin edebiliriz.

**Tablo 72: Hastaların Ölümle İlgili Düşüncelerinin  
Depresyon Sebepleri Açısından Dağılımı**

Depresyon Sebepleri	Ölümle İlgili Düşünceler				Toplam
	Ölümü hiç düşünmezdim	Ölümü çok az düşünürdüm	Ölümü ara sıra düşünürdüm	Ölümü sürekli düşünürdüm	
Sevdiğimden ayrıldım	1 14,3% 6,7%	5 71,4% 12,5%	1 14,3% 3,8%		7 100,0% 7,0%
Bir yakınımı kaybettim		2 22,2% 5,0%	3 33,3% 11,5%	4 44,4% 21,1%	9 100,0% 9,0%
Aile huzursuzluğu	8 22,2% 53,3%	13 36,1% 32,5%	9 25,0% 34,6%	6 16,7% 31,6%	36 100,0% 36,0%
Maddi sıkıntı	2 9,1% 13,3%	9 40,9% 22,5%	7 31,8% 26,9%	4 18,2% 21,1%	22 100,0% 22,0%
Bir haksızlığa uğramam	2 22,2% 13,3%	3 33,3% 7,5%	2 22,2% 7,7%	2 22,2% 10,5%	9 100,0% 9,0%
Kader		2 50,0% 5,0%	1 25,0% 3,8%	1 25,0% 5,3%	4 100,0% 4,0%
Aile huzursuzluğu ve maddi sıkıntı birlikte	2 15,4% 13,3%	6 46,2% 15,0%	3 23,1% 11,5%	2 15,4% 10,5%	13 100,0% 13,0%
Toplam	15 15,0% 100,0%	40 40,0% 100,0%	26 26,0% 100,0%	19 19,0% 100,0%	100 100,0% 100,0%



Araştırmamızda, ölümü sürekli olarak düşündüklerini söyleyen hastalar içerisinde, ilk sırayı, aile huzursuzlukları (%31.6) ve sonra da, bir yakının kaybı (%21.1) dolayısıyla depresyon geçirdiklerini belirten hastalar almaktadır. Ancak, depresyon sebeplerini belirten hastalar, ölüm düşüncelerinin sürekliliği açısından, kendi içlerinde değerlendirildiğinde, ilk sırayı, bir yakının kaybı nedeniyle rahatsız olduklarını belirten hastalar (%44.4) almaktadır. Ölüm duygusunun, yalnızlıkla ilişkili olduğuna dair çeşitli bulgular vardır (Karaca, 2000: 307). Bu bilgilere dayanarak, bütünleşmenin azaldığı ve bireyselliğin önem kazandığı durumlarda, ölüm korkusunun artacağını tahmin edebiliriz. Bu itibarla, bir yakının kaybının, doğrudan doğruya, bireyin kendi ölümünü çağrıştırmada ve bu kaybın, sosyal desteğin yitirilerek yalnızlık algısını oluşturmada; yalnızlığın ise, ölüm düşüncesini oluşturmada önemli bir yer tuttuğu ileri sürülebilir.



**Tablo 73: Hastaların Hastalanmadan Önce, Ölümle İlgili Düşüncelerinin İfade Edilme Sırasına Göre Dağılımları**

Ölüm Hakkında Düşünürken Hissedilen Duygular	1.Zikrediliş	2.Zikrediliş	3.Zikrediliş	4.Zikrediliş	Toplam
Yaşam sevincimi Kaybederim	7				7
İçimi sıkıntı kaplar	19	4			23
İçimi bir boşluk kaplar	10	7	4		21
İçimi bir korku kaplar	6	9	5	3	23
Sevdiklerimin ölümünden korkarım	5	5	6	3	19
Ölümü kurtuluş olarak görüyorum	5	6	1	5	17
Dayanılmaz bir Yalnızlık hissedirim		5	2	3	10
Ölüm sonrası Düşünürüm	1	6	7	9	23
Hayatın anlamsız olduğunu düşünürüm		4	1		5
Ölüm sonrası bir hayat olmadığını düşünürüm	1	3			4
<b>Toplam</b>	<b>54</b>	<b>49</b>	<b>26</b>	<b>23</b>	<b>152</b>

Hastaların, depresif süreçlerinin anlaşılmasında, onların ölüme ilişkin duygu ve düşüncelerinin anlamlı olduğunu söyleyebiliriz. Bu bağlamda, hastalanmadan önceki dönemlerle ilgili olarak, ölümle ilgili düşüncelerini dile getiren hastaların %23'ü, ölümü düşündüklerinde, içlerinde, bir korku hissettiklerini, %21'i, bir boşluk hissettiklerini ve %19'u ise, sevdiklerinin ölümünü düşünmekten çok korktuklarını belirtmişlerdir.

Özellikle, yaşadıkları hayatın tatminsizliği ve yaşadıkları sorunlardan dolayı, hastaların %17'si, ölümü bir kurtuluş olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. Hastaların %23'ü, ölümü düşündüklerinde, akıllarına ölüm sonrası hayata ilişkin düşüncelerin geldiğini belirtirlerken, görüşmelerimizde, bazı hastalar, günahkâr olduklarına ilişkin düşüncelerinin, kendilerini rahatsız ettiklerini belirtmişlerdir. Psikologlara göre, ölüm, bireylerde evrensel bir çaresizlik duygusuna neden olmaktadır ki, çaresizlik, depresyonda en önemli etkenlerin başında gelmektedir. Ölüm, insanların temel korkusu olmakla kalmaz, çeşitli şekillerde ortaya çıkan diğer bütün korkuların da temelini oluşturur. G. Delpierre'in deyimiyle, "sonuçta, tek bir korku vardır; ölüm korkusu." (Mannoni, 1992: 32).

Ölüm sonrası hayata olan inançlarından ötürü, dindar kişilerin, ölümden daha az korktukları veya ölüm temasının, dini faaliyetlerde fazlasıyla işlenmesinden ötürü, bu korkularının, işlenerek azaltıldığı bilinen bir husustur. Ancak, hastaların ölümlle ilgili kaygılarının, kendilerinin günahkâr olduklarına ilişkin düşünceleriyle birleşince, ruhsal açıdan sorun yaratması muhtemeldir. İntihar edenlerin, ölümden daha az korktukları bilinmektedir. Bununla birlikte, ölüm korkusu, ölüm sonrası hayata ilişkin kaygılarla ilgili olarak ele alındığında, daha az dindar olanların, ölümden daha az korkmaları da imkân dahilindedir.

İçkinden aşkına, doğadan doğa üstüne geçişin temellerinden birini, korku oluşturur. Dinin en büyük işlevlerinden biri, ölüm karşısında korkuyu kanalize edip, güven vermesidir. Bu itibarla, korkunun azaltılmasında, önemli bir rol oynayan din, işlevselliğini kaybettiğinde, korkunun yönelttiği bu geçişlerin tıkanarak, ölüm korkusu olarak tortulaşması veya zenginlik arayışı ve cinsellik şekline dönüşmesi, tahmin edilebilir. Öyleyse, intihar edenlerin, daha az dindar olmaları ve dindarların ise, dinin, ölüm üzerindeki vurgusuyla bu korkularını yatıştırdıkları ileri sürülebilir. Çünkü, araştırmalarda, ölümün korku verici etkisinin, konuşuldukça azaldığı, gösterilmektedir (Karaca, 2000: 328). Bu açıdan, hastaların ölüme ve ölüm sonrasına ilişkin bu tür düşüncelerinin altında, kültürel faktörlerle, dinin önemi belirtilmelidir.

**Tablo 74: Hastaların Ölümle İlgili Düşüncelerinin İntiharla İlgili Düşüncelerinin Dağılımı**

Ölümle İlgili Düşünceler	İntiharla İlgili Düşünceler						Toplam
	İntihar düşüncesine hiç sahip olmadım	İntihar düşüncelerim oldu	İntiharı değil de ölmüş olmayı istediğim oldu	İntihar planı yaptım ama böyle bir girişimim olmadı	İntihar girişimim oldu		
Ölümü hiç düşünmezdim	Sayı	5	3			7	15
	%	33,3%	20,0%			46,7%	100,0%
	%	23,8%	12,5%			17,9%	15,0%
Ölümü çok az düşünürdüm	Sayı	5	8	7	4	16	40
	%	12,5%	20,0%	17,5%	10,0%	40,0%	100,0%
	%	23,8%	33,3%	70,0%	66,7%	41,0%	40,0%
Ölümü ara sıra düşünürdüm	Sayı	9	7	2	1	7	26
	%	34,6%	26,9%	7,7%	3,8%	26,9%	100,0%
	%	42,9%	29,2%	20,0%	16,7%	17,9%	26,0%
Ölümü sürekli düşünürdüm	Sayı	2	6	1	1	9	19
	%	10,5%	31,6%	5,3%	5,3%	47,4%	100,0%
	%	9,5%	25,0%	10,0%	16,7%	23,1%	19,0%
Toplam	Sayı	21	24	10	6	39	100
	%	21,0%	24,0%	10,0%	6,0%	39,0%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Ölüme ilişkin olarak yukarıda bahsini ettiğimiz çoğu olumsuz fikirlerin, depresyon açısından risk oluşturabileceği tahmin edilebilir. Çünkü, bu tür olumsuz fikirlerin, bireyin, ölüme ilişkin düşüncelerini bastırmasına yol açmakta ve bastırılan bu tür düşünceler ise, rahatsızlık vermektedir. Bunu destekleyecek bir bulgu, tabloda görüleceği gibi, intihar girişiminde en fazla bulunanların, ölümü hiç düşünmeyen hastalarla (%17.9), ölümü çok az (%41.0) veya sürekli düşünen hastalar (%23.1) olmasıdır. Yukarıda, ölümü sürekli düşündüklerini söyleyenler içerisinde, geçmiş hayatlarından pişman olduklarını söyleyenlerin, yüksek oranlarının (%57.0) altında, bu hasta grubunun, yani, intihar girişiminde olanların etkisi olduğunu düşünüyoruz.

Toplumsal birtakım düşünce, inanç veya davranışların ortadan kalkmak yerine, biçim ve yer değiştirerek, bir şekilde devam ettiklerini biliyoruz. Bu itibarla, dini düşüncede işlevsel olan, “insanın ölüm karşısında, güçsüz ve çaresiz olduğu inancı”,

bazı fonksiyonlarını yitiren dinle birlikte, olumsuz toplumsal koşulların da etkisiyle, bozuk işlev etkisi oluşturarak, çaresizlik zihniyetine katkıda bulunmaktadır. Ayrıca, dinin öbür dünyayla ilgili anlatılarının, cezalarının, sosyalleşme sırasındaki aktarılan tarzının, ölüme ilişkin kaygıların temellerinden birini oluşturabileceği de tahmin edilebilir.

Tüketim kültürünün bir sonucu olarak, hazza yönelik bir hayat felsefesine sahip olan bireylerin, dünyayla ilgili beklentileri arttığından, ölümlerle birlikte kaybedecekleri şeylerin büyüklüğü oranında, ölüm karşısında, daha fazla kaygı duymaları beklenir bir durumdur. Meister Eckhart, yaşama sıkı sıkı bağlanmanın ve onu sahip olunacak bir yer gibi görmenin, ölüm korkusunu arttırdığını ifade eder (Fromm, 1993: 220). Fromm'a göre de, insan, ölümden ziyade, ölümlerle birlikte, sahip olma tutkusunu nedeniyle, sahip olduklarını yitirmenin korkusunu yaşar. İnsanın varlığını koruma güdüsü, sahip olma ile eşleştirildiğinden, herhangi bir kayıp olayı da bireylerin ölüm kaygısını hissetmelerine neden olur (Karaca, 2000: 162). Eğer, bu, gerçekten doğruysa, artan tüketim ihtiyacı, sınıf atlama hırsıyla birleşen tutkulu hayat anlayışının, bu sorunu, daha da kronikleştireceği muhtemeldir. İslam'ın kültürel etkisinin, ölümlerle sosyalleştiren yapısına rağmen, teknolojik gelişmeler, sosyal hareketlilik artışları ve kişiler arası sorunların artıp, birincil, samimi ilişkilerin kopmasıyla birlikte, ölümler, hastaların ruhsal yapılarında ciddi bir baskı oluşturduğu ifade edilebilir.

#### 5.4.8. Yas ve Depresyon

Klinik anlamda, depresyonun bir prototipi olduğu ifade edilen yasin, yaşanan kayıp ve değişimlere bir reaksiyon olduğu ifade edilmektedir (Saydam, 1995: 278). Freud, "Yas ve Melankoli" adlı yazısında, depresyonun oluşumunda, yasin önemini vurgular. Ancak, Ona göre, melankolik depresyonda, yasin, duygusal olduğunu ve normal yas durumundan farklı olarak, nesne kaybının gerçek olmadığını belirtir. Ona göre, gerçek veya duygusal anlamda, kaybedilen nesneye duyulan öfkenin, bireyin kendine yönelmesi sonucunda depresyon gelişir (Rosen, 1999: 35). Psikanalitiğin önde gelen isimlerinden K. Abraham da, depresyonda, kaybın çok önemli bir yer tuttuğunu belirtir (Erkmen, 1989: 47-48). Yaşam, bazı değişimleri ve kayıpları içerdiğinden, aslında, sürekli değişmekte ve tükenmekte olan hayatımızın, her an biriktirilen bir kayıp olduğunu, bir anlamda da, yas ve depresyonun, içimizde potansiyel olarak var olduğunu söylemek yanlış olmaz sanırım.

Yas sonrasında, depresyona girenlerin, katı bir üst benliğe sahip olmaları nedeniyle, kaybettikleri nesneye veya sevdikleri kişilere karşı suçluluk duygularını, kendilerine yansıttıkları ifade edilmektedir. Bu görüşe göre, hastaların suçluluk duyguları artarsa, hasta, içine aldığı ve öfke duyduğu nesneyi yok etmek isteğiyle, bu nesneden ayırtıramadığı kendi benliğini yok edebilir. Çoğu zaman, bu tür kişilerde, öfkenin içe yönetilmesi beklenen bir durumdur; çünkü, özne, kendini kayıpla özdeşleştirmiştir (Altunoğlu, 1994: 36). Freud'a göre, bir kaybın depresyona neden olması için, ambivalans duygularla birlikte libidonun, benliğe gerilemesi gerekir. Benzer şekilde, Klein de, depresyonun oluşumunda, başarısız yas çözülmesi nedeniyle, bireyin kaybettiği sevgi nesnesiyle, aralarındaki sevgiyi ispatlama düşüncesinin önemine değinir (Deniz, 1995: 11).

Bu konuda, ilginç bir görüş de, O. Rank'a ait olan, ilksel ayrılık teorisidir. Bu görüşe göre, her bir kayıp veya ayrılık, bireyin anne karnından kopuşu anındaki acı verici deneyimi ifade etmektedir (Rank, 2001: 42). Bir ölüm olayının etkisi, kişiden kişiye değişir ve bu tür bir olayın kişi üzerindeki etkisinin ne kadar süreceğini tahmin etmek de güçtür. Örneğin, kayıptan 10 yılı aşkın bir zaman sonra bile, ölenin acısıyla uğraşmanın ve yas belirtilerinin, devam ettiği bilinmektedir. Yapılan bir araştırmada, geride kalanların çözülememiş yas oranı, %14 olarak bildirilmektedir (Aşkın, 1999: 156). Bu nedenle, anketimizde zaman sınırlayıcı kesin ifadeler kullanmaktan kaçındık



ve sorularımızda, “son zamanlar”, “çocukluk ve gençlik yılları” gibi sınırlar çizmeyi uygun gördük.

Coşku ve kederlerimize ilişkin duygularımızın, toplumsal-kültürel değerlerimizle ilgili olduğuna inanıyoruz. Duygusal davranışlarımızın ve bunları ortaya çıkaran durumların düzenlenmesi, sosyal yapının sürekliliğinin sağlanması açısından önem taşır. Bu anlamda, her toplumun onaylayıp sınırlandırdığı veya düzene koyduğu kurumsallaştırılmış bir duygusallık söz konusudur. Malinowski, fonksiyonalist kuramında, toplumların, sosyal kurumlarını meşrulaştırabilmek için coşku ve duygularını kontrol ettiğini belirtmiştir. Ona göre, duygular, rasgele oluşmamakta, kurumların işleyişini kolaylaştırmak için, sosyalleşme esnasında bireye öğretilmektedir. Bu bağlamda, yas konusuna değinen Malinowski, toplumların, ölüm sonrası üzüntüyü, belli bir biçimde özendirerek bu şekilde, aile, akrabalık ve komşuluk bağlarını pekiştirdiğini belirtir (Tolan, 1991: 362-363).

**Tablo 75: Yakınları Ölen Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımları**

Hastaların Ölen Yakınları		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Annemi	Sayı	10	2	12
	%	83,3%	16,7%	100,0%
	%	29,4%	10,0%	22,2%
Babamı	Sayı	12	5	17
	%	70,6%	29,4%	100,0%
	%	35,3%	25,0%	31,5%
Kardeşimi	Sayı	2	2	4
	%	50,0%	50,0%	100,0%
	%	5,9%	10,0%	7,4%
Eşimi	Sayı	1	5	6
	%	16,7%	83,3%	100,0%
	%	2,9%	25,0%	11,1%
Çocuğumu	Sayı	3	3	6
	%	50,0%	50,0%	100,0%
	%	8,8%	15,0%	11,1%
Diğer	Sayı	6	3	9
	%	66,7%	33,3%	100,0%
	%	17,6%	15,0%	16,7%
Toplam	Sayı	34	20	54
	%	63,0%	37,0%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Görüştiğimiz bütün hastaların %54.0' ü, kendileri için önemli olan bir yakınlarını kaybettiklerini belirtmişlerdir. Yakınlarını kaybeden bu hastalardan %22.2'si, annesini, %31.5'i babasını, %11.1'i eşini ve yine %11.1'i çocuğunu, %7.4'ü ise kardeşlerini kaybettiklerini ifade etmişlerdir. Ancak, bu kayıpların, sadece bir kısmı, son zamanda yaşanmış olup, diğerleri, farklı zamanlarda gerçekleşmiştir. Görüştiğimiz bu hastalardan, sadece, %9.0'u, depresyon sebebi olarak, bir yakının kaybını belirtmişlerken, %12.2' si, son zamanlardaki en fazla üzüntü kaynağı olarak, bu sorunu ifade etmişlerdir. Kayıp yaşayanlar, yeni ilişkilere girmekten, yeni bir sevgi yatırımı yapmaktan kaçındıklarından, sosyal desteklerini de kaybederek sosyal izolasyon yaşarlar. Bu durumda, depresyon için de önemli bir zemin oluşmuş olur. Bunun dışında, yaşanan kayıpla birlikte, aile ve akrabalık ilişkilerinde, rol ve sorumluluklarda, değişimler meydana geldiğinden, uyum sorunlarının ortaya çıkmış olabileceğini tahmin edebiliriz.

Yaşadığımız dönemde, mevcut toplumsal yapılanmanın ve çekirdek aile şeklindeki egemen aile yapımızın, ölen kişinin yerini ve rolünü dolduramaması, geriye kalan yakınlarının, duygusal sarsıntılarını telafi edememelerine neden olmaktadır. Halbuki, daha önceleri, amca, dayı, teyze gibi yakınların, baba veya anne kaybını telafi edecek bir rolü üstlendikleri bilinen bir husustur. Ayrıca, çekirdek ailenin üye sayısındaki azlık, bireyler arasında yoğun duygusal bağılıklara neden olduğundan, herhangi bir kayıp anındaki duygusal gerilimlerin dozajı artmaktadır. Ayrıca, "biz duygusu", "ait olma duygusu" gibi, bireyin kimliğini ve referans kaynaklarını oluşturan unsurlar, bu kayıplarla birlikte sarsıldığı için, bir yakını kaybedenlerin, ruhsal açıdan ciddi sorunlar yaşamaları tahmin edilebilir.

Kişi, bütünlüğünü, self objeleri denilen yakın kişiler aracılığıyla koruyup geliştirir (Türkçapar, 1994: 41). Bu nedenle, kişinin nesne kaybından ötürü depresyona girmesine yol açan, kanımızca, Freud'un dediği gibi kaybedilmiş nesneye olan öfkesi değil, bu nesne yardımıyla hissettiği bütünleşme ve kaynaşma duygularını canlandıran süreçlerin, yani self obje işlevlerinin kaybıdır. Çünkü, yas sonrası tepkiler her toplumda ve aynı toplum içindeki herkeste aynı değildir. O halde, herhangi bir kaybın, bireyde depresyona neden olması için, bireyin, diğer sosyal ilişkilerinin bozuk veya yetersiz olabileceğini tahmin edebiliriz.

Yaşanan kaybın telafi edilebilmesi için, bireyin egosunun gelişmiş olması gerekir ki bu da, bireyin sosyal ilişkilerinin doyurucu olmasına bağlıdır. Bir anlamda, başkalarıyla ilişkisi iyi olmayanların, yaşadıkları bir kayıpla olan ilişkileri de iyi olamaz. Yaptığımız görüşmelerde, bazı hastaların, ölen ebeveynleriyle ilişkilerinin iyi olmadığı ve bundan da kendilerini suçladıkları görülmüştür. Ayrıca, hastaların, yaşadıkları kayıp olayına tepkileri, onların çocukluklarında ve genel olarak geçmişlerinde, özellikle, anneleriyle olan ilişkilerinin doğasıyla ve daha önce, başka bir kayıp olayı yaşayıp yaşamadıkları ile yakından alakalıdır. Bu açıdan, yas ve sosyal izolasyon durumlarında, bağımlılıkları nedeniyle kadınların, duygularını bastırmaları nedeniyle de, erkeklerin ciddi sorunlar yaşamış olmaları tahmin edilebilir.

Anne ve babayı kaybetmek, bir anlamda, geçmişi kaybetmektir. Bunun da ötesinde, birinin çocuğu olmaktan çıkmak, sevenini kaybetmek ve kendine ilgi gösteren birinin kaybı demektir. I.Yalom, bunu seyircisini kaybetmek olarak ifade etmektedir (Yalom, 1996: 152). Ama, çocuğunu kaybeden biri için bu, geleceğinin kaybı, gelecek projesinin tehdidi anlamına gelebilir. Dolayısıyla, hastalarımızda olduğu gibi, çocuğunu kaybedenlerin durumlarının oldukça kötü olması, beklenir bir durumdur. Ayrıca, bu gibi durumlarda aile sorunları da ortaya çıkabilmektedir. Örneğin, çocuğunu kaybettiklerini belirten hastaların 3'ü, çocuklarının ölümünden ötürü, aile içinde karşılıklı suçlamaların olduğunu ve bu nedenle de, aile huzursuzlukları yaşadıklarını belirtmişlerdir. Karşılıklı olarak yapılan bu suçlamalarda maddi sorunlar nedeniyle çocuklara gösterilen ilgi eksikliğinin önemli etkisi olduğu tespit edilmiştir. O halde, sanıldığı aksine, çocuğunu kaybeden ailelerin, birbirlerine destek olacakları, birbirlerine daha fazla bağlanacakları beklentisi, her zaman doğru değildir. Bir rolün kaybının, çeşitli sorunlarla birlikte, ruhsal sorunlara neden olması muhtemeldir. Bize göre, bir rolü kaybetmek, bastığı zeminin sarsılması anlamına gelebilir. Çünkü bir rol, kişiliğin, kimliğin kök saldıği toprak gibidir.

Bowlby, erken yaşlarda yaşanan kayıpların, ileride depresyona neden olduğunu belirtmiştir (Tüzün, 1995: 318). Roy, depresyonu olan 84 hasta üzerinde yaptığı çalışmada, 17 yaş öncesinde, bir yakının kaybının, depresyona yol açtığını bulgulamışlardır. Sosyolog G.Brown ve Harris ise, erken yaştaki ebeveyn kaybının, tek başına depresyona neden olmadığını, çocuğun yaş ve cinsiyetinin, bulunduğu ailedeki

sevgi, destek gibi güven verici ilişkilerin olmamasının, kayıp sonrası depresyonları anlamamızda etkili olduğunu belirtirler (Erkmen, 1989: 47-48).

**Tablo 76: Hastaların Depresyon Sebepleriyle, Geçmişte, Çocukluk Yıllarında Yaşadıkları Sarsıcı Olaylar Arasındaki İlişinin Dağılımı**

Depresyon Sebepleri	Çocukluk ve Gençlik Yıllarında Yaşanan Sarsıcı Olaylar						
	Geçim Sıkıntısı	Aileden Ayrılık	Aile Huzursuzluğu	Bir Yakının Kaybı	Üzücü Bir Aşk	Diğer	Toplam
Sevdiğimden ayrıldım	Sayı	2	2		2	1	7
	%	28,6%	28,6%		28,6%	14,3%	100,0%
		7,4%	14,3%		14,3%	16,7%	7,9%
Bir yakınımı kaybettim	Sayı	2	2	2	1	1	8
	%	25,0%	25,0%	25,0%	12,5%	12,5%	100,0%
		7,4%	14,3%	7,7%	7,1%	16,7%	9,0%
Aile huzursuzluğu	Sayı	10	4	11	1	4	30
	%	33,3%	13,3%	36,7%	3,3%	13,3%	100,0%
		37,0%	28,6%	42,3%	7,1%	66,7%	33,7%
Maddi sıkıntı	Sayı	6	5	1	8		21
	%	28,6%	23,8%	4,8%	38,1%		100,0%
		22,2%	35,7%	3,8%	57,1%		23,6%
Bir haksızlığa uğramam	Sayı	2	1	2	2		8
	%	25,0%	12,5%	25,0%	25,0%		100,0%
		7,4%	7,1%	7,7%	14,3%		9,0%
Kader	Sayı			3			3
	%			100,0%			100,0%
				11,5%			3,4%
Aile huzursuzluğu ve maddi sıkıntı	Sayı	5		7			12
	%	41,7%		58,3%			100,0%
		18,5%		26,9%			13,5%
Toplam	Sayı	27	14	26	14	6	89
	%	30,3%	15,7%	29,2%	15,7%	6,7%	100,0%
		100%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Görüşmelerimizde, çocukluk ve okul yıllarında, kendilerini en fazla sarsan olay olarak bir yakının kaybını belirtenlerin oranı, %15,7'dir. Bu hastaların, sosyal destekten yoksun ve ekonomik olarak da, ciddi sorunlar yaşamış oldukları tespit edilmiştir. Üstelik, maddi sorunlarının halen devam ettiği, tablomuzda da görülmektedir. Dikkat

edildiğinde, geçmişte, en sarsıcı olay olarak, bir yakın kaybını işaretleyen hastaların %57.1'i, şu andaki depresyonlarının sebebi olarak, maddi sıkıntılarını ifade etmişlerdir. Aynı Tabloda görüldüğü gibi, maddi sıkıntısı en fazla olanların (%38.1), geçmişteki en önemli sıkıntıları, bir yakınını kaybetmiş olmalarıdır. Kayıpla beraber, geride kalan diğer eşin yas yaşantısının bu hastalar üzerindeki etkisi, ailenin, parasal veya aile düzeni açısından yaşadıkları muhtemel sıkıntılar ve maddi-manevi sosyal destek yetersizliği, tahmin edilebilir.

Araştırmamızda, çoğunluğunu, anne-baba ölümlerinin oluşturduğu, kayıplar nedeniyle görüştüğümüz hastaların, küçük yaştan itibaren duygusal bir yük altına girerek, kırılgan bir ruh haline sahip oldukları ve bunun da şu anda yaşadıkları depresyonda etkili olduğu söylenebilir. İlginç olan bir husus da, belirli bir süreden daha fazla devam eden, ebeveyn-çocuk ayrılıklarının, bir kayıp etkisi oluşturarak, depresyonda nedensel bir etken olarak tespit edilmiş olmasıdır. Sethi ve Beck'in yaptığı çalışmalarda, üç aydan fazla süren ayrılıkların, başta, ağır depresyon olmak üzere, bütün depresyonlarda önemli bir yer tuttuğu ifade edilmiştir (Erkmen, 1989: 47-48).

Daha önce, ayrılıkla ilgili başlığımızda değindiğimiz gibi, görüştüğümüz hastaların, çoğu erkek olmak üzere, %32'si, ailelerinden uzakta ve üstelik, yalnız kaldıklarını belirtmişlerdir ki, bu bulgu, bir yakının kaybı bağlamında ve depresyon riski açısından dikkate değerdir. Çocukluk ve okul yılları denebilecek dönemlerde, her ne kadar, hastaların sadece %15.7'si, kendilerini en fazla sarsan olay olarak, ailelerinden ayrı olmalarını belirtmişlerse de, bu etkenin, daha fazla ve daha etkili olduğunu düşünüyoruz. Ancak, daha önce de ifade ettiğimiz gibi, aileden ayrı olmanın olumsuz etkisini yadsınmamakla beraber, gerek ayrılıklarda ve gerekse erken ebeveyn kayıplarında, bireyin sonraki hayatında bulacağı sevginin, maddi-manevi olanaklarının ve çevresel desteğinin, kısaca ifade edersek, yaşam kalitesinin büyük bir önemi olduğuna inanıyoruz. Aksine, ebeveynleri sağ olsa da, hastalarımızda gördüğümüz gibi, aile içinde ebeveynleriyle birlikte kalan ama, onlarla sorun yaşayan ve yaşam kalitesi düşük olanların da depresyona girmeleri, kaçınılmaz olabilmektedir.

Görüşmelerimizde, bir yakının kaybı nedeniyle, depresyon geçirdiklerini belirtenlerin tümü, 30-45 yaş dilimi içerisinde bulunmaktadır. Buna paralel şekilde, yine son zamanda, kendini en fazla üzen sebep olarak, bir yakın kaybının belirten hastaların 3/4'ünün de, bu yaş dönemine mensup kişiler olması anlamlıdır. Normalde, hayatın

sorgulandığı bu dönemde, orta yaşın, sorumluluk ve sorunlarının oldukça ağır olduğu, böylesine zor bir dönemde, bir yakın kaybı, sosyal desteğin yitilmesi anlamına gelir. Böyle bir algı ise, bireyin sorunlarıyla yalnız başına kalması açısından, ruhsal sağlığı tehdit edici mahiyettedir.

**Tablo 77: Hastaların Ölen Yakınları İle İlgili Duygularının İfade Ediliş Sıralarına Göre Dağılımı**

Hastaların Ölen Yakınlarıyla İlgili Duyguları	1. Zikrediliş	2. Zikrediliş	3. Zikrediliş	4. Zikrediliş	5. Zikrediliş	Toplam
Onun yerini kimse dolduramaz	16					16
Onu çok özleyorum	12	11				23
Ölümünü kabullenemiyorum	3	4	4			11
Kader olduğundan ölümü kabullendim	11	1		1		13
Ölümünü haksızlık olarak görüyorum	1			2		3
Daha yeni ölmüş gibi üzülüyorum	2		1			3
Kıymetini bilmedim kendimi suçluyorum	1	4	4	1	1	11
Diğer	9	2	2	1		15
<b>Toplam</b>	<b>55</b>	<b>22</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>94</b>



Bir yakını kaybedenlerin, kendi ölümlerine ilişkin düşüncelerinin olması, beklenir bir durumdur. Ölüm kaygıları ise, depresyonda önemli bir husustur (Yalom, 1999: 161). Yapılmış bir deneyde, yakın bir zamanda, kayıp yaşantısı olmuş kişilerin, kendi ölüm düşünceleriyle ilgili fikirlerinin daha canlı ve etkili olduğu tespit edilmiştir (Karaca, 2000: 214). Geçmişte, herhangi bir yakını kaybeden hastaların, en fazla dile getirdikleri sorun, %23.0 ile, “kaybettikleri kişiyi çok özlemeleri” seçeneğidir. Bir kayıp nedeniyle, “Onun yerini kimse dolduramaz” diye üzüldüklerini belirtenlerin oranı ise, %16.0’dır. Kaybettikleri kişinin “ölümünü kabullenemediklerini” belirtenlerin oranı, %13.0’dır. Bahsi geçen bu ifade, bir kayıp durumunda, ruhsal sağlık ve depresyon açısından, en riskli duygu ve düşüncelerden birini ifade etmektedir. Yine, kaybettiği bir yakınının kıymetini bilemediği için, kendini suçlayanların (%11.0) durumu da, depresyon açısından oldukça ciddi bir durumu arz etmektedir.

Kültürümüzde, kayıp sonucunda, yasın, belirli bir tarzda yaşanmasına büyük bir önem verilmektedir. İslam’ın, yasın fazla uzatılmaması gerektiğine ilişkin buyruklarına rağmen, bazı yörelerimizde, bireylerin, bir yakınlarının kaybı ile birlikte, uzun bir süre boyunca, dünyadan uzaklaştıkları ve içlerine kapandıkları bilinmektedir. Bu, yakınlar arası ilişkilerinde ayrışmamış, bireyselleşmemiş kişilerde beklenen bir durumdur. Halbuki, uzatılmış yas yaşantısının, bireyin ruhsal sağlığı açısından riskli olduğu ve gelişen bir depresyonun tanınıp tedavisi edilmesinde, güçlükler neden olduğu bilinmektedir. Bu düşünce ve duygularda, kişinin dindarlığının ve olaylara bakış tarzının etkili olduğunu söyleyebiliriz. Bir yakının kaybıyla birlikte, olumsuz bir takım duyguların ortaya çıkmasında, ümitsizlik duygusunun önemli bir yer tuttuğu söylenebilir. Melges, klinik depresyonda bir temel oluşturan ümitsizliğin gelişmesinde, kayıp olayının önemli bir etkisi olduğunu belirtir. Herhangi bir kayıp olayı, kaybettiğimiz nesnenin ötesine geçerek tatmin edici alternatifler bulma yeteneğimizi de köreltebilir. Her ne kadar klinik deneylerde, krizlerle karşılaşmış onların üstesinden gelen kişilerden bahsedilse de, çoğu örneklerde, olumlu bir değer kaynağının veya kişi kaybının, ümitsizlikle başlayan ve sonu depresyonla biten sorunlar doğurduğu bilinmektedir (Borwn, 1989: 234-237).

Bununla ilgili bir başka husus da, hayattaki hedeflerine, isteklerine varmış kişilerin ölüm karşısındaki tutumlarının, bu tür beklentilerine ulaşamayanlara göre, daha kabullenici ve daha sağlıklı olduğudur (Yalom, 1999: 130). Bu durumda, bir kayıp

olayından sonra, bireylerin, ölümle ilgili duygularını ifade etmesinden, bu duygularıyla yüzleşmelerinden ve elem yaşantısından kaçan eğilimlerinin ruhsal bozukluklara kapı aralayacağı tahmin edilebilir. Ancak, günümüzün tüketim toplumu kültürü, daha çok, doymak bilmeyen bir hırs ve açgözlülükle, hep bir şeylerin eksik kaldığı duygusuna neden olmakta ve haz düşkünlüğü arttıkça, hayat tatminsizliği ile birlikte, hayatın sonuna dair düşüncelerin, ölüm düşüncesinin dayanılmaz olarak görülmesi, kaçınılmaz olmaktadır.

Bireylerin, önceki imaj ve temsillerini yitirmelerinin, inanç ve bağlılıklarındaki sarsılmalarının, tıpkı, bir yakın kaybında olduğu gibi, travmatik sonuçları olabileceği tahmin edilmektedir (Çevik, 1995: 376). Çünkü yas, bir ülke, özgürlük, bir ideal, inanç gibi düşünsel, manevi değerlerin, gerçek veya hayali kaybına bağlı olarak da gelişebilir (Freud, 1993: 98-103). O halde, bir kişinin veya sevgisinin kaybı kadar, bağlanılan herhangi bir nesnenin, inancın, ideolojinin kaybının da, depresif süreçlere neden olabileceği söylenebilir. Örneğin, iki hastanın durumu, bu açıdan dikkat çekicidir. Daha önce, babasını kaybeden orta yaşlı iki hasta, yaşadıkları ekonomik ve ailevi sorunları, yönetsel problemlerinin bir sonucu olarak değerlendirerek, sürekli olarak, devlete sitemde bulunuyorlardı. Daha önce, devletçi ve milliyetçi bir söylemi temsil etmenin gururunu taşıdığı bu iki hasta, şimdi, devletin, çeşitli icraatlarıyla, kendilerini hayal kırıklığına uğrattığını vurgulayarak, “devlet baba” inançlarının bittiğini, öfkeyle karışık bir hüznle dile getiriyorlardı. Hayatlarının en güzel zamanlarında, sağ sol çatışmalarıyla geleceklerinin karardığını, bedel ödediklerini ve birtakım ilkeler uğruna sıkıntılarla dolu yıllarını firari olarak yaşadıklarını dile getiren bu hastalar, sanki, ölen babalarının acısını, devlet baba şeklindeki inançlarının bitmesiyle, tekrar yaşıyorlardı. Bir anlamda, ölen babalarının yerine koydukları güçlü bir baba figürünü, inançlarıyla özdeşleştirerek, bağımlılık kurdukları inançlarını, gerçek veya hayali olarak edindikleri, devlet imajı ile birlikte yitirmenin yasını tutuyorlardı. Modern dönemde, ölüme bakış açısının değişmesiyle birlikte yas yaşantısının birey için ciddi bir sarsıntı yaratması beklenir bir durumdur.

#### 5.4.9. Depresyon ve İntihar

Kafka'nın "Dava" adlı eserinde olduğu gibi, depresif biri için dünya, öylesine anlamsız bir yerdir ki, hayat kökten kesilmesi gereken, dalları kurumuş bir ağaç gibi algılanır. İntihar da bu perspektifle anlaşılabilir ancak. Sahip olmanın önem taşıdığı bir yaşamda, şeylere sahip olmadığımız bir dünya, yabancı olduğu bir yer anlamına gelir. "Ben"i ilgilendiren herhangi bir şeyin kalmadığı bir dünyada intihar, çözüm olarak algılanmaktadır. Bütün intiharlar içinde, psikiyatrik bir bozukluğa bağlı olanların oranı %90, sadece depresyona bağlı olanların oranı ise, %50 'dir. Bu oran, intihar girişimlerinde depresyonun, diğer psikiyatrik rahatsızlıklar içerisinde, en etkili rahatsızlık olduğunu göstermektedir (Ceylan v.d., 2001: 154). İntihar hızı düşük olan ülkeler arasında gösterilmemize karşın, yapılan çeşitli araştırmalarda yurdumuzdaki intihar oranlarının hızla arttığı gözlenmektedir ( Dilsiz v.d., 1993: 124). 1974'te yapılan klasik bir çalışmada, depresif öyküsü olan kişilerin, intihar girişimleri oranı, psikiyatrik bir rahatsızlığı olmayanların 80 katıdır. Yine, ülkemizde yapılan bir çalışma, intihar nedeniyle hastaneye getirilen her 11 kişiden 10'nun, intihar girişimi öncesinde, depresif bir bozukluk geçirdiklerini ortaya koymuşken, A.Sır ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada, ülkemizdeki intihar hızında, %100'lük bir artış olduğu bulgulanmıştır (Altındağ v.d., 2001: 79).

**Tablo 78: Hastaların İntiharla İlgili Düşüncelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı**

Cinsiyet		İntiharla ilgili düşünceler					Toplam
		İntihar düşüncesine hiç sahip olmadım	İntihar düşüncelerim oldu	İntiharı değil de ölmüş olmayı istediğim oldu	İntihar planı yaptım ama böyle bir girişimim olmadı	İntihar girişimim oldu	
Erkek	Sayı	11	15	5	4	23	58
	%	19,0%	25,9%	8,6%	6,9%	39,7%	100,0%
		52,4%	62,5%	50,0%	66,7%	59,0%	58,0%
Kadın	Sayı	10	9	5	2	16	42
	%	23,8%	21,4%	11,9%	4,8%	38,1%	100,0%
		47,6%	37,5%	50,0%	33,3%	41,0%	42,0%
Toplam	Sayı	21	24	10	6	39	100
	%	21,0%	24,0%	10,0%	6,0%	39,0%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Görüştüğümüz hastaların, %39.0 gibi büyük bir oranı, bir veya daha fazla sayıda intihar girişiminde bulunmuşlardır. Hastaların %24.0' ü, intihar düşünceleri olduğunu belirtmişlerken, %6.0' ı da intihar planı yaptığını, ancak, intihar girişiminde bulunmadıklarını ifade etmişlerdir. Çeşitli araştırmalarda, kadınlar ve erkekler arasında, intihar oranları açısından farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Literatürde, kadınların erkeklerden 2 veya 4 kat daha fazla intihar girişiminde buldukları ifade edilmiştir (Şener v.d., 1996: 104). Bizim çalışmamızda ise, intihar girişiminde bulunan hastaların üçte ikisini (%59.0) erkekler, üçte birini (%41.0) ise, kadınlar oluşturmaktadır. Bu oranlar, intihar düşünceleri açısından ele alındığında, erkeklerin oranının, kadınların oranından iki kat daha fazla olduğu görülmüştür. Bu farklılık, araştırmamıza katılan erkek ve kadın hasta sayısındaki farklılıktan kaynaklanmış olabilir. Bu itibarla, erkek ve kadınlar kategorisinin her biri kendi içlerinde değerlendirildiğinde, gerek intihar girişimi ve gerekse intihar düşünceleri açısından anlamlı bir farklılık görülmemektedir. İntihar oranlarındaki bu farklılık, ekonomik krizin etkisiyle erkek hasta sayısındaki artış nedeniyle ortaya çıkmış olabilir.

**Tablo 79: Hastaların İntiharla İlgili Düşüncelerinin Depresyon Nedenleri Açısından Dağılımı**

Depresyon Sebepleri	İntiharla İlgili Düşünceler					
	İntihar düşüncesine hiç sahip olmadım	İntihar düşüncelerim oldu	İntiharı değil de ölmüş olmayı istediğim oldu	İntihar planı yaptım ama böyle bir girişimim olmadı	İntihar girişimim oldu	Toplam
Sevdiğimden ayrıldım	Sayı	1	1	2		7
	%	14,3%	14,3%	28,6%		100,0%
		4,8%	4,2%	20,0%		7,0%
Bir yakınımı kaybettim	Sayı	2	3	2		9
	%	22,2%	33,3%	22,2%		100,0%
		9,5%	12,5%	20,0%		9,0%
Aile huzursuzluğu	Sayı	9	9	2	3	36
	%	25,0%	25,0%	5,6%	8,3%	100,0%
		42,9%	37,5%	20,0%	50,0%	36,0%
Maddi sıkıntı	Sayı	4	7	2	1	22
	%	18,2%	31,8%	9,1%	4,5%	100,0%
		19,0%	29,2%	20,0%	16,7%	22,0%
Bir haksızlığa uğramam	Sayı	2	2			9
	%	22,2%	22,2%			100,0%
		9,5%	8,3%			9,0%
Kader	Sayı	1	1			4
	%	25,0%	25,0%			100,0%
		4,8%	4,2%			4,0%
Aile huzursuzluğu ve maddi sıkıntı	Sayı	2	1	2	2	13
	%	15,4%	7,7%	15,4%	15,4%	100,0%
		9,5%	4,2%	20,0%	33,3%	13,0%
Toplam	Sayı	21	24	10	6	100
	%	21,0%	24,0%	10,0%	6,0%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Depresyon sebebi olarak, gerek aile huzursuzluğu, gerek maddi sıkıntı ve gerekse bu iki sorunu birlikte işaretleyenlerin, intiharla ilgili en fazla işaretledikleri seçenek, “intihar girişimi” ifadesidir. İntihar girişimi olan bütün hastalar dikkate alındığında da, aynı sorunların, sırasıyla, aile huzursuzluğu (%36.1), maddi sıkıntı (%36.4) ve bu iki sorunun birlikte olduğu seçeneğin (%46.2), en yüksek değerlere sahip oldukları görülmektedir. Ancak, hastalarla görüşmelerimiz sonrasındaki şahsi kanaatimiz, intihar oranlarında, maddi sıkıntıların etkisinin, doğrudan olmayıp, aile sorunlarıyla birlikte





Yine, bu çalışmamızda, “eşiyle sürekli tartıştıklarını” belirtenler içerisindeki intihar girişimleri oranıyla, tüm intihar girişimleri içerisinde, “eşiyle sürekli tartıştıklarını” belirtenlerin oranı, birbiriyle aynı değerdedir ve oldukça yüksektir (%41.4). Araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde, psikiyatrik literatürde de, iletişim bozukluğu, rol çatışmaları ve sosyal destek eksikliği gibi sorunlar yaşayan ailelerde, intihar girişimlerinin yüksek olduğuna dair bol miktarda bulgular bulunmaktadır (Palabıykoğlu v.d., 1993: 121).

**Tablo 81: Hastaların İntiharla İlgili Düşüncelerinin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı**

Medeni Durum	İntihar Düşünceleri					Toplam	
	İntihar düşüncesine hiç sahip olmadım	İntihar düşüncelerim oldu	İntiharı değil de ölmüş olmayı istediğim oldu	İntihar planı yaptım ama böyle bir girişimim olmadı	İntihar girişimim oldu		
Bekar	Sayı	1	3	2	1	9	16
	%	6,3%	18,8%	12,5%	6,3%	56,3%	100,0%
Evli	Sayı	18	17	6	3	25	69
	%	26,1%	24,6%	8,7%	4,3%	36,2%	100,0%
Boşanmış	Sayı		3		2	2	7
	%		42,9%		28,6%	28,6%	100,0%
Eşi ölmüş	Sayı	1	1	1		2	5
	%	20,0%	20,0%	20,0%		40,0%	100,0%
Evli ama ayrı	Sayı			1			1
	%			100,0%			100,0%
İkinci evliliği	Sayı	1				1	2
	%	50,0%				50,0%	100,0%
Toplam	Sayı	21	24	10	6	39	100
	%	21,0%	24,0%	10,0%	6,0%	39,0%	100,0%

Birçok çalışmada, boşanmış, dul ve bekâr olanlardaki intihar oranlarının, evlilere kıyasla daha fazla olduğu ifade edilmiştir (Bekâroğlu v.d., 2000: 96-100). Yukarıdaki bilgilere paralel bir şekilde, bizim araştırmamızda da dul, boşanmış ve bekâr olanlarda, intihar girişimi, düşüncesi ve intihar planının daha fazla olduğu görülmüştür. Örneğin,

bekârlarda, intihar girişiminde bulunanların oranı %56.3, intihar düşüncesi olanların oranı %18.8, intihar planı olanların oranı ise, %6.3'tür. İntihar seçenekleri açısından, evliler, diğer gruplara kıyasla, daha iyi olsa da, beklentiler açısından, durumlarının pek de iyi olduğu söylenemez. "Evlilerin daha az intihar girişimi olur", şeklindeki bulguların aksine, araştırmamızda, evlilerin %36.2'si, intihar girişiminde bulunmuş, %4.3'ü, intihar planı yapmış ve %24.6'sı da, böyle bir düşünceye sahip olduklarını belirtmişlerdir. Bu oran, boşanmışların ifade ettikleri intihar girişimlerinin üstünde bir değeri (%28.6) ifade etmektedir. Ayrıca, bütün hastalar içerisindeki intihar girişimi vakaları arasında, evli olanların oranı, %64.1'dir ki bu oran, gerçekten de, diğer araştırma bulgularından farklı bir sonuçtur.

İyi bir evliliğin, ruhsal açıdan faydalı olduğu, öteden beri bilinen bir durumdur. Birbirlerine destek olan, duygusal açıdan samimi, içten bir beraberliğin, ruhsal sorunları olanları bile iyileştirdiğine dair, ciddi bulgular vardır. Ancak, insanların birbirlerine böylesine yakın, bağımlı olduğu bir grupta, yaşanacak sorunların da, o ölçüde yıkıcı olabileceği unutulmamalıdır. Çünkü, bu türden bir yakınlık ve bağımlılık içeren sosyal ilişkilerde, Cooser'in de ifade ettiği gibi, ilişki çatışmaları daha yoğun ve sarsıcı olur (Polama, 1993: 103). Özellikle, eşler arasındaki ilişkilerin yapısı esnek, açık ve seviyeli değilse, yaşanacak sorunların, daha derin ve patlamalı olması kaçınılmazdır.

Normalde, aile ve evlilik ilişkilerinde, çeşitli nedenlerden dolayı önemli değişmeler yaşandığı ve bunun da sorunlara yol açtığı bilinmektedir. Görüştüğümüz hastaların, ekonomik ve ailevi sorunlarının olması, eşleri ve diğer aile üyeleriyle problemler yaşıyor olmaları, onların yüksek intihar düşünce, plan ve intihar girişimi oranlarını açıklar niteliktedir.

**Tablo 82: Hastaların İnsanlara Duydukları Güvenin Geçmişte Yaşadıkları Olaylara Göre Dağılımı**

Çocukluk ve Gençlik Yıllarında Yaşanan Sarsıcı Olaylar	İnsanlara Güven Duygusu				
		İnsanların çoğuna güvenirim	İnsanların çoğuna güvenmem	İnsanların hiçbirine güvenmem	Toplam
Geçim Sıkıntısı	Sayı	1	13	13	27
	%	3,7%	48,1%	48,1%	100,0%
Aileden Ayrılık	Sayı	2	10	2	14
	%	14,3%	71,4%	14,3%	100,0%
Aile Huzursuzluğu	Sayı	4	11	11	26
	%	15,4%	42,3%	42,3%	100,0%
Bir Yakın Kaybı	Sayı	2	7	5	14
	%	14,3%	50,0%	35,7%	100,0%
Üzücü Bir Aşk	Sayı	1		5	6
	%	16,7%		83,3%	100,0%
Diğer	Sayı		1	1	2
	%		50,0%	50,0%	100,0%
Toplam	Sayı	10	42	37	89
	%	11,2%	47,2%	41,6%	100,0%

Bireylerin, çocukluk ve gençlik dönemlerinde, aileleri ile olan ilişkileri, ailelerinin kendilerine yönelik tutumlarıyla, yaşadıkları aile ortamları, onların daha sonraki yaşamlarında, ruhsal açıdan sağlıklı olup olmamalarını önemli ölçüde etkiler. De Wilde ve arkadaşları, intihar girişiminde bulunan kişilerin, ailelerinde yaptıkları araştırmalarda, bu ailelerdeki kişiler arası iletişim bozukluğunun veya bozuk işlevselliğin, dayanın, onları yalnızlığa iterek, intihar risklerini arttırdığını ortaya koymuşlardır (Palabıykoğlu, 1993: 121). Bizim çalışmamızda, bu ifadeyi doğrulayan bir sonuç olarak; geçmişte, çocukluk yıllarında, aile huzursuzluğu olduğunu dile getiren hastaların %42.3'ü, insanların hiçbirine güvenmediklerini ifade etmişlerken yine, hastaların %42.3'ü de, çoğu insana güvenmediklerini dile getirmişlerdir. Benzeri bir başka soruda da, tablo 82'de görüleceği gibi, yine, geçmişte, çocukluk yıllarında aile huzursuzlukları olduğunu belirten hastaların %42.3'ü, sevinç ve kederlerini paylaşabilecekleri kimseleri olmadıklarını belirtmişlerdir.

Yine, bir başka çalışmada ise, ayrılığa tahammülsüz, empati gösteremeyecek kadar birbirine yapışık, yas karşısında veya bir kriz anında dayanıksız, bireysel ve sosyal alanlarda rol yetersizliği özelliklerine sahip olan ailelerin, intihar riskini arttıran, aile ortamları olduğu ifade edilmiştir (Aşkın, 1999: 224). Ailenin, çocuğuna yönelik kötü

tutumları ve genel olarak da, aile içi sorunlar, bu tür ailelerde yetişen kişilerin özgüvenlerinin ve öz değerlerinin düşmesine neden olabileceğinden, ileriki yıllarda yaşanan bir reddedilme veya hayal kırıklığı, bu kişilerin depresyona girmelerine ve sonra da intihara yönelmelerine yol açmaktadır.

**Tablo 83: Hastaların Yetiştikleri Aile Ortamlarının İntihara İlişkin Düşünceleri Açısından Dağılımı**

Hastaların Yetiştikleri Aile Ortamları	İntiharla İlgili Düşünceler					
	İntihar düşüncesine hiç sahip olmadım	İntihar düşüncelerim oldu	İntiharı değil de ölmüş olmayı istediğim oldu	İntihar planı yaptım ama böyle bir girişimim olmadı	İntihar girişimim oldu	Toplam
Rahat ve huzurlu bir aile ortamı vardı	Sayı	12	6	4	5	27
	%	44,4%	22,2%	14,8%	18,5%	100,0%
Başka ailelere göre ailemizde sevgi ve hoşgörü pek azdır	Sayı	1	6	1	2	3
	%	7,7%	46,2%	7,7%	15,4%	23,1%
Ailemizde sürekli kavga ve dayaklar olurdu	Sayı	5	6	1	18	30
	%	16,7%	20,0%	3,3%	60,0%	100,0%
Ailemizde ara sıra tartışma olurdu	Sayı	1	1	1	1	6
	%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	60,0%
Ailemizde alkol nedeniyle sorunlar yaşadık	Sayı	1	1		1	5
	%	12,5%	12,5%		12,5%	62,5%
Sorunlar nedeniyle bazen evi bile terketmek istemişimdir.	Sayı	1	3	1	2	2
	%	11,1%	33,3%	11,1%	22,2%	22,2%
Toplam	Sayı	21	23	8	6	39
	%	21,6%	23,7%	8,2%	6,2%	40,2%

Anketimizdeki ilgili soruya aldığımız cevaplarda, geçmişte, ailelerinin, kendilerine yönelik tutumlarını değerlendiren hastalar içersinde, ailesinde sürekli kavga ve dayaklar olduğunu ifade edenlerin %60.0'ı ve evlerinde alkol nedeniyle sorunlar yaşadıklarını belirtenlerin de %62.2'si, intihar girişiminde bulduklarını belirtmişlerdir. Halbuki, Tabloda olduğu gibi, aile ortamlarını rahat ve huzurlu olarak belirtenlerin, sadece, %18.5'inde intihar girişimi görülmektedir. Ayrıca, bütün intihar girişimleri içerisinde, ailesinde sürekli kavga ve dayaklar olduğunu belirtenlerin oranının, %46.2 olması, yani, neredeyse bütün intihar girişimlerinin yarısını oluşturması, aile içi huzursuzluğun ve kötü muamelenin, yıllar sonra bile, ruhsal sağlık üzerindeki olumsuzlaştırıcı etkisini açıkça

göstermektedir. Bir anlamda, aile geçmişinin, bireyin duygusal dayanıklılığını, olumsuz durumlar karşısındaki kırılabilirliğini belirleyen bir etken olduğu söylenebilir.

**Tablo 84: Ailede Alkol Kullanımıyla Hastaların İntihar Düşünceleri Arasındaki İlişkinin Dağılımı**

İntiharla İlgili Düşünceler		Ailesinde Alkol Kullanan Kişiler				Toplam
		Kendim	Babam	Kardeşim	Eşim	
İntihar düşüncesine hiç sahip olmadım	Sayı	6	1	1	1	9
	%	66,7%	11,1%	11,1%	11,1%	100,0%
	%	20,0%	33,3%	20,0%	12,5%	19,6%
İntihar düşüncelerim oldu	Sayı	9		2	3	14
	%	64,3%		14,3%	21,4%	100,0%
	%	30,0%		40,0%	37,5%	30,4%
İntiharı değil de ölmüş olmayı istediğim oldu	Sayı	2				2
	%	100,0%				100,0%
	%	6,7%				4,3%
İntihar planı yaptım ama böyle bir girişimim olmadı	Sayı	3			1	4
	%	75,0%			25,0%	100,0%
	%	10,0%			12,5%	8,7%
İntihar girişimim oldu	Sayı	10	2	2	3	17
	%	58,8%	11,8%	11,8%	17,6%	100,0%
	%	33,3%	66,7%	40,0%	37,5%	37,0%
Toplam	Sayı	30	3	5	8	46
	%	65,2%	6,5%	10,9%	17,4%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

İntihar girişimlerinde, nedensel faktörler sıralamasında, depresyondan sonra, ikinci sırayı, alkol kötüye kullanımı almaktadır. Ailesinde, alkol kullananların, aile işlevselliği açısından önemli sorunlar yarattığı bilinmektedir. Yaptığımız çalışmada, ailesinde alkol kullananların, intihar açısından en riskli hastalar olduğu, daha önce de ifade edilmişti. Ayrıca, Tablo 84'e dikkat edilirse, alkol kullandığını ifade edenlerin, intiharla ilgili en fazla dile getirdikleri seçeneğin intihar girişimi (%33.3) olduğu görülmektedir. Ayrıca, buna paralel olarak bu konuda dile getirmek istediğimiz bir başka husus da, alkol kullandığını belirten hastaların, geçmişle ilgili en sarsıcı yaşantılarının; sırasıyla, geçim sıkıntısı (%33.3), aile huzursuzlukları (%30.3), aileden ayrı olma (%16.7) ve bir yakın kaybı (%13.3)'dir.

**Tablo 85: İntihar Etmekten Alıkoyan Nedenlerin Cinsiyete Göre Dağılımı**

		İntihardan Alıkoyan Nedenler					Toplam	
		Günah olur	Yakınlarım üzülür	Cesaret edememem	Yaşamdan ümitsiz olmam	Hiçbirşey		
Cinsiyet	Erkek	Sayı	29	9	6	6	5	55
		%	52,7%	16,4%	10,9%	10,9%	9,1%	100,0%
		%	59,2%	56,3%	50,0%	75,0%	41,7%	56,7%
Kadın	Kadın	Sayı	20	7	6	2	7	42
		%	47,6%	16,7%	14,3%	4,8%	16,7%	100,0%
		%	40,8%	43,8%	50,0%	25,0%	58,3%	43,3%
Toplam	Toplam	Sayı	49	16	12	8	12	97
		%	50,5%	16,5%	12,4%	8,2%	12,4%	100,0%
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Yaptığımız bu araştırmada, hastaların kendilerini intihardan uzaklaştıran sebepler arasında ilk sırayı %50.5 oranıyla “günah olur” anlayışı, ikinci sırayı (%16.5) “yakınlarım üzülür” ifadesi almışken, üçüncü sırayı %12.4 değeri ile “hiçbir şey” diyenlerin almış olması düşündürücüdür. Verilerden de anlaşılacağı üzere, İslamiyet’in, intiharı yasaklayan buyrukları ve toplumumuzda her şeye rağmen, aile bağlarının güçlü olması, intiharların artmamasında, önemli faktörler olarak belirtilebilir. Ayrıca, Tanrı inancı da yaşanan sıkıntıların üstesinden gelmede veya bu sıkıntıları dini bir perspektifle yorumlamada etkili olabilir.



**Tablo 86: Hastaların İntihar Düşüncelerinin Aile Genişlikleri Açısından Dağılımı**

Hastaların Kardeş Sayısı	İntihar Düşünceleri						
		İntihar düşüncesine hiç sahip olmadım	İntihar düşüncelerim oldu	İntiharı değil de ölmüş olmayı istediğim oldu	İntihar planı yaptım ama böyle bir girişimim olmadı	İntihar girişimim oldu	Toplam
Bir	Sayı		1				1
	%		100,0%				100,0%
			4,2%				1,0%
İki	Sayı	1	1			1	3
	%	33,3%	33,3%			33,3%	100,0%
		4,8%	4,2%			2,6%	3,0%
Üç	Sayı	2	1	3	1	6	13
	%	15,4%	7,7%	23,1%	7,7%	46,2%	100,0%
		9,5%	4,2%	30,0%	16,7%	15,4%	13,0%
Dört	Sayı	2	4	2	2	2	12
	%	16,7%	33,3%	16,7%	16,7%	16,7%	100,0%
		9,5%	16,7%	20,0%	33,3%	5,1%	12,0%
Beş	Sayı	3	3		1	5	12
	%	25,0%	25,0%		8,3%	41,7%	100,0%
		14,3%	12,5%		16,7%	12,8%	12,0%
Altı	Sayı	1	4	3		7	15
	%	6,7%	26,7%	20,0%		46,7%	100,0%
		4,8%	16,7%	30,0%		17,9%	15,0%
Yedi ve daha yukarı	Sayı	12	10	2	2	18	44
	%	27,3%	22,7%	4,5%	4,5%	40,9%	100,0%
		57,1%	41,7%	20,0%	33,3%	46,2%	44,0%
Toplam	Sayı	21	24	10	6	39	100
	%	21,0%	24,0%	10,0%	6,0%	39,0%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Kalabalık ailelerden gelen bireylerin, daha fazla intihar girişiminde bulunduğu dair, çeşitli çalışmalar vardır. Bu tür ailelerde, çocuk sayısının fazlalığı nedeniyle, annenin, çocuklarına yeterli bir ilgi gösteremediği ve bu nedenle de, bu tür ailelerden gelen çocukların, aynalama yönünden eksik kalarak, değersizlik ve yalnızlık duyguları geliştirdikleri ifade edilmektedir (Çuhadaroğlu, 1993: 31). Bizim çalışmamızda da, intihar girişiminin, en fazla görüldüğü grupların, kalabalık aileler olduğunu ifade edebiliriz. Tabloda da görüleceği gibi, 5 kardeşe sahip olduklarını söyleyen kişilerin

**%41.7' si, 6 kardeşi olduğunu söyleyenlerin %46.7'si ve 7 ve üzeri sayıda kardeşi olduğunu söyleyenlerin de, %40.9' u, intihar girişiminde bulduklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca, bütün intihar girişiminde bulunan hastalar içerisinde, intihar girişiminde bulunanların %76.9'u, 5 ve üzeri sayıda kardeşi olan kişilerdir. Ancak, yukarıdaki bulguları dikkate almakla birlikte, aile kalabalıklığının, intihar girişimi üzerindeki etkisinin, ara değişken niteliğinde olduğunu düşünüyoruz. Yani, ailedeki kalabalıklığın, üye sayısı fazlalığının, bu ailelerin sahip oldukları sosyo-ekonomik düzeyden daha önemli olmadığını ve dolayısıyla da, bu tür ailelerdeki, sosyo-ekonomik ve kültürel seviyenin düşüklüğünün, asıl problem olduğunu söyleyebiliriz.**

**Bir başka husus da, hastalarla mülakatımız esnasında şahit olduğumuz gibi, aile üyeleri arasındaki bağların, çeşitli nedenlerle gevşemesi veya kopmasıdır ki, bu konunun artmakta olan depresyon ve intihar vakalarında, gerçekten, büyük bir öneme sahip olduğunu belirtmeliyiz. Belki de, kalabalık ailelerdeki bireylerin, kendilerine olan güvenlerinin daha fazla olabileceği ve bunun da, onların ruh sağlığında, olumlu bir etkisi olabileceği dahi söylenebilir. Nitekim, sadece, geniş ailelerde değil, bazı çalışmalarda, çekirdek ailelerde de iletişim ve etkileşim yetersizliği olduğu izlenimine varılmıştır (Dilsiz v.d., 1993: 127).**

**Tablo 87: İntihar Düşüncelerinin Hastaların Ailelerinden Ayrı Kalmaları Açısından Dağılımı**

Ailesinden Ayrı Kalanların Birlikte Kaldığı Kişiler	İntihar Düşünceleri					Toplam	
	İntihar düşüncesine hiç sahip olmadım	İntihar düşüncelerim oldu	İntiharı değil de ölmüş olmayı istediğim oldu	İntihar planı yaptım ama böyle bir girişimim olmadı	İntihar girişimim oldu		
Amcanın yanında	Sayı	1				1	2
	%	50,0%				50,0%	100,0%
Ninenin yanında	Sayı		2	1	1	1	5
	%		40,0%	20,0%	20,0%	20,0%	100,0%
Yalnız	Sayı	6	9	2	3	12	32
	%	18,8%	28,1%	6,3%	9,4%	37,5%	100,0%
Diğer	Sayı		3			2	5
	%		60,0%			40,0%	100,0%
Toplam	Sayı	7	14	3	4	16	44
	%	15,9%	31,8%	6,8%	9,1%	36,4%	100,0%

Araştırmamızda, ortaya çıkan bir başka husus da, geçmişte, çocuk ve genç yaşta, ailelerinden ayrı kalanların ve ayrıca şu anda yalnız yaşayanların, intihar girişimleri oranlarının fazlalığıdır. Örneğin, tabloda da görüldüğü gibi, şu anda yalnız kalanların %60'ı, intihar girişiminde bulduklarını, geçmişte ailesinden ayrı, yalnız başlarına kalanların ise, %37.5'i, intihar girişiminde bulduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, ailesinden ayrı, bir başkasının yanında kalanların, intihar girişimi, düşünce ve planları oranlarının da genel anlamda, yüksek olduğu görülmektedir.

Daha önce belirtildiği gibi, gençlik veya çocuk denecek yaşlarda aileden ayrı kalmamın, üstelik yalnız başına yaşamamanın, depresyonun oluşmasında, önemli bir etkisi vardır. Dolayısıyla, araştırmamızdaki çocukluk, gençlik ve ergenlik dönemlerinde, ailelerinden ayrı kalanların, intihar girişimlerini de, bu bağlamda yorumlayabiliriz. Çocuk veya ergen, ebeveyninden, tam olarak ayrışamadığından, bu dönemde yaşanan bir ayrılığın, ruhsal yapıyı sarsması beklenir bir durumdur.



Yaş ve intihar arasındaki ilişkiyi ele alan araştırmalarda, gençlerin, daha fazla intihar girişiminde bulunduğu ifade edilmektedir. Ruh sağlığı uzmanlarına göre, depresyon, gençlerde, en önemli sebep olup, bu gruptaki intihar riski, genel nüfusunünin 30 katıdır. 1985 Devlet İstatistik Enstitüsü verilerine göre, intiharların %30-35'i, 14 yaş üzerindeki adolesanlarda görülmektedir (Çuhadaroğlu, 1993: 29). Ancak, bizim araştırmamızda, gençlerin sayısının düşüklüğü, bu konuda yeterli bir yorum yapmamıza olanak vermemektedir. F.Ü Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisi'nde araştırma yapmamıza izin verilmediği için, örneklemimizin büyük bir kısmını, Elazığ Akıl ve Ruh Sağlığı Hastanesi'ndeki hastalardan oluşuyor olması, bu araştırmadaki genç sayısının az çıkmasına neden olmuş olabilir. Ancak, yine de, 15- 19 yaş grubundaki hastaların %50'sinin ve 20-24 yaş grubundakilerin de %25'inin, intiharı denemiş olması, bu konuda bir bilgi verir niteliktedir. Bu gençlerde, aile ve evlilik sorunu başta olmak üzere, sevdiği birinden ayrılma, alkol kullanımı, parçalanmış bir aileden gelme, yanlış ilişki, kimlik bunalımı ve işsizlik problemleri tespit edilmiştir.

İntihar girişimi olan hastaların yaş grupları dikkate alındığında, 25-45 yaş diliminde, en yüksek değere (%84.4) ulaşan yüzde oranının, bu grup içinde bulunan, orta yaş denebilecek, 30-34 yaş grubu içerisindekilerde, zirveye (%51.9) ulaştığı görülmektedir. Bunu ise, daha sonra %17.9'luk eşit oranlarıyla, 25-29 ve 35-39 yaş dilimindeki kişiler oluşturmaktadır. Hayatın en aktif ve sorunlu dönemleri olması itibarıyla, aile ve işle ilgili sıkıntıların, yukarıda belirtilen yaş dönemlerinde yoğunlaşmaları, intihar girişiminin, bu yaş gruplarındaki yoğunlaşmasını açıklar niteliktedir. Bu yaş grubu, yakınların kaybedildiği, hayallere, hedeflere ne kadar ulaşıldığının, geçmiş ve gelecek sorgulamasının yapıldığı bir yaş dönemini ifade ettiğinden; sosyal ve ekonomik olarak olumsuz durumdaki kişilerin, bu dönemde sıkıntılı olmaları, tahmin edilebilir bir durumdur.

**Tablo 89: Hastaların İntiharla İlgili Düşüncelerinin Mesleklere Göre Dağılımı**

Meslekler	İntiharla İlgili Düşünceler						Toplam
	İntihar düşüncesine hiç sahip olmadım	İntihar düşüncelerim oldu	İntiharı değil de ölmüş olmayı istediğim oldu	İntihar planı yaptım ama böyle bir girişimim olmadı	İntihar girişimim oldu		
Memur	Sayı	2	5	2	1	12	22
	%	9,1%	22,7%	9,1%	4,5%	54,5%	100,0%
		9,5%	20,8%	20,0%	16,7%	30,8%	22,0%
Serbest İşçi	Sayı	2	1	1	1	1	6
	%	33,3%	16,7%	16,7%	16,7%	16,7%	100,0%
		9,5%	4,2%	10,0%	16,7%	2,6%	6,0%
Kamu İşçisi	Sayı	3	1			5	9
	%	33,3%	11,1%			55,6%	100,0%
		14,3%	4,2%			12,8%	9,0%
Esnaf	Sayı	2	2				4
	%	50,0%	50,0%				100,0%
		9,5%	8,3%				4,0%
Ev Hanımı	Sayı	9	9	4	1	12	35
	%	25,7%	25,7%	11,4%	2,9%	34,3%	100,0%
		42,9%	37,5%	40,0%	16,7%	30,8%	35,0%
Emekli	Sayı	1	1	1	1	2	6
	%	16,7%	16,7%	16,7%	16,7%	33,3%	100,0%
		4,8%	4,2%	10,0%	16,7%	5,1%	6,0%
Çiftçi	Sayı	1	3			1	5
	%	20,0%	60,0%			20,0%	100,0%
		4,8%	12,5%			2,6%	5,0%
İşsiz	Sayı		1	1	2	5	9
	%		11,1%	11,1%	22,2%	55,6%	100,0%
			4,2%	10,0%	33,3%	12,8%	9,0%
Diğer	Sayı	1	1	1		1	4
	%	25,0%	25,0%	25,0%		25,0%	100,0%
		4,8%	4,2%	10,0%		2,6%	4,0%
Toplam	Sayı	21	24	10	6	39	100
	%	21,0%	24,0%	10,0%	6,0%	39,0%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Meslekler açısından, intihar düşünce, planı ve intihar girişimlerine dikkat edildiğinde, en fazla yoğunlaşmanın, memurlarda (%30.8) ve ev hanımlarında (%30.8) olduğu, daha sonra ise, bunu, %12.8 oranıyla işsizlerin ve kamu işçilerinin takip ettiği



gözlemlenmiştir. Ancak, meslekler, intihar düşünceleri açısından, kendi içlerinde değerlendirildiğinde, %55.6 oranlarıyla, kamu işçilerinin başı çektiği görülmektedir.

Gelir durumları iyi olan bazı hastaların, iş kurma amacıyla borçlanıp zor duruma düşmelerinde de gördüğümüz gibi, sahip olunan yüksek beklentiler ve bunların sonrasında yaşanan hayal kırıklıkları, ruhsal anlamda yaralayıcıdır. Belki de, parasal anlamda birtakım amaçlara ulaşmak, tatmin düzeyini düşürerek beklentiler oranında kınlanlığı artırıyor olabilir. Ancak, bu bağlamda, belki de, en doğru ifade, araştırmamıza katılan kamu işçilerinin durumunda olduğu gibi, paranın, her şey anlamına gelmediğidir.

Bununla birlikte, maddi sorunların ciddi sıkıntılara neden olduğunu biliyoruz. Bu anlamda, işsizlerin içerisinde, "intihar düşüncesine hiç sahip olmadım" diyen birinin bulunmamasının anlamlı olduğunu belirtmeliyiz. Ayrıca, işsizlerin intiharla ilgili düşünceleri içerisinde intihar girişiminin, %55.6 değerle, en yüksek oranı ifade etmesi dikkate değerdir. Ev hanımlarının, aile içinde üstlendikleri duygusal fonksiyonları itibariyle, yaşadıkları evlilik ve aile sorunları karşısında ezilmeleri, küçüklükten itibaren aşırı bağımlılıkları nedeniyle, sorunlarına yeterli bir çözüm bulamamaları, bu ezik konumlarının bir sonucu olarak, günah keçisi haline gelmeleri, yeterli sosyal destek bulamamaları, devletin bu kesime ne ekonomik ve ne de sosyal bir güvence vermemesi, bu kesimin intihar oranlarının yüksekliğini anlamamızda, önemli hususlar olarak göze çarpmaktadır.

Yetersiz eğitimleri ile çocuk denebilecek yaşlarda evlenmiş olan çoğu ev hanımı, onur kırıcı muameleden, şiddete varıncaya kadar, ciddi aile sorunlarıyla karşılaştıklarını ve yaşadıkları sorunlar karşısında, çaresizlikleri nedeniyle, intihar girişiminde bulduklarını belirtmişlerdir. Ev hanımlarının intiharlarında genelde, onur kırıcı olayların, tartışmaların, şantaj ve tehditlerin tetikleyici olduğunu, ayrıca, yaşadıkları olayların ve hastalıklarının verdiği acıya dayanamamalarının, kendi deyimleriyle sabır gösteremeyişlerinin etkili olduğunu ifade edebiliriz. Örneğin, bir hasta, eşiyile tartışmalarını anlatırken, kocasının sürekli olarak, kendisine, "ben seni babandan parayla aldım....." diyerek, hakaretlerde bulunmasını, konuşma boyunca, dile getirmiştir. Trabzon'da yapılan bir çalışmada, bu bulgulara paralel bir şekilde, işsizlik ve düşük sosyo- ekonomik düzey ile intihar girişimi arasında, bir ilişkinin varlığına dikkat çekilmiştir (Bekâroğlu, v.d., 1999: 194-196).

**Tablo 90: İntihar Girişimlerinin Ekonomik Sıkıntılara Göre Dağılımları**

Ekonomik Sıkıntılar	İntihar Girişimi						Toplam
	İntihar düşüncesine hiç sahip olmadım	İntihar düşüncelerim oldu	İntiharı değil de ölmüş olmayı istediğim oldu	İntihar planı yaptım ama böyle bir girişimim olmadı	İntihar girişimim oldu		
Herhangi bir problemim olmadı	Sayı	6	7	2	1	7	23
	%	26,1%	30,4%	8,7%	4,3%	30,4%	100,0%
	%	30,0%	29,2%	20,0%	16,7%	18,4%	23,5%
	%	6,1%	7,1%	2,0%	1,0%	7,1%	23,5%
Aşırı borçlanma	Sayı	3	5	4		10	22
	%	13,6%	22,7%	18,2%		45,5%	100,0%
	%	15,0%	20,8%	40,0%		26,3%	22,4%
	%	3,1%	5,1%	4,1%		10,2%	22,4%
İşlerdeki kötü gidişat	Sayı	2	1	1	2	4	10
	%	20,0%	10,0%	10,0%	20,0%	40,0%	100,0%
	%	10,0%	4,2%	10,0%	33,3%	10,5%	10,2%
	%	2,0%	1,0%	1,0%	2,0%	4,1%	10,2%
Para sıkıntısı	Sayı	7	9	3	1	13	33
	%	21,2%	27,3%	9,1%	3,0%	39,4%	100,0%
	%	35,0%	37,5%	30,0%	16,7%	34,2%	33,7%
	%	7,1%	9,2%	3,1%	1,0%	13,3%	33,7%
Dolandırılma	Sayı	2	2		2	4	10
	%	20,0%	20,0%		20,0%	40,0%	100,0%
	%	10,0%	8,3%		33,3%	10,5%	10,2%
	%	2,0%	2,0%		2,0%	4,1%	10,2%
Toplam	Sayı	20	24	10	6	38	98
	%	20,4%	24,5%	10,2%	6,1%	38,8%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	%	20,4%	24,5%	10,2%	6,1%	38,8%	100,0%

Görüşüğümüz hastalar içindeki işsizlerin durumu da, ev hanımlarının durumundan pek farklı değildi. Onlar da, ekonomik sorunları nedeniyle, eşleriyle tartışıp, problem yaşadıklarını“ düşükleri durumdan ziyade, çevrelerindeki yakınlarının ağır eleştirilerden, hakaretlere varıncaya kadar, suçlayıcı, onur kırıcı sözler nedeniyle, bazıları, mihnet durumuna düşmeyi erkeklığe yediremedikleri için, bazıları da, yapılan haksızlıklara tahammül edemeyip, suçlu gördükleri kişiyi öldüremedikleri için, bazıları, ailesine zarar verip onları utandırdığı veya zor duruma düşürdüğü için, bazıları yakınlarına ders olsun diye, bazıları da şuurunu kaybettiği için, intihar girişiminde bulduklarını belirtmişlerdir.

Özellikle, erkek hastalarımızın, ekonomik ve mesleki sorunları ve bunların niteliği, onların intihar düşünce ve girişimlerinde, dikkat çekicidir. Tablo 90'a dikkat edildiğinde, maddi sıkıntıları nedeniyle depresyona girdiklerini belirtenlerin, intihar girişimleri oranı, %36.4 değeriyle, aynı sorudaki seçenekler içerisinde, en yüksek değerdir. Örneğin, Tabloda da görüleceği gibi, çeşitli ekonomik sorunları olan hastaların, intihar düşünce, plan ve girişimleri oldukça yüksektir. Bu tür sorunları olduğunu ifade eden hastalar içerisinde, intihar girişimi oranları, sırasıyla, aşırı borçlanma (%45.5), dolandırılma (%40.0), işlerdeki kötü gidişat (%40.0) ve %39.4 değeriyle de para sıkıntısıdır. Kısacası, intihar girişimi olan hastaların %81.6'sının, çoğu, ciddi olmak üzere, ekonomik sorunları vardır. Ekonomik sıkıntısı olup da intihar girişimi olanlar içerisindeki en yüksek oranlar ise, %32.2 ile para sıkıntısı ve %26.3 ile aşırı borçlanma problemidir. Görüşmelerimiz esnasında, özellikle, aşırı borçlanan ve dolandırılan kişilerin, yaşadıkları bu sorunlarını, gurur meselesi haline getirerek, kendilerini acımasız bir şekilde yargıladıklarını belirtmeliyiz. Ancak, özellikle de erkeklerde, bu gurura düşkünlüğün, sadece, maddi sıkıntılarla ilgili olmayıp, ailevi konularda da ciddi bir etken olduğunu söyleyebiliriz.

Durup dururken, devalüasyon nedeniyle, borçlarını ödeyemez hale gelen ve para sıkıntısı nedeniyle de, kendilerini çaresiz ve dolayısıyla da, değersiz hisseden bu insanların, kontrol edemedikleri bir yaşam hissine kapılmamaları mümkün değildir. Bireylerin, hayat karşısındaki kontrollerinin düşüklüğü ise, bir çok kişi tarafından, psikolojik sorunların temeli olarak gösterilmiştir. Hayatını kontrol edebilme zaafı, bireyin narsizmine indirilen büyük bir darbedir. Modern zamanlarda, hayat akışı karşısında biçare kalmak, belki de modern bireyin kaldıramayacağı, yegane sorunlarından biri olmaya adaydır. Bu kontrol algısının zayıflığı ve belirsizlik duygusu, hastaların gururuyla birleşerek, derin bir öfkeye neden olmaktadır. Öfke ise, önce sahibini vurur. Belki de intihar girişimleri, bu hastaların hayatlarındaki belirsizlik ve kontrol eksikliklerine verdikleri bir cevaptır. Çünkü, intihar girişimi, bireyin kendi hayatını kontrol edebileceği düşüncesini yaratan, en riskli duygu yanıltmasıdır.

**Tablo 91: Hastaların İntiharla İlgili Düşüncelerinin Geleceğe İlişkin Ümitleri Açısından Dağılımı**

		İntiharla İlgili Düşünceler					Toplam
		İntihar düşüncesine hiç sahip olmadım	İntihar düşüncelerim oldu	İntiharı değil de ölmüş olmayı istediğim oldu	İntihar planı yaptım ama böyle bir girişimim olmadı	İntihar girişimim oldu	
Gelecekle İlgili Düşünceleri							
Gelecek benim için ümit dolu ve gelecekte endişeli değilim	Sayı	6	3	3	1	4	17
	%	35,3%	17,6%	17,6%	5,9%	23,5%	100,0%
Gelecek benim için ümit dolu ama gelecekte endişeliyim	Sayı	3	4	1	3	7	18
	%	16,7%	22,2%	5,6%	16,7%	38,9%	100,0%
Gelecek benim için ümitsiz ve gelecekte endişeliyim	Sayı	7	9	2	2	20	40
	%	17,5%	22,5%	5,0%	5,0%	50,0%	100,0%
Gelecekte ötürü oldukça endişeliyim	Sayı	5	8	4		8	25
	%	20,0%	32,0%	16,0%		32,0%	100,0%
Toplam	Sayı	21	24	10	6	39	100
	%	21,0%	24,0%	10,0%	6,0%	39,0%	100,0%

Bireylerin, gelecekleriyle ilgili düşünce, beklenti ve umutlarının, endişelerinin intihar girişimiyle, yakından alakası vardır. Ülkemizin ağır ekonomik ve sosyal koşullarının, zaman zaman siyasi istikrarsızlıklarla, çoğu zaman da yolsuzluk ve usulsüzlüklerle, adaletsizliklerle dolu, olumsuz tablosunun, haklı olarak, ülke insanlarının gelecekle ilgili ümitlerinin azalarak, endişelenmelerine neden olmaktadır. Yaşadıkları koşulların zorluğu, yarının belirsizlikleriyle birleşince, bireylerin ruhsal sağlıkları bozulmaktadır.

E. Fromm, intiharların çoğunun, yaşamın başarısız geçtiği ve artık yaşanmaya değer olmadığı duygusundan kaynaklandığını belirtir. O'na göre, tıpkı bir iş adamı gibi, diğer insanlar da kayıpların, kazançlara ağır bastığı ve kayıpların yerine konulma imkanının kalmadığı zamanlarda, iflasını açıklar gibi, intihar ettiklerini belirtir (Fromm, 1990: 166). Anketimizde, gelecekle ilgili ümit ve endişelerini dile getiren hastalar içerisinde, tablo 91'de görüleceği gibi, gelecek ümidi olmayan ve gelecek endişesi taşıyanların, en fazla intihar girişim oranlarına sahip oldukları, tespit edilmiştir. Bir anlamda, gelecek ümidi ile intihar girişimi oranları arasında, ters bir orantının varlığı göze çarpmaktadır.

**Tablo 92: Hastaların Geçmişle ilgili Düşünceleri ve İntihar Düşünceleri Arasındaki İlişkinin Dağılımı**

Hastaların Geçmişleriyle İlgili Düşünceleri		İntiharla İlgili Düşünceler					Toplam
		İntihar düşüncesine hiç sahip olmadım	İntihar düşüncelerim oldu	İntiharı değil de ölmüş olmayı istediğim oldu	İntihar planı yaptım ama böyle bir girişimim olmadı	İntihar girişimim oldu	
İstediğim gibi bir hayat yaşadım	Sayı	2	2	1		3	8
	%	25,0%	25,0%	12,5%		37,5%	100,0%
İstediğim gibi bir hayat yaşayamadım ve yaşadıklarımın üzüldüğüm	Sayı	12	11	2	2	23	50
	%	24,0%	22,0%	4,0%	4,0%	46,0%	100,0%
İstediğim gibi bir hayat yaşayamadım, yaşadıklarımın pişmanlık duyuyorum	Sayı	7	11	7	4	13	42
	%	16,7%	26,2%	16,7%	9,5%	31,0%	100,0%
Toplam	Sayı	21	24	10	6	39	100
	%	21,0%	24,0%	10,0%	6,0%	39,0%	100,0%

Tabloya dikkat edilirse, bu hastaların, gelecekle ilgili endişeleri, ümitsizlikleri, psikolojik bir varsayım olmayıp, tersine, yaşadıkları zorlukların ve hayal kırıklıklarının bir sonucudur. Tablo 51'e görüleceği gibi, görüşülen hastaların önemli bir kısmı (%60), hedeflerinin hiçbirine, azımsanmayacak bir kısmı da, çok az amacına ulaştıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, aynı tabloda, hastaların isteklerine, hedeflerine ulaşma düzeyi ile intihar girişimleri arasında ters bir ilişkinin varlığı göze çarpmaktadır. Dikkat edilirse, isteklerine ulaşamayan ve bu nedenle de üzüldüklerini, geçmişten pişmanlık hissettiklerini belirtenlerin, intihar girişimi oranları fazla, isteklerine ulaştıklarını söyleyenlerin intihar girişimleri oranı ise, oldukça düşüktür. Dikkat edilirse, bütün intihar girişimleri içerisinde geçmişinden tatmin olmadıklarını belirtenlerin oranı, yaklaşık olarak %90'ı aşmaktadır.



**Tablo 93: Üzücü Olayları Yorumlama Tarzının İntihar Düşünceleri Açısından Dağılımı**

Yaşanılan Üzücü Olayları Yorumlama Tarzı	İntihar Düşünceleri						Toplam
	İntihar düşüncesine hiç sahip olmadım	İntihar düşüncelerim oldu	İntiharı değil de ölmüş olmayı istediğim oldu	İntihar planı yaptım ama böyle bir girişimim olmadı	İntihar girişimim oldu		
Üzücü olayları öncelikle kadere bağlarım	Sayı	8	10	1	3	11	33
	%	24,2%	30,3%	3,0%	9,1%	33,3%	100,0%
Üzücü olaylar öncelikle kendim yüzündendir	Sayı	8	5	5	1	11	30
	%	26,7%	16,7%	16,7%	3,3%	36,7%	100,0%
Üzücü olayları öncelikle sosyo ekonomik şartlara bağlarım	Sayı	4	9	2	2	8	25
	%	16,0%	36,0%	8,0%	8,0%	32,0%	100,0%
Üzücü olaylar yakınlarım yüzündendir	Sayı			2		9	11
	%			18,2%		81,8%	100,0%
Toplam	Sayı	20	24	10	6	39	99
	%	20,2%	24,2%	10,1%	6,1%	39,4%	100,0%

Yaşama ve olaylara bakış tarzımız, dünya görüşümüzle, zihniyet kalıplarımızla yakından alakalıdır. Üzücü olayları değerlendirirken, bu zihniyet kalıplarının, duygusal ve ruhsal yapımızı büyük ölçüde etkilediği bilinmektedir. Bu anlamda, depresyonlu ve intihar girişimi olan hastaların, kaderci bakış açısına sahip olup olmamalarının değerlendirilmeleri, önem taşımaktadır. Kaderci bakış tarzının, üzücü olayları yorumlamada, telafi edici etkisinin olduğu bilinmektedir. Halbuki, hastaların üzücü olayları kadere, kendilerine veya diğer sebeplere bağlayarak açıklamalarının, intihar girişimleri açısından ciddi bir fark oluşturmadığı, hatta, üzücü olayları kadere bağlayarak, açıklayanların, intihar girişimlerinin, daha fazla oranda olması, düşündürücüdür. Böylesi bir sonuç, kaderci bakışın, dünyayı, yaşamı ve yaşanan üzücü olayları yorumlama üzerinde, düzenleyici etkisini, ağırlığını yitirdiği şeklinde yorumlanabileceği gibi, hastaların olumsuz durumları meşrulaştıracak, ideolojik bir söyleme sahip olmamaları ile de açıklanabilir. Ayrıca, kaderci bakışın altında yatan dindarlığın, etkinliğini yitirmesiyle, kaderciliğin, işlevselliğini kaybederek, söylemden ibaret bir hale geldiği de söylenebilir.



Belki de, hastaların, yaşadıkları soruların ağırlığı, kaderci bakışın gücünü aşan mahiyette olduğundan, hastaları rahatlatmaya yetmemektedir. Ancak, kader düşüncesindeki ümidin olmaması nedeniyle, hastaların, sorunlarının değişmeyeceği, bitmeyeceği beklentisi, sorunlarının sürekliliği ile pekişince, bu konuda, ellerinden bir şey gelmeyen hastaların, durumlarını bir kader olarak algılamalarına neden olduğu belirtilebilir. Bu anlamda, hastaların, negatif anlam yüklemek için kader ifadesini kullandıklarını, yoksa, gerçek anlamında, kaderci bir bakışa sahip olmadıkları da söylenebilir. Durkheim, intiharı ele alan klasik çalışmasında, ne zenginliğin ve ne de fakirliğin, bireylerin intihar girişimlerini açıklamada, tek başlarına yeterli olamayacağını ve asıl belirleyici olanın ise, bireylerin toplumla ve gruplarla bütünleşme düzeyleri olduğunu belirtiyordu. Bu bakış açısı, psikolojide, ayrışma-bütünleşme kuramı olarak, intiharı yordamada, en önemli açıklamalardan birini oluşturur. Durkheim, bireylerin diğerleri ile bütünleşmelerini, toplumsal düzeyde ve küçük gruplar açısından değil de, makro seviyede değerlendiriyordu. Çünkü Durkheim, bildiğimiz anlamda, bir alan araştırması yapmamıştı. Halbuki aile, bu bütünleşmenin, denetlenmesinin, sağlamlasının yapılabileceği yegane alandır. Bireyin, toplumsal bütünleşmesinin, ailede, bireyin ebeveynleriyle yaşadığı bireyleşme- ayrışma deneyimiyle, yakından ilgili olduğunu ve bu iki alanın, karşılıklı etkileşim içerisinde olduğunu tahmin edebiliriz. Bu anlamda, ailede, ebeveynleriyle sorunlar yaşayanların, toplumla da sağlıklı bir şekilde bütünleşemeyeceğini ifade edebiliriz. Bununla birlikte, anne-babadan biriyle aşırı bütünleşmelerin de, sosyal açıdan sorun doğuracağını tahmin edebiliriz. Bu anlamda, ailelerinden yeterince ayrışamamış kişilerin, aile içinde veya dışında herhangi bir sorun yaşamaları durumunda, ruhsal anlamda ciddi sorunlara neden olabilir. Her bir seçenek, kendi içerisinde değerlendirildiğinde ise, intihar girişimlerinin en fazla yoğunlaştığı hasta grubu, üzüntüsünün sebebi olarak, yakınlarını suçlayan hastalardır (%81.8). Bu, gerçekten anlamlı bir sonuçtur, çünkü, psikiyatrik literatürde de belirtildiği gibi, yakınlarıyla sorun yaşayanların, öfkelerini içlerine bastırarak, kendilerine karşı yıkıcı davranışlarda bulunmaları, beklenir bir durumdur. Freud, intihar davranışının, sadece, bireyin kendini yok etmesi anlamına gelmediğini, sembolik anlamda, birey için önemli olan bir kişinin, yok edilmesi anlamına da geldiğini ifade etmiştir (Berkun, 1995: 188). Toplumumuzda, bireylerin, yeterince bireyselleşememeleri, aile üyelerinden ayrışamamaları, sorunların, bastırılarak veya birbirlerine yansıtılarak yaşanmasına neden

olmaktadır. Sorunların bu şekilde algılanması ise, iletişim bozuklukları ve aile huzursuzlukları ile birlikte, kısır döngünün yeniden başlamasına yol açmaktadır.

**Tablo 94: Hastaların İntihar Düşüncelerinin İkamet Yerleri Açısından Dağılımı**

İkamet Yeri	İntihar Düşünceleri					Toplam	
	İntihar düşüncesine hiç sahip olmadım	İntihar düşüncelerim oldu	İntiharı değil de ölmüş olmayı istediğim oldu	İntihar planı yaptım ama böyle bir girişimim olmadı	İntihar girişimim oldu		
Köy	Sayı	2	5	1	1	5	14
	%	14,3%	35,7%	7,1%	7,1%	35,7%	100,0%
İlçe	Sayı	5	3			5	13
	%	38,5%	23,1%			38,5%	100,0%
Şehir	Sayı	12	15	8	5	28	68
	%	17,6%	22,1%	11,8%	7,4%	41,2%	100,0%
B.Şehir	Sayı	2	1	1		1	5
	%	40,0%	20,0%	20,0%		20,0%	100,0%
Toplam	Sayı	21	24	10	6	39	100
	%	21,0%	24,0%	10,0%	6,0%	39,0%	100,0%

Araştırmamızda, ikamet yerleri dikkate alındığında, intihar girişiminde bulunan hastaların çoğunluğunun, şehirde yaşadıkları, köy ve ilçelerin ise, intihar girişimi açısından bir farklılık göstermediklerini ortaya koymuştur. Şehir yaşamının getirdiği ekonomik ve sosyal sorunların, yabancılaşmanın ve yalnızlığın, yakın, duygusal açıdan tatmin edici sosyal ilişkileri, olumsuz bir şekilde etkileyerek, intihar girişimini etkilediği ifade edilebilir. Şehirlerin bu yapısına karşıt olarak, köy ve ilçelerin, daha geleneksel bir ilişki yapısını koruduğu, daha kaderci ve dindar oldukları bilinmektedir. Ayrıca, kırsal yerleşimlerindeki nüfus oranının azlığı, bireyler arasında, samimi ve yakın ilişkilere olanak tanıyan ortamı ile akrabalık ilişkilerindeki avantajlı durumunun, ruhsal sağlık açısından koruyucu olduğu ileri sürülebilir. Ancak, yukarıdaki yorumlarımızın dışında, araştırmamızda, şehirde ikamet eden hastaların sayısının, kırsaldan gelen hasta sayısından fazla çıkmış olması, gerek eğitim olanaklarına, gerek nüfus farkına ve gerekse diğer olanakların farklılığına bağlanabilir.

## 5.5. Hastaların Şifâ Arayışları

### 5.5.1. Geleneksel Tedavi Arayışları

İnsanlar, ilk çağlardan itibaren, zorlandıkları, korktukları, sıkıldıkları anlarda, kendilerini bu durumdan kurtaracak, doğru veya yanlış çeşitli çarelere başvurmuşlardır. Ruh hastalıklarıyla ilgili olarak, aranan çare arayışlarında, toplumun kültürel ve sosyal özellikleri, önemli bir yer tutmaktadır. İyi ve kötü kuvvetler fikri, mekanistik evreninin harmonisi veya bozulmasıyla alakalandırıldığından, ruhsal hastalıklarla ilgili olarak, halk tebâbetinin doğmasında, sihir ve büyü'nün etkisi, önemli bir yer tutmaktadır (Türkdoğan, 1991: 45). Bilindiği gibi, Batı'da, ruh hastalığı, kötü ruhların bir istilası olarak değerlendirilmiş ve buna paralel olarak, çeşitli olumsuz uygulamalar yapılmıştır. Bizde de, zaman zaman bu tür hastalıkların sorumlusu olarak kötü cinlere gönderme yapılmışsa da, buna dayanarak, Batı'da olduğu gibi, kötü birtakım uygulamalarda bulunulmamıştır.

Genel olarak bir kimse, diğerine, sihir yoluyla zarar verirse, buna, büyü adı verilmektedir. Büyü'nün bir çeşidi ise, nazar değmesidir. Önceleri, insanların, kendilerini kötü kuvvetlerin etkisinden kurtarmak için büyücülere veya şamanlara başvurdukları bilinmektedir. Şaman ve büyücülerin de, bu gibi durumlarda, tabiat üstü varlıklarla etkileşime geçerek, bu kötü kuvvetleri, hastaların bedeninden çıkarmaya ve şifa bulmaya çalıştıkları görülmüştür (Türkdoğan, 1991: 52). Günümüzde de, çeşitli geleneksel tedavi arayışlarında, aynı ilkel düşüncenin uzantılarını görmekteyiz.

Toplumumuzda, özellikle, ekonomik seviyesi iyi olmayan, inançlı veya inançsız ama eğitim seviyeleri düşük kesimlerin, çeşitli ruhsal ve sosyal sorunlarını halledebilmek için, üfürükçü, cinci, medyum denilen kişilere başvurdukları bilinmektedir. Bu konuda yapılan çeşitli araştırmalarda, umut taciri adı verilen bu kişilere başvuranların, genelde, kırsal kesimden gelen kişiler olduğu ifade edilmektedir (Özden, v.d., 1997 : 7). Halbuki, hocaya başvurma sorunu, sadece, kırsal kesimle ilgili olmayıp, psikiyatrik hastaların önemli bir kısmının, hastalık anındaki ilk davranışlarından biri olarak, toplumun hemen her kesiminde göze çarpmaktadır. Örneğin, bir araştırmada, çeşitli ruh hastalarının, Erzurum'da %74'ünün, İzmir'de %54'ünün, Doğu Karadeniz'de %50'sinin, Antalya'da ise, %46 'sının, tıp dışından, geleneksel iyileştiricilere başvurduklarını ortaya konmuştur. Birsöz de, yaptığı bir araştırmaya dayanarak, depresyon tanısı konmuş hastaların, sadece, %20' sinin, önce

psikiyatriye geldiğini, geriye kalanların ise, önce tıp dışından kimselere gittiklerini ifade etmiştir (Cimilli, 1997: 296).

Yaptığımız bu araştırmada, Tablo 98'de görüldüğü gibi, hastaların %35'i, hastalıkları nedeniyle, ilk olarak, hocaya başvurduklarını, ama çoğu hasta da, gerek hastane tedavisi esnasında, gerekse tedavi sonrasında, bir hocaya gittiklerini ifade etmişlerdir. Üstelik, görüştüğümüz bu hastaların bir kısmının da, hastalıkları nedeniyle, sadece, hocalara gitmedikleri, bunun yanı sıra, yatır, türbe denilen yerlere de giderek hastalıklarına çare aradıkları, adaklar adadıkları ve onların bu geleneksel tedavi arayışlarında, farklı nedenlerin etkili olduğu tespit edilmiştir.

Bazı düşünürler, sorun anlarındaki bu tür çare arayışlarını, ilkel çağlardaki davranış yapısıyla karşılaştırarak, kişiliğimizin derinliklerinde kolektif alt şuurumuzun bir tepkisi olarak yorumlarken, bazıları da, bu tür tedavi anlayışlarını, kültürel, dini inançlarımızın bir ürünü olarak yorumlamaktadırlar (Özden, v.d., 1997 :7). Örneğin, Parsons, dini inançların ve tutumların, sosyal-kültürel sistemin önemli bir parçası olarak, bireylerin sosyal ve psikolojik yapılarıyla olan ilişkilerinden dolayı, sağlık sistemini, ciddi ölçüde etkilediğini belirtmiştir (Türkdoğan, 1991: 31).

**Tablo 95 Hastaların Geleneksel İyileştiricilere Başvurularıyla İlgili Memnuniyetlerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımları**

Geleneksel Başvurudan Duyulan Memnuniyet		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Hiçbir faydasını görmedim	Sayı	22	17	39
	%	56,4%	43,6%	100,0%
	%	57,9%	60,7%	59,1%
Geçici olarak rahatladım	Sayı	9	6	15
	%	60,0%	40,0%	100,0%
	%	23,7%	21,4%	22,7%
Manevi olarak çok rahatladım	Sayı	4	5	9
	%	44,4%	55,6%	100,0%
	%	10,5%	17,9%	13,6%
Biraz rahatladım	Sayı	3		3
	%	100,0%		100,0%
	%	7,9%		4,5%
Toplam	Sayı	38	28	66
	%	57,6%	42,4%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Bilindiği gibi, halk sağlığı ile ilgili olarak, toplumumuzda, ruhsal hastalıkların, genelde, kötü ruhların etkisiyle, korku ve aşırı heyecan halleri sonucunda meydana geldiği düşünüldüğünden, hocalardan, hastaya musallat olan kötü cinleri, iyi cinler vasıtasıyla kovması beklenir (Türkdoğan, 1991: 52-56).

Bu itibarla, görüştüğümüz bazı hastaların da, kendilerine cin çarptığı, büyü yapıldığı gerekçesiyle, aileleri tarafından, zorla, hocaya götürüldüklerini, bazılarının ise, kendi istekleriyle hocaya gittikleri, tespit edilmiştir. Bu hastalardan bazıları, hocaların, kendilerine, boylama ya da muska denilen kağıtlar verdiklerini ve kendilerinin de hala, bu kağıtları, yanlarında taşıdıklarını belirtmişlerdir. Bazı hastalar ise, içerisinde su olan bir tasın, cinlerin çağırılması için kullanıldığını ve ayrıca, bu çağırma işi için, ergen olmayan bir çocuğun getirildiğini ve bu cine sorulan sorularla da kendisinin hastalığına sebep olan kişilerin, ortaya çıkarılmaya çalışıldığını ifade etmişlerdir.

Hocaya başvurduklarını söyleyen hastaların, önemli bir kısmı (%59.1), hastalıklarıyla ilgili olarak, herhangi bir fayda elde etmediklerini belirtmişlerdir. Görüştüğümüz kişiler içerisinde, bir kısım hasta (%22.7), hocaya gittikleri için, geçici olarak rahatladıklarını belirtmişlerken, çok az sayıdaki bir hasta grubu (%13.6) ise, hocanın okuduğu dualardan ötürü, manevi olarak, oldukça rahatladıklarını ifade etmişlerdir. Manevi olarak çok rahatladıklarını dile getirenler içerisinde, kadınların oranının (%55.6), erkeklerin oranından (%44.6) daha fazla olması, onların yaşadığı sorunları, sosyal anlamda yorumlayabilecek ve iç dünyasına iç görüyle bakabilecek bir bilgi birikiminden yoksun olmalarıyla, duygusallıklarıyla açıklanabilir.

Toplumumuzun, kapalı toplum özelliklerine sahip olması, ataerkil bir aile yapısının baskın olması, aile içi ilişkilerin yakın ve hatta yapışık olması, bu tür geleneksel tedavi arayışlarını belirleyen önemli bir faktördür. Çünkü, toplumumuzda, sorunların, açık ve net olarak ifade edilememesi, yanlış bir saygı ve terbiye anlayışının olması, yeterli bir iletişimin olmaması, nihayetinde, geleneksel, otoriter ilişki kalıplarının, bütün kurumlara sinmiş olması, çeşitli sorunların, daha gizli bir şekilde çözümlenmesi arayışlarını beraberinde getirmektedir. Zaten, geleneksel ve karşılıklı diyaloga, anlamaya açık olmayan otoriter ilişki kalıpları, hastalık konusunda, sorunlu tarafların, kendi davranışlarını yargılayıp, sorumlu tutmalarına izin vermeyeceğinden, sorunun kaynağı da, ailede ve karşılıklı ilişkilerde değil de, dışarıda, yani, bulunmak istenen



yerde aranacaktır. Hastalık sebepleri olarak cinlerin, büyülerin ve hurafelerin, bu çağda bile, bu kadar rağbet görmesinde, sanırız, bunun da etkisi olabilir.

Normalde de, bireyselliğin gelişmediği, psikolojik kavramların, olayların bilinmediği, düşük eğitilmiş bir toplumda, hastalık nedenlerinin, “içeride kaybettiği yüzüğünü, dışarıda arayan Hoca” örneğinde olduğu gibi, bireylerin kendilerinde, sosyal ilişkilerinde ve sosyal yapıda değil de dışarıda, büyü ve nazarda aranması beklenir bir durumdur. Hastalarımızın önemli bir kısmının yaşadığı gibi, insani ilişkilerin açık iletişime dayanmadığı, düşmanca, sorunlu olduğu toplumsal ortamlarda, büyü ve nazar gibi kötü niyet ifadelerinin beklenmesi, hastalık tanım ve tedavi arayışlarında, bu düşüncelerin belirleyici olması, gayet doğal bir sonuçtur. Örneğin, konuştuğumuz kadın hastaların, aileleriyle ilgili olarak anlattıklarının, aramızda kalmaması halinde, kocalarının, babalarının veya kaynanalarının kendilerine ciddi kötülükler yapabileceklerini ifade etmeleri, bu bağlamda değerlendirilebilir.

Bilindiği gibi, Durkhem, sosyal alanlarda, ilerlemenin olabilmesi için, sorunların ortaya çıkmasını, önemli bir gelişme olarak değerlendiriyordu. Ama, hastaların, tedaviyle ilgili bu yanlış yönelimleri, onların, ruhsal hastalıklarını ve tedavi arayışlarını, sorunlarının anlaşılması ve düzeltilmesi açısından, fonksiyonel bir iletişim kanalı olmaktan çıkarmaktadır. Görüştüğümüz bu hastalar, mahremiyetçi değerlerin de etkisiyle, aslında, aileleriyle birlikte çözülmesi gereken bu sorunlarının duyulmaması için, geleneksel iyileştiricileri tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Bu anlamda, hocaya başvuru, aile içerisindeki sorunların, açık bir iletişimle ele alınmamasının doğal bir sonucu olarak, sorunların gizli kalmasını ve sorunlara yol açan asıl nedenlerin, dışarıda aranmasını sağlayan bir işlevselliğe sahiptir.

Bu anlamda, hastaların bazıları, hastanenin resmi kimliğinden ötürü, yaşadıkları sorunları ifade etmelerinin, kendilerine zarar vermesinden, bazıları, çalıştıkları yerlerde sorun yaşamaktan korktukları için, bazıları ise, sorunlarının, ailelerinin diğer fertleriyle ilişkilendirilmekten ve bu kişilerden zarar görmekten korktukları için hastaneye gelmek yerine, hekim dışı kaynakları, ilk başta tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Dolayısıyla, hastaların, etiketlenmekten ve rahatsızlıklarını, başkalarının duymalarından korkmaları, onların bu tür cinci kişileri tercih etmelerine neden olmaktadır. Ayrıca, hocalara başvuruya kıyaslandığında, tıbbi ruhsal tedavi, oldukça fazla bir süreyi içine almakta ve parasal anlamda da, daha fazla bir kaynağı gerekli kılmaktadır. Bütün bunlar, maddi



durumları da dikkate alındığında, ruhsal hastaların hastalıklarıyla ilgili endişelerini körükler mahiyettedir.

**Tablo 96:Hastaların Yakınlarının Rahatsızlıkları İlgili Görüşlerinin Cinsiyete Göre Dağılımları**

Yakınlarının Rahatsızlıkla İlgili Düşünceleri		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Özel birini sorumlu tutuyorlar	Sayı	5	10	15
	%	33,3%	66,7%	100,0%
	%	8,9%	25,6%	15,8%
Herşeye kafamı çok taktığımı söylüyorlar	Sayı	5	7	12
	%	41,7%	58,3%	100,0%
	%	8,9%	17,9%	12,6%
Çevremle kurduğum yanlış ilişkilere bağlıyorlar	Sayı	5	1	6
	%	83,3%	16,7%	100,0%
	%	8,9%	2,6%	6,3%
Büyü yapıldığını, nazar değdiğini söylüyorlar	Sayı	19	12	31
	%	61,3%	38,7%	100,0%
	%	33,9%	30,8%	32,6%
Cin, peri çarptığı söylüyorlar	Sayı	6	2	8
	%	75,0%	25,0%	100,0%
	%	10,7%	5,1%	8,4%
Maddi sıkıntıya bağlıyorlar	Sayı	6	2	8
	%	75,0%	25,0%	100,0%
	%	10,7%	5,1%	8,4%
Herhangi bir sebep bulamıyorlar	Sayı	5	1	6
	%	83,3%	16,7%	100,0%
	%	8,9%	2,6%	6,3%
Diğer	Sayı	5	4	9
	%	55,6%	44,4%	100,0%
	%	8,9%	10,3%	9,5%
Toplam	Sayı	56	39	95
	%	58,9%	41,1%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Ailenin, ataerkil bir yapıda olması, aile içi ilişkilerinin niteliği, geleneksel inançlara sahip olması, hastaların hastalıklarına ilişkin davranışlarını etkilemektedir. Bu bağlamda, hastalar, yaşadıkları rahatsızlıkları ilgili olarak, yakınlarının yaptıkları yorumlarda, en çok, büyü yapıldığına, nazar değdiğine inanıldığını belirtmişlerdir. Hastaların, çare arayışları içerisinde, hastane yerine, ilk olarak, hocalara başvurmalarını da, bu bağlamda, yani, hasta ailelerinin hastalıkla ilgili değerlendirmelerine bağlayabiliriz. Görüştüğümüz hastaların %8.4'ü, yakınlarının, hastalık sebebi olarak,

kendilerine cin çarptığına inandıklarını belirtmişlerdir. Kadın hastalar, genelde aile sorunları nedeniyle rahatsızlandıklarından, hasta yakınları içerisinde, rahatsızlık sebebi olarak, "özel birini sorumlu tutan aile yakınlarının (%15.8), daha çok kadın yakınlarından (%66.7) oluşması, tahmin edilir bir sonuçtur. Dikkat edilirse, hastaların, ilgili soruya cevaben, depresyon sebeplerine ilişkin olarak belirttikleri nedenlerle, hasta ailelerinin, rahatsızlık kaynağı olarak ifade ettikleri sorunlar arasında, ciddi farklar vardır. Bu farklar, bizlere, aile üyeleri arasındaki kuşak farklılıklarını, zihniyet farklılıklarını göstermenin yanı sıra, aile içerisinde, sorunları doğru olarak teşhis edip, bu sorunlar karşısında, ortak tavır almanın, ne kadar zorlaştırıldığını göstermesi açısından dikkate değerdir. Halbuki, ailenin, yaşanan sorunları, hastayla birlikte tespit edip, çözüm için birbirlerini destekler mahiyette hareket etmemesi durumunda, hastanın, iyileşmesi bir yana, daha da kötüleşmesi, kaçınılmaz olur. Bu sorunla ilgili olarak, hastaların, aileleriyle aynı eğitimi paylaşmamaları ve hastaların, bundan daha fazla bir oran ve düzeyde de hasta ailelerinin düşük eğitilmiş olmaları, ailede karşılıklı iletişim ve anlayış sorunlarına neden olduğunu söyleyebiliriz.

Toplumumuzda, hastalığın "Allah'tan gelen bir musibet" olarak görülmesi, bir anlamda da, hastalığın, "günahlara karşı bir kefaret" olarak algılanması, insanlarımızın, hastalık anlarında, dini çareler aramalarına neden olmaktadır. Çünkü, "Allah'ın verdiği canı yine Allah alır" düşüncesi, gerçek nedenin, Allah'ın kontrolünde olduğunu gösterir. Allah, Kur'an-ı Kerim'de, sağlığın ve hastalığın, kendi elinde olduğunu ifade etmesine karşın, hurafelere dayalı bir çare arayışı, Kur'an-ı Kerim'de, tasvip edilmemekte ve hatta, cin ve büyüyle uğraşmanın, hurafelerin şirk bağlamında değerlendirilerek, ciddi bir günah olduğu ve şiddetle men edildiği bilinmektedir. Ancak, din eğitiminin yeterli olarak verilememesi veya cahil kimselerce verilmesi, eğitim kurumlarının, bu konuda üstüne düşeni yerine getirememesi, bu tür hurafe davranışlarının devam etmesinde etkili olmaktadır.

Bunun yanı sıra, Batı'da olduğu gibi ülkemizde de, yetişmiş din görevlerinin, hastane içerisinde kurumsal bir tarzda görevlendirilmemesinin, hastane dışı bu tür geleneksel çare arayışlarını pekiştirdiği söylenebilir. Ancak, görüştüğümüz hastaların, bu konuda, belirli bir fikir sahibi olmamaları nedeniyle, hastane içerisinde, bir din görevlisinin olup olmaması konusunda, genel anlamda, bir fikirde bulunmadıklarını ifade etmeliyiz.

Hasta-doktor ilişkisi, sadece, psikolojik olmayıp, sosyal ve kültürel bir yapıya dayandığından, hastaların geleneksel kişilere başvurularında, bu alt yapının, önemli bir etkisi vardır. Psikiyatrinin, yeni gelişen ve tanınan bir tıp dalı olması, ruhsal sorunların tanınıp, tedavilerinin yapılmasında, güçlüklerle neden olmaktadır. Ancak, gerek teşhis ve gerekse de tedavilerde, malum nedenlerle yaşanan gecikmeler, sorunların daha da içinden çıkılmaz bir hale gelmesine yol açmaktadır. Ayrıca, diğer doktorlara nazaran, psikiyatrların, diğer doktorlardan daha düşük bir statüde değerlendirilmeleri, daha açık bir ifadeyle, “deli doktoru”, şeklindeki algılanmalarının da, psikiyatrlara başvuruyu, oldukça engellediğini söyleyebiliriz.

**Tablo 97: Hastaların Hastaneyle İlgili Görüşlerinin**

**Cinsiyetlerine Göre Dağılımı**

Hastaların Hastaneyle İlgili Görüşleri		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Hastane ve personelinden yeterince memnunum	Sayı	26	24	50
	%	52,0%	48,0%	100,0%
	%	44,8%	58,5%	50,5%
Personelin yeterince ilgilendiğini söyleyemem	Sayı	8	5	13
	%	61,5%	38,5%	100,0%
	%	13,8%	12,2%	13,1%
Hastane şartları ve personel yeterli değil	Sayı	21	8	29
	%	72,4%	27,6%	100,0%
	%	36,2%	19,5%	29,3%
Tedavinin istediğim sonucu vereceğinden emin değilim	Sayı	2	3	5
	%	40,0%	60,0%	100,0%
	%	3,4%	7,3%	5,1%
Bir din adamının eksikliğini hissediyorum	Sayı		1	1
	%		100,0%	100,0%
	%		2,4%	1,0%
Beni anlamıyorlar	Sayı	1		1
	%	100,0%		100,0%
	%	1,7%		1,0%
Toplam	Sayı	58	41	99
	%	58,6%	41,4%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Hastaneyle ilgili izlenimlerini aktaran hastaların ifadeleri, onların tekrar hastaneye gelmeleri veya tedavi amacıyla hastaneye gelecek olanlar üzerindeki etkilerini veya tıp dışı kişilere başvuruları anlamamız açısından dikkate değerdir. Bu itibarla, tabloya

dikkat edildiğinde, hastaların, sadece, %50'sinin, hastaneden memnun oldukları ve geriye kalan hastaların ise, ya verilen hizmetten (%13), ya da hastane koşullarından ve personel yetersizliklerinden (%29.3) şikayetçi oldukları görülmektedir.

Bunların yanı sıra, öncelikle, az sayıdaki doktorun, iş yoğunlukları nedeniyle, hastaların mizacına, sosyal sorunlarına değil de, biyolojik yönlerine odaklanmalarının, hastalarla kurmak zorunda oldukları soğuk ve resmi ilişki tarzlarının, cemaatimsi, geleneksel sosyal ilişki ortamlarından gelen ve toplulukçu değerlere sahip olan hastaların, yakın sosyal ilişki beklentileriyle uyuşması mümkün değildir. Doktorlarla hastaların, birbirleri hakkında, bu şekilde farklı değer yargılarına göre kanaatte bulunmaları, aralarındaki sosyal ilişkilerde anomiyeye neden olduğundan, bu durum, hastaların, modern tıbbı ve hastaneye olan yönelimi olumsuz etkilemektedir. Hatta Coser, hastane ortamlarındaki anomiyeleriyle hastaların intihar eğilimleri arasında ciddi bir ilişkinin olduğunu bulguladığını, burada hatırlatmamız gerekir (Coser, 1976: 318-319).

Doktor sayısının yetersizliği başta olmak üzere, hastalarla daha kısa aralıklarla ve uzun süreli bir görüşme yapmanın zorluğu, hastayla doktor arasındaki mesafenin niteliği ve resmiliği, hastaların, doktorlar hakkındaki içtenlik algısını sarsmaktadır. Yani, hastalar, birincil ilişki arayışında, doktorlar ise, görevleri gereği, ikincil ilişkilerde bulduklarından, doktor-hasta ilişkilerinde, çeşitli sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda, görüştüğümüz bazı hastaların, doktorlarına karşı, aşırı bir beklenti içerisinde olduklarını, onlara, karizmatik bir rol biçtiklerini, ifade etmeliyiz. Bir anlamda, onlar, doktorlarına hayranlardı ve onların ifadesiyle, “doktor, bu sefer de, kendilerini, bu durumdan kurtarmazsa, intihar edeceklerini” ifade ediyorlardı. Ama, doktorların, böyle bir aşırı talebe, beklentiye cevap verebilmeleri mümkün değildi. Çünkü, hastalar, geleneksel sağlık anlayışlarının etkisiyle, ruhsal hastalıklarının, bizzat kendilerinin çabalarına, sosyal ilişkilerinin niteliğine bağlı olduğunu anlayamıyorlardı.

Onlara göre, şifa, kendilerinin dışında olan ve doktorun arayıp bulabileceği bir şeydir. Şifa, Allah'tan olduğuna göre, doktorun yapacağı, buna aracı olabilmektir. Dikkat edilirse, bu anlayış, geleneksel düşünen halkın, ruhsal hatalıklarla ilgili olarak, büyüden bekledikleri aracılık rolünün aynısıdır. Halbuki, cemiyet ilişkilerine göre hareket eden, seküler eğitim almış, olayları, neden-sonuç bağlamında değerlendiren doktorların, bu bağlamda düşünmeleri ve onlara, aradıkları birincil duyguları

aktarmaları, empati kurarak ilişkide bulunmaları, mümkün değildir. Bir psikiyatrin dediği gibi, “eğer her hastayla, empati kursalardı, ruhsal dünyaları, çöplüğe dönerdi”.

Bu ve benzeri nedenlerle, bazı hastalar, ailesinden uzakta kalarak, yatarak, tedavi olmak zorunda kaldıkları hastaneyi, evleriyle kıyasladıklarından, hastaneye gelmede, yatarak, tedavi almada zorlanmakta ve bu nedenlerle de, kısa sürecek geleneksel tedaviler peşine düşmektedirler. Bu sebeplerle, halk arasında, “Allah, doktora düşürmesin, onsuz da etmesin” deyişi, sıkça kullanılır. Bununla ilgili olarak, il dışından gelen ve ailesinden ayrı olduğu için üzülen birkaç hastanın, tam iyileşmeseler de, iyi belirtiler sergileyerek, bir an önce, hastaneden çıkmak istediklerini ifade ettiklerini belirtmeliyiz. Örneğin, ailesini göremediği için, üzülen ve bir an önce, hastaneden çıkmaya çalışan bir hastaya, “Neden bu kadar üzülüyorsun ki, söyle eşine, çocuklarıyla birlikte gelsinler, seni ziyaret etsinler”, dediğimde, hasta, buraya gelmek için, zaten bir keçilerini sattıklarını ve ailesi gelse de burada, kalacak, yiyecek sorununun olacağını ve ilçede de, işlerinin aksayacağını, üstelik, ailesinin, kendisini, akıl hastanesinde, görmesini istemediğini ifade etmiştir.

Tedavi arayışlarındaki sorunlar, sadece, bu nedenlere de dayanmamaktadır. Bu sorunların yanı sıra, insanlarımız, sağlıkları konusunda, gereğinden fazla geniş ve ihmalkârlardır. Ancak, sağlıklı bir yaşam standardına sahip olmayan, ekonomik gücü zayıf, bazen de, şehir imkanlarından yeterince yararlanamayan, bu nedenlerle de, tıbbi tedaviye uzak olan insanlarımızın, bu tür davranışlarını ve geleneksel kişilere başvurmalarını, doğrusu, pek garipseymeyiz. Devletin yetkili organlarının, bu konuda, yeterli olamaması, yetkisiz kişilerin, insanların umutları üzerinden para kazanmalarına engel olamaması, sağlığın, eğitimin ilk kademesinden itibaren ihmal edilmesi ve genel anlamda eğitim düzeyinin düşüklüğü ve medyanın sağlıkla ilgili programlarının yetersizliği, bu konudaki sorunların kronikleşmesine neden olmaktadır.

### 5.5.2. Tıpsal Tedavi Arayışları

Hastalık süreci, hastaneye başvurudan çok önceleri başlamaktadır. Hastane öncesi sürecin niteliği, hastaların kendi durumlarına ilişkin yorumları, onların tedavi arayışlarında, oldukça önem taşımaktadır. Bu açıdan, gerek hekimlerin ve gerekse hastaların neyin, hangi derecede hastalığı ifade ettiğine ilişkin yorumları, önem taşımaktadır. Hastalıkların sebepleri ve tedavileri konusundaki inançlar, kişiden kişiye değişmekle beraber, genelde, belirleyici olan faktör, içinde bulunulan kültürdür. Hasta, başına gelen olumsuz olaylarda olduğu gibi, hastalığını da kültürel inançlarının etkisiyle kader, Tanrısal bir cezalandırma olarak yorumlayıp hastaneye gelmeyebilir.

Tedavi gerektiren depresyonlarda bile, hastaneye başvuruların, oldukça az olduğu bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada, hastaların, ancak, %16 ile %20'sinin psikiyatrya başvurdukları ortaya çıkarılmıştır. Bunun yanı sıra, ruhsal bozukluğu olanların, hastaneye başvuru oranları, başvuruların doğru tanı almaları ve doğru tanı alanların ise, gerekli tedavi almaları oldukça düşüktür (Küey v.d., 1993: 55).



**Tablo 98: Hastalığın İlk Anlarındaki Çözüm Arayışlarının Cinsiyetlere Göre Dağılımları**

Hastalığın İlk Anlarında Çözüm Arayışları	Sayı	Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Psikiyatriste başvurduğum	Sayı	14	4	18
	%	77,8%	22,2%	100,0%
	%	24,1%	9,5%	18,0%
Başka bir doktora gittim	Sayı	20	12	32
	%	62,5%	37,5%	100,0%
	%	34,5%	28,6%	32,0%
Hastalık olarak değerlendirmedimden önemsemедim	Sayı	5	3	8
	%	62,5%	37,5%	100,0%
	%	8,6%	7,1%	8,0%
Bir hocaya gidip dua okuttum/muska yaptırdım	Sayı	18	17	35
	%	51,4%	48,6%	100,0%
	%	31,0%	40,5%	35,0%
Sorunlarımı ailemle paylaştım	Sayı	1	1	2
	%	50,0%	50,0%	100,0%
	%	1,7%	2,4%	2,0%
Birşey yapmadım, çaresiz bekledim	Sayı		5	5
	%		100,0%	100,0%
	%		11,9%	5,0%
Toplam	Sayı	58	42	100
	%	58,0%	42,0%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Araştırmamızda da, hastaların sadece %18 'inin, rahatsızlıklarının ilk belirtileri ortaya çıktığında, bir psikiyatriste başvurdukları, %35'inin, bir hocaya başvurdukları ve %32 'sinin de, psikiyatrist olmayan bir doktora gittikleri görülmektedir. Genelde, çoğu hastanın, ama, özellikle de, bayan hastaların çoğu, ruh hastalıkları hastanesine ve genel olarak, psikiyatriste, delilerin başvurdukları bir yer olarak baktıkları için, hastaneye başvurmayı, son ana kadar düşünmemektedirler. Bu itibarla, tablodaki verilere baktığımızda da görüleceği gibi, hastalığın ilk anlarında, psikiyatriste başvuranların oranı (%18.2) olup, bunun %77.8'ini erkekler, %22.2'sini ise, kadınlar oluşturmaktadır. Görüşmelerimiz esnasında da, hastaların birçoğu, sorunlarının çözümü için, yıllarca, doktor doktor gezdiklerini ve sorunlarına bir çare bulunamayınca da, psikiyatrist servisine gönderildiklerini, sevk edildiklerini belirtmişlerdir.

Hastaların çoğu, ruhsal hastalıklar konusunda bilgi sahibi değildir ve bu tür hastalıklar, vücut ağrılarıyla, fiziki belirtiler halinde ortaya çıktığında, hastalar, sorunlarının ne olduğunu anlayamamakta ve son ana kadar da psikiyatriye başvurmamaktadırlar. Bu konuda görüşlerini belirten bir psikiyatr ise, bazı doktorların, hastalarının ruhsal sorunları olduklarını bilmelerine rağmen, ticari nedenlerle bu kişileri oyaladıklarını ve nihayetinde hastadan parasal anlamda ümitleri kesilince de kendilerine gönderdiklerini; ancak, bu durumda kendilerine gelen hastaların da, hastalıkları ilerlediği için tedaviye yeterince cevap vermediklerini belirtmişlerdir. Halbuki, ilginçtir ki, bazı hastalar, kendilerinin hastaneye başvurmalarında, gittikleri hocaların, bu yöndeki telkinlerinin etkili olduklarını belirtmişlerdir.

Araştırmamızın çoğunu gerçekleştirdiğimiz Akıl ve Ruh Hastalıkları Hastanesi'nin, ağır ruh hastalarını barındıran yapısı, depo hastanesi şeklinde yapılmış olması nedeniyle, daha hafif türde veya depresyon gibi, duygudurum bozuklukları olanların, deli damgası yememek için, hastalık belirtilerini, doğru olarak yorumlayabilseler de, hastaneye gitmekten çekindikleri için, hastalıklarını saklama eğiliminde oldukları ve bu nedenle de, son ana kadar, hastaneye gelmedikleri söylenebilir. Bir anlamda, Elazığ'daki Akıl ve Ruh Sağlığı Hastanesi'nin, ağır hastalarla ilgili çabalarına rağmen, bahsini ettiğimiz etiketlemenin ağır baskısı nedeniyle, depresyon gibi, duygusal bozuklukların tedavisinde ve genel olarak da, ruh sağlığının korunmasında, nispeten olumsuz bir işlevi olmuştur. Çünkü, depo hastaneleriyle ilgili olarak halkın genel izlenimleri, psikiyatriyle ilgili olumsuz yargıların temelini oluşturmuştur. Hafif türdeki hastalıkların bu şekilde stigmatize (etiketleme), edilmesinde birçok faktörün etkisi olmakla beraber, farklı türdeki bütün hastaların, özellikle de ağır vakaların, hafif türdeki hastalarla aynı nizamiye içerisinde barındırılmasının, büyük bir etkisi olduğunu ifade etmeliyiz.

**Tablo 99: Hasta Yakınlarının Hastalık Sebebine İlişkin Yorumları**

Yakınlarının Rahatsızlıkla İlgili Düşünceleri		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Özel birini sorumlu tutuyorlar	Sayı	5	10	15
	%	33,3%	66,7%	100,0%
	%	8,9%	25,6%	15,8%
Herşeye kafamı çok taktığımı söylüyorlar	Sayı	5	7	12
	%	41,7%	58,3%	100,0%
	%	8,9%	17,9%	12,6%
Çevremle kurduğum yanlış ilişkilere bağlıyorlar	Sayı	5	1	6
	%	83,3%	16,7%	100,0%
	%	8,9%	2,6%	6,3%
Büyü yapıldığını, nazar değdiğini söylüyorlar	Sayı	19	12	31
	%	61,3%	38,7%	100,0%
	%	33,9%	30,8%	32,6%
Cin, peri çarptığını söylüyorlar	Sayı	6	2	8
	%	75,0%	25,0%	100,0%
	%	10,7%	5,1%	8,4%
Maddi sıkıntıya bağlıyorlar	Sayı	6	2	8
	%	75,0%	25,0%	100,0%
	%	10,7%	5,1%	8,4%
Herhangi bir sebep bulamıyorlar	Sayı	5	1	6
	%	83,3%	16,7%	100,0%
	%	8,9%	2,6%	6,3%
Diğer	Sayı	5	4	9
	%	55,6%	44,4%	100,0%
	%	8,9%	10,3%	9,5%
Toplam	Sayı	56	39	95
	%	58,9%	41,1%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Hastaların hastaneye gelmemelerinde, hastaların ve yakınlarının, ruhsal hastalıkların sebeplerine ilişkin hurafelerle dolu bu inançlarının, önemli bir etkisi olduğunu ifade etmeliyiz. Hastaların ve hasta ailelerinin geleneksel düşünceleri, hurafelerle dolu inançları, onların tedavi arayışlarını olumsuz olarak etkilemektedir. Tabloda da görüldüğü gibi, hastaların önemli bir kısmı (%32,6), yakınlarının, kendilerine büyü yapıldığına, bir kısım hasta (%8,4) ise, yakınlarının, kendilerine cin çarptığına ilişkin düşüncelere sahip olduklarını belirtmişlerdir. Hasta ailelerinin dinle ilgisi olmayan hurafe ağırlıklı düşünceleri, bu tür hastalıkların yorumlanmasında ve hastaneye başvurmak yerine, dinsel tedavi arayışlarında etkili olmaktadır. Bununla

beraber, genel olarak, toplumdaki ilişki yapısı ve diğerleri ile iletişim sorunlarının, düşmanlık duygularının, bu tür hastalıkların sebebi olduğu, varsayılan büyü ve cin düşüncesinde, etkili olduğu söylenebilir. O halde, toplumsal ilişki yapısı, hastaların ve ailelerinin, hastalığa atfettikleri anlamı ve tedavi arayışlarını ciddi ölçüde belirlemektedir. Hastaların, hastaneye gelmemelerinde de yine, hastaların, ruhsal hastalık sebeplerine ilişkin hurafelerle dolu bu inançlarının, önemli bir etkisi olduğunu ifade etmeliyiz. Ayrıca, ruhsal hastalıklara ilişkin olarak, hastalarla yakınları arasındaki düşünce farklılıklarının da, hastaların tedavi süreçlerinde ciddi sorunlara neden olduğunu belirtmeliyiz.

Hastalık semptomlarına gösterilen tepki, sosyalleşmeyle alakalı olduğundan, kültürel kalıplar, toplumsal konum ve cinsiyet gibi faktörler, hastalık algısını, hastalığın nerede başlayıp, nerede bittiğini belirler. Hastalıkların bilimsel tanımlanması ile, hastaların, kendi hastalıklarını tanımlaması arasında ciddi farklar, hastaların hastaneye gelmelerinde olumsuz etkilerde bulunmaktadır. Konuştuğumuz birçok hastanın, kendi hastalığının adını bile tam olarak bilmediklerini, az sayıdaki bazı hastaların, hasta olmadıklarına inandıklarını, bazılarının ise, ruhsal bir hastalıklarının olduğunu kabullenmediklerini ifade etmeliyiz. Bunda, hasta-doktor iletişimindeki zayıflığın etkisi olduğunu söyleyebiliriz. Bu zayıflığın temelinde ise, hasta ile doktor arasındaki bilgi birikimlerinin, aldıkları eğitim farklılıklarının, kullandıkları dil farklılığının, büyük bir etkisi vardır.

Öncelikle, hastalar, hastalıkları hakkında ya yüzeysel bilgilere sahiptirler veya tamamen bilgisizdirler. Üstelik, hastaların, hastalıklarına ilişkin inançları, tanımlamaları ile doktorların, pozitivist eğitimlerinin bir sonucu olarak geliştirdikleri bakış açıları arasında, büyük bir uçurum vardır ve bu farklılık, elbette, tanı ve tedavide sorunlara neden olmaktadır.

**Tablo 100: Hastaların Depresyonla İlgili Bilgilerinin Eğitim Durumları Açısından Dağılımı**

Eğitim Durumları	Depresyon Hakkındaki Bilgileri				
	Sayı	Depresyon ve tedavisi hakkında birşeyler okudum	Depresyon ve tedavisi hakkında herhangi birşey okumadım	Tedavisi değil de sadece depresyon hakkında birşeyler okudum	Toplam
Okur yazar değil	Sayı		10		10
	%		100,0%		100,0%
İlk okul mezunu	Sayı		35	1	36
	%		97,2%	2,8%	100,0%
Orta okul mezunu	Sayı	1	11	1	13
	%	7,7%	84,6%	7,7%	100,0%
Sadece okur yazar	Sayı		5		5
	%		100,0%		100,0%
Lise veya Dengi meslek okul mezunu	Sayı	3	22		25
	%	12,0%	88,0%		100,0%
Üniversite / Y.Okul mezunu	Sayı	1	10		11
	%	9,1%	90,9%		100,0%
Toplam	Sayı	5	93	2	100
	%	5,0%	93,0%	2,0%	100,0%

Elbette, görüştüğümüz hastaların çoğunun, eğitim durumlarının düşük olması, onların sağlığa, hastane tedavisine bakışlarını ve depresyona ilişkin bilgi düzeylerini açıklar mahiyettedir. Ancak, eğitim durumları, diğerlerine göre daha yüksek olan hastaların da, depresyon hakkında yeterince bilgili olmamaları, gerçekten, dikkate değerdir. Örneğin, lise mezunlarının %88.0'ı ve üniversite mezunlarının da %90.9'u, depresyon ve tedavisi hakkında bir bilgiye sahip olmadıklarını ve bu konuda herhangi bir yayın, kitap okumadıklarını belirtmişlerdir. Bunun yanı sıra, sadece lise eğitiminde, psikoloji dersinde verilen ruhsal hastalıkla ilgili konular, hem yetersiz ve hem de müfredatın son konusu olması itibarıyla, yıl sonuna geldiği için, genelde, işlenmeden okul bitmektedir. Bu nedenle, hastaların, kültürel gecikmenin etkisiyle hastalıkları karşısında yeterli bilgi sahibi olamadıklarını söyleyebiliriz. Öyleyse, yapılması gereken

şey, bu gibi hastaları, hastalıkları konusunda, tam anlamıyla bilgilendirmektir. Bu durum, tedavi açısından önemli sonuçlar doğurabilir.

**Tablo 101: Hastaların Tedavi Öncesinde, Hastaneye Gelmeyle İlgili Düşüncelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı**

Hastane Tedavisiyle İlgili Düşünceler		Cinsiyet		
		Erkek	Kadın	Toplam
Herhangi bir endişem yoktu	Sayı	20	8	28
	%	71,4%	28,6%	100,0%
	%	35,1%	19,0%	28,3%
İnsanlar yanlış anlamalar diye tedaviye tereddütle baktım	Sayı	37	24	61
	%	60,7%	39,3%	100,0%
	%	64,9%	57,1%	61,6%
Hastanenin bu konuda birşey yapamayacağını düşündüm	Sayı		8	8
	%		100,0%	100,0%
	%		19,0%	8,1%
Diğer	Sayı		2	2
	%		100,0%	100,0%
	%		4,8%	2,0%
Toplam	Sayı	57	42	99
	%	57,6%	42,4%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Araştırmamızda, hastane tedavisi ile ilgili olarak, hem erkeklerin ve hem de kadınların, insanların yanlış anlamalarına ilişkin korkuları olduğu görülmektedir. Görüştüğümüz hastalar içerisinde, kadınların, erkeklere göre daha endişeli oldukları, ancak erkeklerin aksine, kadınların hastane tedavisiyle ilgili beklentilerinin, fazla olmadığı görülmektedir ki bu, anlamlıdır. Çünkü, kadınların yaşadıkları sorunlar, genelde, sosyo-ekonomik sorunlar olup, çözümleri de, nihayetinde, hastane dışında bulunması gereken sorunlardır. Ayrıca, kadın hastaların, duygusallıkları ve umutlarının düşüklüğü de, bu konuda etkili olmuş olabilir. Bu bakımdan, erkeklerin %35.1'i, hastane tedavisi ile ilgili olarak, herhangi bir endişelerinin olmadığını belirtirlerken, bu oran, kadınlarda (%19.0), neredeyse, yarı yarıya azalmaktadır. Bir başka açıdan dile getirirsek, hastane tedavisi açısından, herhangi bir endişelerinin olmadığını belirtenlerin, yaklaşık olarak üçte ikisini (%71.4) erkekler, geriye kalanını ise, kadınlar oluşturmaktadır.



Kadınların, hastane tedavisi nedeniyle, erkeklerden daha fazla endişeli olmalarında, aileleriyle yaşadıkları problemlerinin duyulması halinde, kendilerine, aileleri tarafından baskı yapılmasından korkmalarının, tedavi oldukları için de, ailelerinde yaşanan sorunların, doğal sorumlusu olarak görülmesinin ve hastane tedavisinin, ne tür bir sonuç getireceğini bilememelerinin yanı sıra, tedavi amacıyla, çocuklarını ve evlerini bırakmalarından duydukları rahatsızlığın da etkili olduğu ifade edilebilir. Ayrıca, bütün yaşadıkları sorunlara ilaveten, bir de, etiketlenmenin ağır yükünü taşımak zorunda kalan kadınların, sorunlar karşısındaki olası haklılıkları da, bu şekilde, toplumsal meşruiyetini kaybetmektedir. Zaten, Tabloya bakıldığında da, hastanenin durumları ile ilgili olarak bir şey yapamayacaklarını belirtenlerin tümünün (%8.1) bayan oldukları görülmektedir.

**Tablo 102: Hasta Yakınlarının, Rahatsızlıkla İlgili Düşüncelerinin Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları**

Allenin Rahatsızlıkla İlgili Önerileri		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Hastaneye gitmemi önerdiler	Sayı	17	15	32
	%	53,1%	46,9%	100,0%
	%	30,4%	35,7%	32,7%
BAşkalarında saklama gereği duydular	Sayı	4	2	6
	%	66,7%	33,3%	100,0%
	%	7,1%	4,8%	6,1%
Hastaneye gitmeme gerek olmadığını , hasta olmadığını söylediler	Sayı	3	3	6
	%	50,0%	50,0%	100,0%
	%	5,4%	7,1%	6,1%
Hastanenin yanında hocaya gitmemi önerdiler	Sayı	17	11	28
	%	60,7%	39,3%	100,0%
	%	30,4%	26,2%	28,6%
Bir hocaya gitmemi önerdiler	Sayı	13	6	19
	%	68,4%	31,6%	100,0%
	%	23,2%	14,3%	19,4%
Hasta olmadığını, numara yaptığını söylediler	Sayı	2	5	7
	%	28,6%	71,4%	100,0%
	%	3,6%	11,9%	7,1%
Toplam	Sayı	56	42	98
	%	57,1%	42,9%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Hastaların %19.4'ünün ailesi, hocaya gitmeleri yönünde, kendilerine etkide bulduklarını belirtmişlerken, %28.6'sı ise, ailelerinin, hem hastaneye, hem de hocaya gitmeleri yönünde kendilerine telkinde bulduklarını ifade etmişlerdir. Hastaların ve ailelerinin eğitim durumlarının düşüklüğü, ruhsal hastalık konusundaki bilgisizlikleri, etiketlenmekten korkmaları ve geleneksel bakış açısının ağırlığı, yukarıda görülen oranların açıklanmasında etkili olabilir. Ayrıca, hastaların maddi sorunlarının ağırlığı, onların, uzun süreli bakım gerektiren tıbbi tedaviyi, neden yeterince ve zamanında tercih etmediklerini anlamamızda, önem taşımaktadır. Araştırmamızda, hastaların %6.1'i, ailelerinin, hastalıklarını başkalarından saklamaları ve hastaneye gitmemeleri yönünde, kendilerine baskı yaptıklarını belirtmişlerken, çoğunu, kadınların oluşturduğu bir grup (%7.1) ise, ailelerinin, kendilerinin hasta olduklarına inanmadıklarını ifade ettikleri ve aileleri tarafından, numara yapmakla itham edildiklerini vurgulamışlardır. Yine, hastaların %6.1'i de, ailelerinin, kendilerinin hasta olduklarına inanmadıklarını ve bu nedenle de, hastaneye gitmelerine gerek olmadığını, ifade etmişlerdir.

Toplumumuzda, “dosta düşmana karşı ne deriz” anlayışıyla, “kol kırılır yen içinde kalır” mantığının bir sonucu olarak, sorunların, sır gibi saklanması, hastane tedavisine başvuruda, ciddi bir engel oluşturmaktadır. Çünkü, toplumda deli damgası yemek, sadece, hasta kişinin bir sorunu olmadığını, neredeyse bütün bir yakın akraba çevresinin korkusu olduğunu söyleyebiliriz. Özellikle, bir kadının, ifadesinden de anlaşıldığı gibi, ailedeki bu tür bir sorunun, ailedeki gençlerin evlenmeleri üzerinde bile olumsuz etkide bulunduğu hesaba katılırsa, etiketlenmenin hastaneye başvuru üzerindeki, caydırıcı gücü anlaşılabilir. Görüştüğümüz birçok hasta, herhangi bir sorun karşısında, çevrelerinden aldıkları olumsuz tepkilerin, haksızlıkların, bir tartışma anında, yüzlerine vurulan hasta etiketi ile haklılaştırıldığını ifade etmişlerdir. Belki de, ruh hastalarına gösterilen bu tutumlar, bireylerin, kronik bir hasta olmayıncaya kadar, hastaneye neden gitmediklerini açıklar mahiyettedir. O halde, toplumdaki bireyler arasındaki ilişkilerin kalitesi, onların, hastaneye başvurup başvurmamalarında, dahi etkin bir faktör olarak göze çarpmaktadır. Birbirinin zaafını gözeten, bireyselleşmemiş, dedikoduya meyyal bir toplumda, ayıp kültürü, herhangi bir kişinin ruh hastası olmasını bile, başlı başına bir sorun haline getirmektedir.

Bir anlamda, halkın tutumu, tıbbi paradigmanın bakış açısını yansıtmaktadır. Yani, bireyler, sorunları oldukları için hasta değiller de, hasta oldukları için sorunlu oldukları

düşüncesine sahip olabilmektedirler. Gerçi, depresif belirtiler gösteren hastaların çok azının bile, hastanelere başvurmaları halinde, hastanelerin personel sıkıntıları ve mevcut kapasiteleriyle, bu kişilere tedavi verebilmelerinin neredeyse imkansız olacağı, tahmin edilebilir. Bu nedenle, ruh hastalarının hastane dışındaki bakımları, büyük bir önem arz etmektedir. Bu itibarla da, hastaların toplumla kaynaşabilmeleri için, toplumun bu konuda duyarlı ve bilinçli hale getirilmesinin ve hastane dışındaki koruyucu ruhsal hizmet sunabilecek merkezlerin önemi, büyüktür. Çünkü, yapılan birçok araştırmada, halkın ruh hastasına bakışı, oldukça olumsuz, reddedici veya mesafelidir (Arkar, 1991: 6). Toplumun, ruh hastasına, her an zarar verebilecek ayrı bir yaratık gibi bakışından ötürü, hasta olan bireyler ve aileleri, çevrelerinin dışlayacakları korkusu ile hastalığı saklama eğilimine girerek hastaneye başvuruda çekingen kalmaktadırlar (Akbiyık, 1995: 45).

Gerek hastaların ve gerekse bu kişilerin, ait oldukları çevrelerin, sosyo-kültürel açıdan yetersiz olmasının, hastaneye başvuru oranlarını etkilediklerini söyleyebiliriz. Ayrıca, kültürel özelliklerimizden ötürü, depresif belirtilerin, toplumumuzda bir hastalık olarak görülmeyip, normalleştirilmesi, bu hastaların, yaşadıkları ruhsal sorunları, kendi başlarına çözebilecekleri veya hastalıklı durumun zamanla kendiliğinden geçeceği şeklindeki inançları, depresif hastaların tedavilerinin önündeki engellerden bazılarını oluşturmaktadır. Ayrıca, toplumumuzda, hasta yatağa yatmadan hasta olarak kabul edilmemekte, hatta, biraz fazla sızlanırsa, azıcık yatıp kalkarsa, biraz şüpheyle karşılanmaktadır, çünkü, az önce dediğimiz gibi, hasta dediğin yatalak olur. Bu sebebin de hastaların hastaneye başvurularında neden bu kadar geciktiklerini anlamamızda etkilidir. Çünkü, ruhsal hastalıkların başlangıcında, bu tür bir gösterge mevcut değildir.

Birçok çalışmada da, benzeri bir şekilde, depresyonlu bireylerin, akut bir nöbet esnasında, doktora getirildikleri ifade edilmiştir. Araştırmamızda, hastaların önemli bir kısmının, hastalıklarıyla kendi kendilerine başa çıkmaya çalıştıkları için, bir kısmının, hastalıklarının, zamanla geçeceği beklentisi nedeniyle, bir kısmının, durumlarının hastalık olduğunu bilmedikleri için, bir kısmının ise, hastanenin bu konuda bir şey yapacağına inanmadıkları için veya hastanede tedavi olmaktan, diğer hastalardan ve etiketlenmekten korktukları için, bir kısmı da, tedavide verilecek ilaçların etkisinden çekindikleri için, hastaneye gelmek istemedikleri ve genelde de, hastaneye, hastalıklarının son anında geldikleri tespit edilmiştir.

**Tablo 103: Hastane Şartlarıyla İlgili İfadelerin Cinsiyetlere Göre Dağılımları**

Hastaneyi ve Şartlarını Değerlendirme		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Hastane ve personelinden memnunum	Sayı	26	24	50
	%	44,8%	58,5%	50,5%
Personelin yeterince ilgilendiğini söyleyemem	Sayı	8	5	13
	%	13,8%	12,2%	13,1%
Hastane şartları ve personel yeterli değil	Sayı	21	8	29
	%	36,2%	19,5%	29,3%
Tedavinin istediğim sonucu vereceğinden emin değilim	Sayı	2	3	5
	%	3,4%	7,3%	5,1%
Bir din adamının eksikliğini hissediyorum	Sayı		1	1
	%		2,4%	1,0%
Beni anlamıyorlar	Sayı	1		1
	%	1,7%		1,0%
Toplam	Sayı	58	41	99
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Bunun yanı sıra, hastanede görülen tedavi sürecinden memnuniyetin ya da memnuniyetsizliğin de, hastaların hastaneye başvurularında önemli bir etken olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşünüyoruz. Bu itibarla, sorduğumuz soruya cevaben, hastaneyle ilgili değerlendirmelerini dile getiren hastaların en fazla şikayet ettikleri konu, %29.3 oranı ile, hastane şartlarının ve personelin yetersizliği sorunudur. Bu sorunun yanı sıra, yine, en fazla erkeklerin dile getirdikleri ikinci sorun, %13.1 oranıyla, “personelin yeterince ilgilenmemesi” problemidir. Ayrıca, erkek hastaların, işlerini uzun süreli olarak aksatmak istememelerinin, iş yerinde ruhsal hasta olarak etiketlenmekten duydukları korkularının, onların, zorunlu olmadıkça, hastaneye gitmemeleri şeklindeki davranışlarında önemli bir etken olduğu görülmektedir. Ayrıca, kadınların, genelde, sosyal ilişki sorunları nedeniyle hastaneye gelmiş olmaları, onların, sorunlu ev ortamlarından kurtulmalarını sağladığı için, hastane ortamlarından erkekler kadar şikayetçi olmamalarını açıklayabilir.

Görüştüğümüz hastaların, genelde, orta yaştaki kişilerden oluşması, bu konuda açıklayıcı bir fikir vermektedir. Ancak, hastaların %50.5 gibi önemli bir kısmının, hastane ve personelinden memnun olduklarına ilişkin görüşlerinin doğruyu yansıtabileceğini göz ardı etmeksizin, bizim hastane görevlisi olarak algılanma ihtimalimizden dolayı, bu oran, beklenildiğinden daha fazla çıkmış olabilir. Çünkü,

hastaların ilaç kullanma sürelerinin fazlalığı, onların verilen tedavi hizmetinden memnun oldukları şeklindeki ifadelerini teyit eder nitelikte değildir. Ancak, hastalar, “hastane hizmetlerinden memnun olduklarına” ilişkin ifadeleriyle, daha fazla hizmet görebilmeyi düşünmüş olabilirler.

Toplumsal sebep ve sonuçları gözetilmeden, ele alınan ruhsal hastalıkların tedavisinin, oldukça zor olacağı unutulmamalıdır. Örneğin, bireylerin hastalıklarıyla başa çıkabilmede, kendilerine olan güvenleri önem taşımaktadır. Ama, bu güven, hastaların toplumsal tabakalaşma sistemi içerisindeki yerlerine, daha doğrusu, gücün, toplumsal dağılımına bağlıdır. Halbuki, görüştüğümüz hastaların sosyal tabakalaşmadaki yerleri açısından, bunu söyleyebilmemiz zordur. Ayrıca, koşullar değişip modernleşme, bireyselleşme arttıkça, bireylerin hastalık algılarının da değişeceğini, daha standartlaşacağını ve hastalığa duyarlılıklarının ise, rahatsızlık verecek boyutlarda artacağını söyleyebiliriz. Çünkü, liberal politikaların artması ile birlikte, topluluk bağları çözülerek yansıtma mekanizması işlevselliğini yitireceğinden, bireylerin hastalıklarının yorumlanmasında, kendini suçlama eğilimlerinin daha fazla artacağını ifade edebiliriz.

Hastane tedavisinde uygulanan tek tedavi şeklinin ilaç olduğunu söyleyebiliriz. Elimizde, Türkiye ‘de, yılda, ne kadar antidepresan kullanıldığına ilişkin net bilgiler bulunmamaktadır. Ancak, ilaç kullanımının, hem Türkiye’de ve hem de Avrupa’da gittikçe arttığı bilinmektedir. Örneğin, Fransa’da, 25 milyon kutu antidepresan ve 75 milyon kutudan fazla da, yatıştırıcının satıldığı bilinmektedir (Stora, 1992: 123). İlaç kullanımı, muhtemel sorunları ile birlikte ele alınmalıdır. Bu anlamda ilaç, rasgele kullanılarak, bağımlılık maddelerinin yerine geçmemelidir. Yazarların çoğu, depresyon tedavilerinde kullanılan klasik ilaç tedavilerinin, %20-25’inin sonuç vermediğini, tedavide yetersiz kaldığını ifade etmişlerdir (Güleç, 1995: 149).

Bunun ötesinde, ilaçların kullanılmasıyla, psikiyatrik hastalıkların iyileşmeyeceği, çünkü, ilaçla hastanın psikik yapısının değişmeyeceği, çeşitli psikiyatrilarca dile getirilmiştir (Volkan v.d., 1993: 438-440). Hastanın, ilacı gerektirmeyen hafif depresyon durumlarında bile, ilaç kullanarak, iyileşmesi durumunda, hastanın ilacı kesmekte zorlanabileceği ve ilacın olmadığı sorun anlarında, bireysel özgüvenlerinin olumsuz yönde etkilenebileceği, ileri sürülebilir. Psikolojik olarak, regresyon döneminde kullanılan hapın, iyi anneyi sembolize ettiği ve güvenilir erişkin figürünün, içe alınıp yutulmasını ifade ettiği için de iyileşmede etkili olduğu ileri sürülmektedir



(Alper, 2001: 107). Bir anlamda, ilacın, güvenilir bir ilişkinin, sun'i bir temsili olduğu ileri sürülebilir. Hastanın iyileşmesinde, antidepresana olan direncinin yanı sıra, kişisel farklılıklarının, doktorla kurduğu ilişkilerin niteliğinin, klinik sorunlar içerisinde, önemli bir yer tuttuğu bilinmektedir (Örnek, 1993: 379). Tedaviye direnç ise, sosyo-kültürel özelliklerle, hastanın başından geçen yaşam olaylarının yapısına, kişilik faktörlerine ve ailevi, eğitsel, mesleki, ekonomik durumlarına bağlı olarak değişmektedir.

**Tablo 104: Hastaların İlaç Kullanma Sürelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı**

Cinsiyet	İlaç Kullanma Süresi								
		1-14 Gün	15-29 Gün	1-3 Ay	4-11 Ay	1-3 Yıl	4-9 Yıl	10 Yıl ve Üstü	Toplam
Erkek	Sayı	5	2	4	8	19	15	5	58
	%	8,6%	3,4%	6,9%	13,8%	32,8%	25,9%	8,6%	100,0%
Kadın	Sayı	11		4	5	11	10		41
	%	26,8%		9,8%	12,2%	26,8%	24,4%		100,0%
Toplam	Sayı	16	2	8	13	30	25	5	99
	%	16,2%	2,0%	8,1%	13,1%	30,3%	25,3%	5,1%	100,0%

Yukarıdaki tabloda, erkek hastaların önemli bir kısmının (%70), kadınların ise, yaklaşık olarak %50'sinin, bir yıldan, 10 yıl ve daha fazla yıla kadar uzanan, ilaç kullanma süreleri olduğu görülmektedir. Bu oranlar, hastaların, ilaç kullanma düzensizliklerini göstermenin ötesinde, yaşanan sorunların, süreklilik gösterdiğini ve kronikleştiğini, ayrıca, ilaçların, geçici çözümler olarak kaldığını ve asıl çözümlerin, başka yerlerde aranması gerektiğini göstermesi açısından, dikkat çekicidir.

Hastalık tedavisinde, toplum olarak aceleciyizdir. Yani, kullandığımız ilacın hemen etki göstermesini bekleriz (Cırhinlioğlu, 2001: 80). Bu nedenle, hastaların, ilaç konusundaki aşırı beklenti ve aceleciliklerinin, onların tedavi olma süreçlerinde, oldukça olumsuz etkilerinin olabileceğini söyleyebiliriz. Çünkü, psikiyatrik vakalarda erken tedavi, oldukça zor bir olaydır. Bu nedenle, ruhsal rahatsızlıklarda olduğu gibi, uzun süreli bakım gerektiren hastalıklarda, tedavinin uzaması, hastanın, iyileşmeden tedaviyi yarım bırakmasına neden olmaktadır. Elbette, bu yanlış beklentilerde, düzensiz



ilaç kullanma ve tedavi olma alışkanlıklarında, eğitim seviyesinin ve ekonomik seviyenin düşüklüğünün önemli bir payı olduğunu söylemeliyiz. Bu nedenle, hastalarla yaptığımız görüşmelerimizde de gördüğümüz gibi, hastaların, kendilerine verilen ilaçların çoğunu veya bir kısmını kullanmak istemedikleri, kullandıkları ilaçları ise, uzun süreli olarak kullanamadıkları tespit edilmiştir.

Bazı hastalar, ilacın yararına inanmadıkları, yararını görmedikleri için veya yan etkilerinden rahatsız oldukları için, bazıları, maddi durumları olanak vermediği için; bazıları ise, hastaların, psikiyatrik ilaca olumsuz bakışlarından ötürü, düzenli ilaç kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Konuştuğumuz bazı hastaların, doktorlarının kendilerine kızacaklarından çekindikleri için, yan etkilerini hissettikleri ilaçları kullanmadıklarını, düzensiz ilaç kullandıklarını, doktorlarından gizledikleri görülmüştür. Görüldüğü gibi, ilacın kullanılıp kullanılmamasında, hasta-hekim ilişkilerinin önemi büyüktür. Gerçi, psikiyatrik hastalarda, reddedilmekten korkmanın getirdiği bir çekingenlik, söz konusu problemlerin doğmasında, önemli bir faktör olarak ortaya çıksa da, muhtemelen bir başka sorun da, otorite ilişkilerini, hastanedeki görünümüdür. Hastaların doktorla olan ilişkileri, onların genel sosyal ilişki kalıplarından, özellikle de resmi kurumlar karşısındaki güçsüz, eşitsiz konumundan etkilenmektedir. Bilindiği gibi, iktidar ilişkileri, kendini kurumlarda daha fazla hissettirmektedir. Hastaneler, görevlerin dağılımından, işlerin yürütülmesine kadar, hiyerarşik bir yapılanmayı bünyelerinde barındırır. Hiyerarşik yapılanmalar ise, ister istemez otorite ilişkilerini barındırdığından, bu hiyerarşi, hasta-hekim ve hasta-personel ilişkilerinde olumsuz etkilerde bulunmaktadır.

Hastaların, düzensiz ilaç kullanımlarının nedenleri içerisinde, kültürel, sosyal etkenlerin yanı sıra, ilaç kullanımının, özel hayatta ve iş yaşamında yarattığı sorunların önemli bir etkisinin olduğu tahmin edilebilir. Çünkü, hastalarımızın önemli bir kısmının, özellikle, iş yaşamı açısından, üretken bir dönem olarak sayılabilecek, genç ve orta yaşta olmaları, onların, hastanede kalma ve ilaç kullanma sürelerini, olumsuz olarak etkilemiş olabilir. Elbette, bu yaşlardaki kişilerin, tedavilerini aksatmalarında, hastaların ifadelerinde görüldüğü gibi, onların sağlıklarının, tekrar düzeleceğine olan inançlarının ve işlerinin aksamasından duydukları endişenin, büyük bir etkisi vardır. Aslında, bu hastalar, durumlarının, yaşamakta oldukları sosyo-ekonomik sorunlarının

düzeleceğine inanamadıkları için, ilaçla iyileşeceklerine de pek inanmamaktadırlar. Dolayısıyla, ilaç kullanmaları da, düzenli ve sürekli bir tarzda olmamaktadır.

Bunun dışında, hastaların, rahatsızlıklarının yan etkileri konusunda, yeterli bilgi sahibi olmamalarının da, ilaç kullanmalarını olumsuz olarak etkilediğini belirtmeliyiz. Örneğin, ilaçların cinsel gücü azaltan etkisinin, hastaların ilaç kullanımını ve dolayısıyla da tedavilerini olumsuz etkilediğini belirtmeliyiz. Bununla birlikte, birçok hastanın, ekonomik yoksunluklarının, çalışmak zorunda oluşlarının, sağlık ve sigorta sorunlarının, onların ilaç kullanmalarında, ciddi problemlere neden olabilmektedir. Bunun ötesinde, ilaçların kullanılmasıyla, psikiyatrik hastalıkların iyileşmeyeceği, çünkü, ilaçla hastanın psikik yapısının değişmeyeceği çeşitli psikiyatrlar tarafından dile getirilmiştir. Üstelik, psikiyatrik ilaçların pahalılığı da göz önünde tutulduğunda, bu sorun, daha da artmaktadır.

Halbuki, hastalıkla ilgili olarak, kültürel tutumumuzun bir sonucu olarak, ilaçların düzensiz kullanımlarının, ani kesilmelerinin, yoksunluk yaratarak depresyonu daha da ağırlaştıracağı bilinmektedir (Volkan v.d., 1993: 438). Hatta, intihar düşünceleri olup da, bu düşüncelerini gerçekleştirecek cesareti olmayan hastaların, aldıkları ilaçlardan, ötürü, intihar girişiminde bulunmaları, ciddi bir problemdir. Çünkü, düzensiz ilaç kullanma alışkanlığı da dikkate alındığında, ilaçların, hastaların intihar riskini, 1/3 oranında arttırdığına ilişkin, önemli bulgular vardır (Küçükbayır, 1999: 37).

## 6. ÖRNEK OLAYLAR

### 6.1. Örnek Olay 1 (ÖO1)

Yedi çocuklu bir çiftçi ailesinin tek erkek çocuğu olan ÖO1, yaşamının çoğunu köyde geçirmiştir. 46 yaşında, evli ve beş çocuklu olan ÖO1, şu anda işsiz olup ailesiyle birlikte babasının evinde mecburen kalmaktadır. Ortaokul mezunu olan ÖO1, okuyamamasını, “çalışmak zorundaydım, bu nedenle okuyamadım, zaten köy yeri, bilirsiniz imkânları işte...” diyerek açıklıyor. Ama çiftçiliğe, şımartılma ihtimaline sahip her tek erkek çocuk gibi, o da fazla dayanamamış olsa gerek, çalışmak için İstanbul’a gitmiştir. Bir tuz fabrikasında, bekar ve yalnız başına, birkaç yıl çalışarak İstanbul’da kalmıştır.

Daha sonra, işten çıkarılınca köye dönüp evlenen ÖO1, yıllar sonra, ailesiyle birlikte tekrar Baskil’den Malatya’ya iyi bir iş kurmak amacıyla göç etmiştir. ÖO1, göçten sonra, yalnızlık ve yabancılik sorunundan çok, yaşamış olduğu asıl sorunun, ekonomik sıkıntılar olduğunu vurguluyor. Yedi bin dolar borçla kurduğu dükkanını, devalüasyon sebebiyle, elindeki avucundaki birikimiyle birlikte geri verdiğini ve hâlâ borcunun bitmediğini belirten ÖO1, “aylık geliriniz nedir?” şeklindeki sorumuza, “şu anda bir gelirim yok” diye cevap veriyor. “Peki, size kim bakıyor, yakınlarınız falan...” diyecek oluyorum ki, ÖO1, lafımı bitirmeden, “düşükten sonra, kim kime bakar hoca, sen ne diyorsun Allah aşkına” diyerek, iflas ettikten sonra, çaresiz kaldıklarını ve ailesiyle birlikte tekrar köyüne, baba evine geri döndüklerini anlatıyor.

Babasının eline baktığını ve evde ailesiyle, kız kardeşleriyle eşinin tartışmalarına üzüldüğünü anlatan ÖO1, bunların da, “olup bitenlere tuz biber” olduğunu belirtiyor. Krizden sonra, eşiyile tartışmalarının, ruhsal sıkıntılarını arttırdığını söyleyen ÖO1, eşinin iş kurma girişimini, “boyundan büyük işlere girmesi” olarak değerlendirip, eleştirmesini, tartışmalarına gerekçe olarak gösteriyor. İsteddiği gibi bir hayat yaşayamamasını ve tüm hayal kırıklıklarını maddi imkânsızlıklara ve sonuçta bozuk düzene bağlayan ÖO1, “Ben lüks istemiyorum, evde, arabada gözüm yok, evime çoluk çocuğuma ekmek götürüyüm, yeter bana. İnanır mısın, çocuğum, defter kalem istese alamam, vallahi alamam bu halimle.” ifadelerini sözlerine eklerken, gözyaşlarını siliyor ve susuyoruz. Sigara uzatarak, bir süre sonra tekrar sorular sormaya devam ediyoruz.

Hayata, geleceğe bakışına ilişkin sorumuza, “gelecekte ümitli olmak mümkün mü bu halle” şeklindeki bir soruyla cevap vererek, sigarayı içine çeken ÖO1, “ne ümidi,

şu halime bak! Ailem uzakta, perişan, oğlum Van'da asker, para bekler, biz muhtacız, daha ben nasıl hayata anlam vereyim, ümit duyayım? Her şey boş, ümit yok, görünmüyor” diyen ÖO1, bu nedenle, kendini değersiz, suçlu ve beceriksiz gördüğünü, bazen de kendinden nefret ettiğini belirtiyor.

ÖO1, kendini içe kapanık, diğergâm biri olarak gördüğünü söylüyor. “Kötülüğe karşılık vermeyip, sabretmek gerekir” diyen ÖO1, bu düşüncesinin gerekçesi olarak, sonucun nasıl olsa değişmeyeceği inancında olduğunu belirtmiştir. Ona göre, “insan, sorunlarını başkalarına, hatta yakınlarına bile açmamalı. Çünkü, “zaten ben üzülüyorum. Ailem niye üzülün ki?”.

Boş zamanlarında, eskiden, arkadaşlarla sohbet edip oyun oynadıklarını, ama, uzun zamandır insanlardan, kalabalıktan kaçtığını söyleyen ÖO1, kimsenin kendisine bir şey söylemesini, kendisi hakkında konuşmalarını istemediği için böyle yaptığını, çünkü, insanların hiçbirine güvenmediğini, insanları görmek bile istemediğini vurguluyor. Bunun yerine ÖO1, boş zamanlarında, müzik olarak Türk Halk Müziğini sevdiğini, film türlerinde ise, Yılmaz Güney'in filmlerini eskiden çok seyrettiğini, haberleri ise, şimdi takip ettiğini söylüyor. Ayrıca, ÖO1, trajik filmleri de ve kendi deyimiyle, “bizi anlatıyor” düşüncesiyle sevdiğini, dile getirmiştir.

ÖO1, baş ağrısı ve titreyen elleri nedeniyle başta, psikiyatrist olmayan bir doktora ve en son da, bu doktorun yönlendirmesi sonucunda psikiyatrist gelmiştir. Bu arada, ailesinin isteği üzerine ÖO1, hiçbir faydasını görmediğini söylediği bir hocaya boylama yaptırmıştır. “Allah, sevdiği insanları sıkıntılarla dener ve sabredenleri mükâfatlandırır” sözüne inanmadığını belirten ÖO1: “Hocam, beni Allah deli etmedi ki, hükümet böyle bu hale düşürdü. Bu kader değil, ekonomik bozukluk, yokluk bu hale getirdi.” diye cevap vermiştir.

ÖO1, sınırlı bir şekilde, bu konuyla ilgili konuşmasına şu sözlerle devam ediyor: “Dışarı çıkıp, bağıra bağıra yukarıdakilere, hırsızsınız, çalışıyorsunuz, sizin yüzünüzden böyle oluyoruz, desem, bu adam, akliyyede yatmış zaten, deli derler, dikkate almazlar bile. Ne yapayım bilmiyorum ki. Çocukluğumdan beri, 40 senedir sürünüyoruz, geçim derdiyle boğuşuyoruz” Bundan sonra da, “ülkenin iyi yönetileceğine ve hele idarecilere hiç güvenmediğini” belirten ÖO1, “şu hale bak! Eskiden, köyde suyu bile ben dağıttım, dürüstlüğümlle tanınırdım, şimdi borcumu ödeyemiyorum.” ifadelerini kullanmaktadır.

Alkol içme sebebini sorduğumuzda, “bu devalüasyon ve borçlanma olayından sonra, zaten hep içiyordum. Sabahları, yemeksiz bile içtiğim oldu” diyen ÖO1 “rahatlatıyordu” şeklinde cevap vermektedir. ÖO1, içki yüzünden ailesiyle çok tartıştıklarını, ama artık içmediği için, bu sorunun kalmadığını belirtiyor.

“Eski örflerimiz devam etmeli, kötülerini hariç.” diyen ÖO1, intiharı çok düşünmüş, hatta, alkol içip kendini Fırat nehrine atmayı bile tasarlamıştır. “Günah olur, bu dünyada bir şey görmedik bari orayı da kaybetmeyelim” anlayışıyla, intihardan vazgeçtiğini anlatan ÖO1, ayrıca, “sonra, aileme ne derler” diye düşündüğü için de, intihar etmekten vazgeçtiğini belirtiyor. “İntihar etmekten utandım aslında, ayıp gördüm doğrusu, ama ölümü kurtuluş olarak görüyorum” diyen ÖO1, hayatı boyunca çektiklerinden, belki de ölümle kurtulacağını ve belki de, öbür dünyada, buradaki gibi çekmeyeceğini ifade ediyor. Dindarlıkla ilgili sorularımıza, ara sıra cuma günleri namaz kıldığını söyleyerek cevap veren ÖO1, hastalıktan sonra, inançlarının daha da zayıfladığını ve intihar düşüncesinin de bunun bir kanıtı olduğunu vurguluyor.

Hastanın, evin tek erkek çocuğu olmasının, özellikle kırsal kesim için önemli bir açıklayıcı olması beklenebilir. Kırsal kesimde erkek çocuğa soyun devamı, ekonomik güvence vs. nedenlerle, çok değer verildiği genel olarak bilinmektedir. Bu nedenle, hastanın köy yaşamına kıyasla itinalı büyütülmüş olabileceği ve şikayetlerinin de bu sebeple, abartılı olabileceği söylenebilir. Ayrıca, hastanın alkol öyküsü de, onun sorunlarını dile getirme tarzında etkili olmuş olabilir. Hastanın, geçmişte, İstanbul’da tuz fabrikasında çalışmaya gittiğini biliyoruz. Orada, bekâr ve yalnız kalmasının, hastalığında anlamlı bir etkisi olabilir. Çünkü, yalnızlık, sosyal ilişki azlığı, bireyin sonraki yaşamında bozucu bir etki yapabilir. Hastanın, evin tek erkek çocuğu olma özelliğinin, ondaki gururu beslediğini, ama şimdi alacaklılarının onu rahatsız etmesi ile bu gururunun ciddi bir yara aldığı söylenebilir. Filme olan ilgisini, Yılmaz Güney vurgusuyla belirten hastanın, ekonomik hadiseleri, merkezi bir sorun olarak, hastalığının sebebi sayması, açıklamada yardımcı olabilir. Sorunlarının ağırlaşmasında, alkol kullanımının katkıda bulunduğu da söylenebilir. Gerçi yaşanan ekonomik sarsıntının, bireyselliğe indirgenmemesi gerektiğini ve bireyin yaşamını kökünden sarstığını unutmamalıyız. Ancak, inançlarının zayıflamış olması, asi vurgusunu arttırırken, oğlunun askerde olması, onu etkiliyor olabilir. Çünkü ayrılık, ölüm duygusuna en yakın tercümedir. Türkülerimizden birinde, “ölümle ayrılığı tartmış, elli dirhem fazla gelmiş

ayrılık” sözleri, ayrılığın ölümden bile daha etkili olduğu anlayışı, hastaların yaşadıkları duygularının anlaşılmasında açıklayıcı olduğunu tahmin edebiliriz. Bunun dışında, hastanın yaşadığı olumsuzlukları telafi edecek bir yaşın üstünde olması, yani orta yaşın üstünde olması da, onun hastalığında açıklayıcı bir faktör olarak düşünülebilir. Anlaşılan, erkeklik rolünü yıpratın, babasının eline bakmanın getirdiği eziklik, çocuğundan ayrı olmanın getirdiği kopmuşlukla ve eşiyle ve ailesiyle yaşadığı tartışmalarla birleşince, hastanın yaşadıklarının, onun ruhsal yapısı üzerinde sarsıcı bir etki oluşturduğunu söyleyebiliriz.





## 6.2. Örnek Olay 2 (ÖO2)

ÖO2, 37 yaşında bir erkektir. Dokuzu öz, biri üvey olmak üzere, on kardeşin ikinci küçüğü olan ÖO2, çocukluk anılarını "karabasan" olarak niteliyor. ÖO2, annesinin ölümünün kendisini çok etkilediğini, annesinin yerini kimsenin dolduramadığını, zaten o tarihten itibaren de, hayatının hep olumsuz geçtiğini ifade etmiştir. Küçük yaşta annesi ölen ÖO2, annesinin, ölümünden sonra evlerine gelen üvey annesinin kendi çocuklarına farklı, kendisine ve kardeşlerine farklı davrandığını, ayrımcı davrandığını, anlatmıştır. Bu ve benzeri nedenlerle, üvey annesiyle sürekli kavga ettiklerini vurgulayan ÖO2, bu tür sorunların babasına yansması nedeniyle, onunla da sürekli sorunlar yaşadığını dile getirmiştir. Ergenlik çağından itibaren, dayanılmaz bir hale gelen bu kavgalar nedeniyle zaman zaman evden kaçarak, bazen arkadaşlarında, bazen sokaklarda yattığını belirten ÖO2, yaşamının çoğunun, Malatya'daki yurtlarda, öğrenci evlerinde ailesinden ayrı geçtiğini belirtmektedir. Tekel memuru olan babasının, sürekli içerek, kumar oynayarak, kendileriyle hiç ilgilenmediğini, sürekli geçim sıkıntısı içerisinde yaşadıklarını, hayatlarını zehir ettiğini belirten ÖO2, şu anda, "baba kelimesinden bile nefret ettiğini" belirtiyor. Aile ortamını, sık sık yaşanan kavgalar ve dayaklarla tasvir eden ÖO2, ailelerinde, sürekli bir boşluğun, sevgi ve hoşgörü ortamı eksikliğinin olduğunu, üvey annesi bir yana, babasının bile, kendisinin nerede olduğunu, ne yaptığını merak eder görünmediğini, üzüntülü anlarında, yanlarında olmadığını, küçükken hep kendisini azarlayıp dövdüğünü, hatta evden kovduğunu ifade etmiştir. Bunların dışında, evlerinin üvey kardeşlerine kalması için, üvey annesinin, babasını yönlendirerek, evin tapusunu, bu kardeşlerinin üzerine yaptığını, kendisinin karşı çıkması üzerine, bu kişilerin, evine baskına geldiklerini belirtmiştir. Çocukluğundan beri sürekli çalıştığını işçilik, hamallık, boyacılık yaptığını ve ayakkabı boyacılığı ile okul masraflarını ve geçimini sağlamaya çalıştığını anlatan ÖO2, başkalarının dersane defterlerini rica, minnet alıp çalışarak, üniversiteyi kazandığını ve sonra da, "kimya mühendisi olayım derken, kendimi öğretmen olarak buldum" diyerek, geçmiş yaşantısının zorluklarını anlatmaktadır.

24 yaşındayken, kendisinden yedi yaş küçük, ilkokul mezunu bir kızla, görücü usulüyle evlenen ÖO2, dört çocuk babası olmanın zorluklarını anlatıyor. Geriye dönüp baktığında, Malatya'da, geçen yaşamı boyunca, hiç mutlu, huzurlu bir gününün olmadığını vurgulayan ÖO2, şu anda, görevi nedeniyle geldiği Elazığ'da ikamet ediyor.

Şu anda, öğretmenlik yapan ÖO2, asıl mesleğinin mühendislik olduğunu, ancak işiyle ilgili asıl sorununun, yaptığı işin, asıl mesleği olup olmamasından öte, çalışma yaşamında karşılaştığı haksızlık ve zorluklar olduğunu belirtmektedir. Yıllarca, köylerde, ağır koşullarda çalıştıktan sonra, şehre gelmeyi, tayin olmayı beklerken, daha yeni atanmaların, torpilli olanların, şehre atandıklarını ve bu yetmiyormuş gibi, bir de, gereksiz bir nedenle Arıcak'ın uzak bir köyüne sürgün edildiğini belirtiyor. Anlattığına göre, daha önce görev yaptığı köyde, köy arazisini kendi malları içerisinde göstermek isteyen muhtar ve adamlarıyla birkaç fakir köylünün kavgasına istemeden de olsa şahitlik yapmış ve muhtar, olayda istediği gibi şahitlik yapmasını istemiş, ÖO2 da şahitliği kabul etmemiş. Muhtar bu duruma kızınca, siyasi kozlarını kullanarak kendisiyle uğraşmaya başlamış ve çok sudan bahanelerle, kendisine zorluklar, sorunlar çıkarılmaya başlanmış ve sonuçta, ÖO2, Arıcak'ın bir köyüne sürgün edilmiştir. Bu nedenle, Bölge İdare Mahkemesi'ne müracaat ettiğini söyleyen ÖO2, bu arada çok yıprandığını belirtmektedir. Bu sürgün olayından sonra, ulaşım zorluğu nedeniyle, haftada bir eve gitmek zorunda kaldığını belirten ÖO2, bu nedenle eşiyile sorunlar yaşadığını, ayrıca, kaldığı yerde de yalnızlık çektiği için, sorunlar yaşadığını ifade etmiştir. Başından beri, herhangi bir birikimi olmadığı için, daha evlenirken, ekonomik sıkıntılar yaşadığını, sürekli borçlandığını anlatan ÖO2, şimdi de, bozulan buzdolabını değiştirdiği için tekrar borçlandığını ve bu borcu ödeyeyim derken, kalorifer borcunu ödeyemediğini, bu nedenle de, maaşına icra geldiğini, sürgün nedeniyle, ek ders alamadığı için de geçimini yapmakta zorlandığını, dolayısıyla maddi sıkıntılarının, sürekli olarak arttığını ifade etmiştir.

ÖO2, kendisini, içe kapanık, titiz, kaygılı, utangaç ama sinirli ve alıngan olduğunu, genelde sorunlar karşısında, sabır gösterdiğini, hatta, kötülöklere karşı da sabırlı olmak gerektiğine inandığını, ama bir yerden sonra, haksızlık karşısında artık dayanamadığını ve hukuki olmasa da sonuna kadar gittiğini ve yaşadığı sorunların da bundan kaynaklandığını söylemiştir. ÖO2, insanlar karşı çıksa da, kendi fikrini savunan bir kişiliğe sahip olduğunu, ama her defasında, bu nedenle sorunlar yaşadığını, içinden geleni, karşısındaki kişilere söylemekten çekinmediğini ama, doğruyu söylemek pahasına da dostlarını yitirmeyi göze alamadığını, zaten, "üzerim" endişesiyle de, sorunlarını başkalarına, yakınlarına yansıtıp, onları üzmeyi istemediğini ifade etmiştir. Okul yıllarında, arkadaşlık ilişkilerinin iyi olduğunu, ancak, evlendikten ve göç ettikten sonra, arkadaşlık ilişkilerinin koptuğunu, bu sürgün olayından sonra da, herkesten

şüphe eder olmaya başladığını, artık kimseye güvenmediğini, dolayısıyla kendini yalnız ve yabancı olarak hissettiğini ifade etmiştir. Yine aynı nedenlerle, şu anda boş zamanlarında, eskiden yaptığı gibi, sohbet edebileceği, dertleşebileceği kimsesinin olmadığını belirtmiştir. Türk halk müziğinden hoşlandığını belirten ÖO2, boş zamanlarında, müzikle aktif olarak ilgilendiğini belirtmiştir.

Hastalığının, önce, kalbinde hissettiği sıkışmalarla başladığını belirten ÖO2, bu nedenle, önce kalp doktoruna gittiğini, oradan psikiyatri servisine gönderildiğini, ama önce, "başkaları hakkımda ne düşünür?" diye psikiyatra gitmediğini, daha sonra ise, mecburen tedaviye katıldığını ifade etmiştir. Yoksa, daha önceleri, depresyon ve tedavisi hakkında, herhangi bir bilgisinin olmadığını ifade etmiştir. Eşinin ve ailesinin, kendisine büyü yapıldığı için hastalandığı yolundaki görüşlerine karşın, kendisi, aile huzursuzluğu, maddi sıkıntılar başta olmak üzere, haksızlığa uğrayarak, onurunun kırılması, yakın ilişkilerinde yaşadığı hayal kırıklıkları gibi birikmiş sorunlarını, hastalığının sebepleri olarak dile getirmektedir. Ailesinde, farklı fikirler olmakla birlikte, babasının zaten, alkolik olduğunu, kendisinin, eskiden ara sıra kıldığı namazı bile bıraktığını, hasta olduktan sonra ise, hiç dini bir ibadetle meşgul olmadığını belirterek, kendisini dindar olarak niteleyemeyeceğini ve bu konuda kendisini, belirli bir kesime yerleştiremediğini sözlerine eklemektedir. Hayatın anlamıyla ilgili düşüncelerini sorduğumuz ÖO2, "hiç" diye karşılık veriyor ve bilmiyorum, şu an düşünemiyorum" sözleriyle cümlelerini tamamlıyor. Başından geçenleri düşünerek, üzüldüğünü belirten ÖO2, olup bitenlerden daha çok ailesini, yakınlarını ve başına gelen haksızlıkları, sebep olarak gösterse de, üzücü olayları değerlendirirken, sürgün olayıyla ilgili olarak, dilini tutmadığı ve olaya müdahale ettiği için, daha çok kendini ve genel olarak da kaderini, neden olarak belirtmektedir. Başına gelenlerin sorumlusu olarak, biraz yönetimi, biraz da, kaderini suçlayan ÖO2, ülkenin iyi bir şekilde yönetilmediğini, yönetenlere güvenmediğini bu nedenle de, ülkenin geleceğinden endişeli olduğunu özellikle ifade etmiştir. Hayatta hiçbir isteğine, istediği ölçüde sahip olamadığını düşünen ÖO2, son zamanlarda, en fazla, sürgün nedeniyle yaşadığı haksızlıklara ve bu nedenle, ailesinden, çocuklarından ayrı kalmanın getirdiği sıkıntılara üzüldüğünü dile getirmiştir. Üç kez intihar girişiminde bulunduğunu belirten ÖO2, "eğer çocuklarım olmasaydı, şimdi burada olmazdım" diyerek, yaşama gerekçesinin, ailesine bağlı olduğunu ifade etmiştir.

ÖO2, kalabalık bir aileye mensup olması dolayısıyla, ihmal edilebilir bir sosyal zeminde büyümüştür. Ancak, çocukluk yaşamında, sürekli bir sosyal destek yoksunluğu yaşamaması yetmezmiş gibi, bir de, annesini kaybetmenin acısıyla birlikte, sosyal yalıtımın ilk deneyimlerini bu yıllarda yaşamıştır. Aile içerisinde, farklı muamelelere maruz kalması bir yana, ekonomik sorunları hiç bitmeyen ÖO2, kendi hayatını erken yaşlarda kazanmanın, okul masraflarını çıkarmanın sıkıntısını yaşamıştır. Ailenin duygusal temelini oluşturan annenin ölümüyle birlikte, ÖO2, evlerine gelen üvey annesiyle sürekli çatışmış, ayrıca, bu nedenle, babasıyla da sürekli tartışarak sorun yaşamıştır. Babasıyla yaşadığı bu sorunlardan dolayı, itilmişlik duygusuyla, yeterli bir kimlik geliştiremeyen ÖO2, daha sonraki yaşamında da, sürekli bir gelecek kaygısı ve geçmiş tatminsizliği yaşamıştır. Evlilikle birlikte, hayatı biraz olsun rahatlayan ÖO2, bu dönemlerde de ekonomik sorunları ve borç ödemenin sıkıntılarını yaşamaya devam etmiştir. Son olarak, ÖO2, yaşamış olduğu idari bir haksızlık nedeniyle ücra bir köye sürgün olunca, biriken bu sorunlar, çekilmez bir hal almıştır. Çünkü, sürgünle birlikte, ÖO2, bir yandan, ekonomik zorlukları, bir yandan da, çocukluk yaşamının üzücü yıllarını, yalıtılmışlık ve itilmişlik duygusunu tekrar yaşamıştır. Ayrıca, hastanın kişisel özellikleri ve haksızlığa yönelik öfkeli tavrı, onun mücadeleden yoksun sosyal ve bireysel donanımıyla çelişmektedir. Ayrıca, hastanın, kurumsal yetersizlikten, sorunlardan kaynaklanan bu boşluğu kaldırabilecek inançtan, ümitten yoksun olması, onun depresyona girmesinde etkili olmuştur, diyebiliriz.

### 6.3. Örnek Olay 3 (Ö03)

Ö03, 41 yaşında ve bir çocuk babasıdır. Ö03, yedi çocuklu bir ailenin, en küçüğü olarak Elazığ'da doğmuş ve yaşamının çoğunu Elazığ'da geçirmiştir. Geçmiş yıllarını anlatırken Ö03, aile huzursuzluğu, geçim sıkıntısı, yalnızlık ve sıkıntılı bir askerlik deneyiminin, kendisini oldukça sarstığı yorumunu getirmiştir. Çocukluk ve gençlik yıllarını anlatan Ö03, ailesinde olumsuz duyguların, sürekli olarak dayak ve kavgalarla ifade edildiğini, anne ve babasının, uzun süreli küskünlüklerinin olduğunu, "asabi" diye nitelediği babasının, sürekli annesini dövdüğünü anlatmaktadır. Ö03, ekonomik zorluklar nedeniyle okuyamadığı için, ancak, ilkokulu bitirebilmiştir. İstanbul'a gitmesinde, babasıyla yaşadığı sorunların önemli bir yer tuttuğunu belirten Ö03, "yaşamım boyunca, aile huzursuzluğu yaşadım, evlilikten önce de sonra da, bu değişmedi. Şimdi, çocuğumu bile doğru dürüst göremiyorum" diyerek ağlıyor ve sigarasını yakıyor. Ailesinin, kendisini hor görerek utandırdığını, kendisinin nerede kaldığını, ne yaptığını, pek merak etmediklerini söyleyen Ö03, ailelerinde alkol nedeniyle de sorunlar yaşadıklarını ve bu sorunu kendisinin de yaşadığını ifade etmiştir.

Ö03, 20 yaşında, görücü usulüyle evlendiği eşinden, birkaç yıl önce boşandıktan sonra, anne babası ile birlikte yaşamaya başlamıştır. Boşanma olayında, eşinin ve hukuk sisteminin, kendisine çok gaddarca davrandığını belirten Ö03, onurunun kırıldığına, haksızlığa uğradığına inanmaktadır. "Kadın hakları" var diye, evinin boşaltıldığını, eşyalarının elinden alındığını belirten Ö03, bu soruna neden olan nafaka davasını değerlendirirken, "zaten, işim olsaydı, bu sorun olmazdı. Nafaka parasını nereden bulayım?" diyerek eleştirmektedir. Çocukluk yıllarının Elazığ'da geçtiğini ifade eden Ö03, kaynakçılık işinde çalışmak için, gençlik yıllarında, 10 yıla yakın bir süre, İstanbul'da kaldığını, evlilik sonrasında ise, zaman zaman çalışmak için, yine İstanbul'a gittiğini ifade etmiştir. İstanbul'da, sürekli bir yalnızlık içerisinde günlerini geçirdiğini ifade eden Ö03, o yıllarda, özellikle, akşamları, yabancılık ve gariplik hissettiğini ifade etmiştir. Çalıştığı zamanlarda, kazandığı paranın, kendilerine yetmediğini, sosyal güvenceleri olmadığı için de, endişelerinin hiç bitmediğini ifade eden Ö03, bir yıldan fazla bir zamandır işsiz olduğunu ve şu anda da emekli babasının eline baktığını dile getirmiştir. Yaptığı işçiliğin, sürekli olmadığını, zaten eşinin kendisini terk etmesinde de, bu ekonomik faktörlerden, evden uzakta çalışmasının yarattığı sorunlardan kaynaklanan tartışmalarının, ağır bastığını ifade eden Ö03, boşanmalarında, eşinin



inatçı tutumunun, acımasızlığının ve eşinin ailesinden kaynaklanan sorunların, etkili olduğunu belirtmiştir. Daha karısıyla ilgili konuşmalara başlamadan önce, oradan geçen bir hastayı, bana göstererek, "Bak işte! Bu adam, karısı kendisine kör dediği için, onu öldürmüştü" diyerek, karısına olan öfkesini belirtmiştir. Eşiyle boşanmadan önce, sürekli tartışıklarını belirten ÖO3, "Bir kadının gittiği evden, ancak tabutu çıkar "anlayışıyla, gerektiğinde erkeğin eşini dövmesinin normal olduğunu düşünmektedir.

Depresyon hakkında, daha önce herhangi bir bilgisinin olmadığını ve rahatsızlığının ilk belirtileri ortaya çıktığında, önce, alkole sığındığını, sonra da bir hocaya başvurarak, çözüm aradığını belirten ÖO3, hastalığının, ilk kez depresyon olduğunu, başka bir doktorun, kendisini, Akıl ve Ruh Sağlığı Hastanesine sevkinden sonra, anladığını belirtmiştir. Anne ve babasının telkiniyle, eşinin kendisine büyü yaptığı gerekçesiyle, gittiği hocadan, hiçbir fayda görmediğini belirtmiştir. Sekiz aydır, düzensiz ilaç kullandığını vurgulayan ÖO3, personelden şikayetçi olmamakla birlikte, tedavi açısından, hastane şartlarının yeterli olmadığını ifade etmektedir.

Doğru bildiğini yapmak ya da söylemek adına, bir dostluğu yitirme tehlikesini göze alabileceğini belirten ÖO3, bununla birlikte, bir problem anında, içinden geçenleri, açıkça karşısındakine söyleyemediğini, içine atıp, unutmaya yolunu tercih ettiğini ifade etmektedir. Herhangi bir haksızlık anında, öfkelenmediğini, ancak, sonuç değişmeyeceği için, çaresizleştiğini belirten ÖO3, bunun yanı sıra, karşılaşılan bir kötülüğe, iyilikle karşılık verilmesi gerektiğine inanmaktadır. Karşılığını veremeyeceği durumlarda, asla bir yardım isteyemediğini belirten ÖO3, insanların ayıplamasından oldukça çekindiğini ifade etmiştir. Gerektiğinde, arkadaşları üzülmesin diye, insanın isteklerinden vazgeçmesi gerektiğini söyleyen ÖO3, kişinin sorunlarını çözmek pahasına, bu problemlerini başkalarına yansıtmamasının, doğru olmayacağına inandığını vurgulamaktadır. Kişiliğini, içe kapanık, utangaç, sinirli, titiz, alıngan ama vefakar olarak değerlendiren ÖO3, duygularında, kendini beceriksiz, değersiz, suçlu, "boşbeleş", gayesiz, yalnız, yabancı olarak hissettiğini ve nihayetinde, kendinden nefret ettiğini vurgulamıştır. Hastalandıktan sonra, yakın ilişkilerinin koptuğunu, soğuduğunu belirten ÖO3, insanların çoğuna güvenmediğini ve zaten, dertlerini paylaşabileceği bir dostluğunun da olmadığını ifade etmiştir. Önceleri, arkadaşlık ilişkilerinin fena olmadığını, genelde kahve arkadaşlıklarının olduğunu, ama son birkaç yıldır, tamamen yalnız olduğunu ifade etmektedir. Daha önceleri, müzik dinlemekten hoşlandığını



belirten ÖÖ3, arabesk müziğinde, kendini bulduğunu, film tercihleri içerisinde ise, "vurdulu-kırdılı" filmlerinin, cinayet filmlerinin ilgisini çektiğini ifade etmiştir.

Hayatın anlamı ve amacıyla ilgili sorumuza, "bilmiyorum" cevabını veren ÖÖ3, kendini, dindar olarak gördüğünü, ancak, ara sıra ibadet edebildiği için de, kendini bu konuda, zayıf hissettiğini, inancının, son yıllarda sürekli zayıfladığını ve hastalıkla birlikte de intiharı bile düşündüğünü, bu konuda plan yaptığını, ancak daha sonra, "günah olur" endişesiyle, bundan vazgeçtiğini ifade etmiştir. ÖÖ3, ölümün bir son olduğuna inanmadığını, ancak, "ölümü düşündüğümde, içimi sıkıntı, korku, ve boşluk duygusu kaplar" ifadesini kullanmıştır. Her ne kadar ÖÖ3, "başımın geçen üzücü olayları öncelikler kadere bağlarım dese de, depresyona girmesinin sebebi olarak, maddi sıkıntıları ve aile huzursuzluğunu görmektedir. Geçmiş yaşamında, hiçbir doyum noktası bulamadığını söyleyen ÖÖ3, bırakın isteklerine, hedeflerine ulaşmayı, yaşamış olmaktan, doğmuş olmaktan bile pişmanlık duyduğunu, ülkeyi yönetenlere güvenmediğini, bu nedenle de geleceğin belirsiz olduğuna inanan ÖÖ3, bu nedenle olsa gerek, gelecekte endişeli olduğunu vurgulamaktadır. ÖÖ3, "Son olarak, bu hastalığınızla ya da başka bir şey hakkında söylemek istediğiniz bir şey var mı?" şeklindeki sorumuza, "bir işimin olmasını ve güzel yaşamayı istiyorum" cevabını vermiştir.

Hasta, küçüklükten beri, ailesinde kavgaın eksik olmadığını, bugün bile zaman zaman anne ve babasının tartıştıklarını, önceden olduğu gibi, aylarca, birbirleriyle konuşmadıklarını, küstüklerini belirttiğine göre, insanlar arası ilişkilerde, sosyal becerilerde, çocukluk yıllarından beri taşıdığı bir eksiklik, yetersizlik duygusunun ağır bastığını söyleyebiliriz. Onun bu sosyal beceri yetersizliği, daha sonraki kırılganlığında önemli bir paya sahip olmuştur. Hastanın babasıyla yaşamış olduğu sorunlar, babasının ona ve annesine yönelik şiddeti, onun sağlıklı, kendine güvenen eril bir kimlik edinmesini engellemiştir. Hastanın, babasıyla olan ilişkilerinden dolayı, İstanbul'a kaçıp, orada bir müddet çalışmasıyla başlayan yalnızlığı, daha sonra, süreklilik kazanarak hastanın kişisel bir özelliği oluvermiştir. Ama, yalnızlık, sosyal varlık olan insan için bir vurgundur. Yaşadığı travmatik aile yaşantısı nedeniyle, çocukluğundan beri, diğer insanlarla sağlıklı bir ilişki geliştiremeyen hastanın, ekonomik ve sosyal nedenlerin de etkisiyle, eşiyle sağlıklı ilişkiler kuramaması, anlaşamaması beklenir bir durumdur. Geçmiş yıllara ait ekonomik sorunlara değinirse de, belirli güvencelerden

yoksun, geçici işlerde çalışarak geçimini sağlamaya çalışan hastanın, bu konudaki beklentilerinin karşılanmadığı ve genel olarak da hayal kırıklıklarına uğradığı görülmektedir. Halen işsiz olan hastanın, eşiyle olan tartışmaları, anlaşmazlıkları ve nihayetinde ondan boşanması da, hastanın bu düşük sosyo-ekonomik durumuyla yakından alakalıdır. Anlaşılan, erkeklik rolünü yıpratın, babasının emekli maaşına bakmanın getirdiği eziklik, çocuğundan ayrı olmanın getirdiği kopmuşlukla ve eşi tarafından terk edilme duygusunun yarattığı öfkeyle birleşince, hastanın yaşadıklarının, hastanın ruhsal yapısı üzerinde sarsıcı bir etki oluşturduğunu söyleyebiliriz.



#### 6.4. Örnek Olay 4 (ÖO4)

Üç çocuklu bir ailenin ortanca çocuğu olan ÖO4, 44 yaşında ve üç çocuk babasıdır. Ekonomik zorluklar ve siyasi nedenlerle eğitimini devam ettiremeyen ÖO4, lise mezunudur. 13 yaşına kadar köyde büyüyen ÖO4, sonra iyi bir iş bulmak amacıyla, ailesiyle birlikte Elazığ'a göç etmiş ve 19 yaşında Elazığ'da evlenmiştir. Hizmetli olarak çalışmanın sıkıntılarından, yoruculuğundan bahseden ÖO4, en çok da para yetersizliğinden yakınıyor.

İsteklerinin çoğuna ulaşamadığını belirten ÖO4, hayal kırıklıklarını, sosyo-ekonomik şartların bozukluğuna bağlıyor. ÖO4, geçim sıkıntısı nedeniyle, sağda solda işçilik yapıp geçimini sağlamaya çalıştığını, çocuklarıyla ilgilenememesi yüzünden de, başlarına ne tür felaketler geldiğini ağlayarak anlatıyor. Bir oğlunun, ekonomik ve siyasi sebeplerle, İstanbul Hukuk Fakültesi'ni yarıda bıraktığını, bir diğer oğlunun siyasi mahkum olduğunu ve en dramatik olanın da, tiner kullandığını sonradan öğrendiği oğlunun, günün birinde intihar etmesi olmuş. Oğlunun intihar ettiğini söylerken, gür bir sesle ağlamaya başlayan ve gözleri kan çanağına dönmüş olan ÖO4, bundan sonra başından geçenleri, daha rahat anlatmaya başladı. ÖO4, çocuğunun, siyasi nedenlerle mahkum olmasının, rahatsızlığının artmasına sebep olduğunu söylüyor.

ÖO4, ölümün bir son olmadığına inansa da, oğlunu ve ölümü her düşündüğünde, içinin korku ve sıkıntıyla karışık bir duyguyla dolduğunu belirtiyor. ÖO4, oğullarıyla yeterince ilgilenmediği için, onun intiharından kendini suçlu ve sorumlu tutuyor. Onu hatırladığında, hâlâ çok özlemiş olduğunu ve zaman zaman kendisinin de intiharı düşündüğünü belirtiyor. Ama bir yandan da yakınları üzüdür ve günâh olur diye, intihardan uzak durmaya çalıştığını ifade ediyor.

ÖO4, 1980 sonrasında gençliğin, herhangi bir hedeften yoksun, başı boş olmaya yönlendirildiğini ve intihar eden oğlunun ölümünden de, bu medyatik etkilerle yaratılan sahte dünyayı sorumlu tutuyor. Ülkenin, başta eğitim olmak üzere, ekonomiden tüm alanlara kadar yapılan yönetim hataları yüzünden, geleceğin ve gençliğin bitirildiğini vurgulayan ÖO4, bu nedenle, ülkeyi yönetenlerden ve ülkenin geleceğinden ümitsiz olduğunu ifade ediyor. Kendini, sosyal demokrat olarak değerlendiren ÖO4, oğlunun intiharından ve bu hastalığından sonra, intihar girişimlerine rağmen inançlarının arttığını söylüyor. Hatta ona göre, Allah, insanları sıkıntılarla karşılaştırır ve sabredenleri mükâfatlandırır.

Boş zamanlarında kitap okuduğunu, Türk Halk Müziği dinleyip saz çaldığını söyleyen ÖO4, eskiden, polisiye filmlerini sevdiğini sözlerine ekliyor. Arkadaşlık ilişkilerinin zaman zaman sarsıldığını belirten ÖO4, kendini öfkeli ve kötülüğe karşı her zaman cevap vermek durumunda hisseden, kaygılı biri olarak tarif ediyor. Sözü nü esirgemeyen ve sosyal biri olduğunu söyleyen ÖO4, tüm başına gelenlerin sorumlusu olarak, kendini suçladığını, dolayısıyla da, kendisini değersiz, beceriksiz ve boş biri olarak değerlendirdiğini söylüyor.

Yaşamının bir kısmını köyde geçiren ÖO4, göçle birlikte, sosyal ortamını değiştirmenin ve adapte olabilmenin zorluğunu yaşamıştır. Ekonomik ve siyasi nedenlerle eğitim hayatını yarıda bırakan ÖO4, erken evlenerek, zor bir rolü üstlenmesi, yaşamını ağırlaştırmıştır. Maddi sıkıntıları devam eden hastanın, çocuklarıyla yeterince ilgilenememesi sonucunda, çocuklarından birinin siyasi mahkum olması ve ötekinin intihar etmesi sonucunda, onun kendini suçlayarak rahatsızlanmasında, oldukça etkili olmuştur. İdealist bir bakışla hayatı değerlendiren ÖO4, karşılaştığı sorunlar karşısında, ciddi bir hayal kırıklığı yaşamıştır. Çocuklarını okutup mutlu olduklarını görmeyi isterken her bir çocuğunun farklı bir sorunla karşısına gelmesi, aile içerisinde de sorunlar yaşamasına neden olmuştur. Çocuklarının durumuna üzülme bir yana, eşinin kendisini suçlar bir tavır takınması, aile reisi olarak bunlardan kendini sorumlu hisseden ÖO4, eşiy le ciddi sorunlar yaşayarak, hastalandığına inanmaktadır. Bir anlamda, ekonomik-kültürel beklentilerin bir parçası olarak, "gelecek" anlamına gelen çocuklarını kaybetmesi, ÖO4'ün, hayal kırıklıklarının temelini oluşturarak, geleceğe olan ümidini azalttığını ve hastalanmalarına neden olduğunu ifade edebiliriz.

### 6.5. Örnek Olay 5 (ÖO5)

Zayıf bünyesi ve dağınık saçları ile bitkin görünümünü tamamlayan soluk, yamalı üstüyle bu genç, yanımıza geldiğinde, gayet hürmetkar tavırlarla, bu çalışmanın maksadını, söylediklerinin, gizli kalıp kalmayacağını ve bu görüşmenin, kendisine ne faydası olacağını sordu. Doktor olmadığımızı, ama bu çalışmanın, tüm depresyon hastaları için faydalı olacağını ve kimliğinin de saklı kalacağını söyledikten sonra, sorularımızın cevabını almaya başladık. Tunceli'nin bir köyünde, dokuz kişilik bir ailenin, ortanca çocuğu olarak dünyaya gelen ÖO5, 30 yaşında, evli ve dört çocuk babasıdır. Şu anda işsiz olan hasta, herhangi bir geliri olmadığından, yine aynı köyde ikamet eden ailesinin yanında kalmakta ve onların eline bakmaktadır.

ÖO5, daha 9-10 yaşlarındayken, bir yakınlarının kızı ile ilişkisinden dolayı, kızın ailesi tarafından, kendi ailesine ve kendi ailesinin ise kendisine, çok yüklendiğini ve o zaman yaşadığı utanç ve sıkıntıyı, hiç unutamadığını anlatmaktadır. Ortaokulu okumak için yakınlarındaki bir köyde tek başına kalmak zorunda kaldığını belirten ÖO5, bu sıralarda yalnız olduğunu ve evini özlediği için de sürekli ağladığını anlatmaktadır. ÖO5, kendi başarısızlığından dolayı ve ekonomik nedenlerin de etkisiyle, eğitimini sürdürememiş ve 15 yaşlarındayken, çalışmak için abisinin yanına, İzmir' e gitmiştir.

ÖO5, İzmir'de yaşadığı bu sırada çok yalnızlık hissettiğini, kimseyle arkadaşlık kuramadığını ifade etmiştir. Hastaya göre, yengesi, kendisinin yanlarında kalmasını istemediğinden, ona cinsel taciz iftirasında bulunmuş, bunun üzerine hastanın abisi, kendisi hiçbir şeyden habersiz, banyoda yıkanırken, ona ağır hakaretlerde bulunup, onu dövmüştür. Bu olaydan sonra, tek başına şehir hayatında tutunamayan ÖO5, köye dönmüş ve sonra da, dalıp gitmelere gömülen bunalımlarını yaşadığı, askerlik görevine başlamıştır.

Yer ve ilişkilerde yaşadığı değişimler, elbette, burada bitmemiştir. Yaptığı erken evlilikten sonra, geçimini sağlamak için önce, tek başına, sonra da eşyle, tekrar İzmir' e giden ÖO5, bir müddet orada kalmış, ancak, abileri nedeniyle tercih ettiği bu şehirde, abisinin kendisiyle konuşmasını istemeyen yengesi, sık sık huzursuzluk çıkarmış ve bu sorun, bir yara gibi kanamaya devam etmiştir. Rahatsızlığının, ilk kez bu dönemlerde başladığını söyleyen ÖO5, başlangıçta, kendisini çalışamayacak derecede bitkin bırakan bu haline bir anlam verememiş ve hastalığının ne olduğunu, çok sonraları, bir akrabalarının önerisiyle gittikleri, psikiyatrden öğrendiğini ifade etmiştir. Birkaç ay

düzensiz bir şekilde ilaç kullandığını belirten hasta, maddi sıkıntılarından dolayı, tedavisine devam edemediğini ifade etmiştir.

Ekonomik nedenlerle, bir müddet anne-babasının yanında kalmak için köye dönen ÖO5, eşiyle annesinin tartışmalarından dolayı, sıkıntılı anlar yaşamıştır. Burada, yani köyde yakın arkadaşlıklar kuramadığını belirten ÖO5, bunda, köyde, sürekli kalmamasının ve hastalığının etkili olduğunu söylemektedir. Her gurbete gidişin, onu hırpaladığını ve her köye dönüşün ise, onu rahatlattığını söyleyen hastanın, bu geri dönüşü "bize", yuvaya dönüş özlemini çağırıştırıyor. Nedense, ağlayan bu hastayı, bir an için çocuğa benzetiyoruz. Ağlarken, elini hızla sigaraya götürüşü, memesini arayan çocuk figürünü aklımıza getiriyor. Sigarasını, ağlayarak ağzına götürürken, ikimiz de susuyoruz. Bir sonraki sigarayı artık, ne zaman vereceğimi biliyorum diye içimden geçiriyorum. "Biz" duygusunun, içinde bulunan ferdin, tıpkı anne karnındaki gibi, kendini bir parçası, ait olduğunu, hissettiği bütünü, simgesel kuruluşu olduğunu E. Fromm'un, S.Freud'un yazılarından hatırlayabiliriz. Başlangıçta, sadece, ait olduğu köy, sosyal hayatıyla, değerleriyle değil, aynı zamanda samimi, yakın olduğu kişilerle de bağlarını kopararak, içinde yaşamaya çalıştığı devasa şehir hayatı ve değerleri, hastanın çelişik duygular yaşayarak yabancılaşmasına, yalnızlaşmasına neden olmuştur.

Hastanın babasının, köydeki bir olay nedeniyle ölümden döndüğü belirten ÖO5, bu olaydan aşırı derecede etkilediğini ifade etmektedir. Hastanın, bu olay sonrasında öfkesinin bastırılmasıyla birlikte, düştüklerini düşündükleri küçültücü durum, onun benlik duygusunu zedelemiş olabilir. ÖO5, babasının, dede soyundan olduğunu, ama çok pasif ve silik bir kimliğe sahip olduğunu belirtmekte, annesinin, geçmişte çektiği çilelerin, yoklukların da etkisiyle, çok sinirli ve otoriter bir kadın olduğunu söylemektedir. Hatta, ÖO5, köyde babasından çok, annesinin tanıdığını ve kendilerini tanıtırken, babaları yerine, annelerinin ismiyle tanıttıklarını ifade etmektedir. Annenin, bu otoriter yapısına karşılık, babanın pasif ve edilgin yapısı, hastanın özdeşim kurabileceği güçlü bir erkek kimliğini, modelini engellemiş, bu da, köy için önemli bir özellik sayılan erkeksi özelliklerinin, anne baskısıyla dumura uğratılması sonucunu doğurmuş olabilir. ÖO5, kalp hastası olan eşinin, kırdığı bir bardağın bile, büyük tartışmalara, kavgalara neden olduğunu ve bu nedenlerle, baba evinden ayrılmak zorunda kaldığını anlatarak, aile huzursuzluklarının, kendisini oldukça yıpratmış olduğunu belirtmiştir. Anlaşılan ÖO5, eşiyle annesinin sebep oldukları, gelin kaynana problemleri



arasında, kişiliğinin ezildiğini hissetmektedir. Çünkü, anketteki verilerde de görüldüğü gibi, Ö05, pasif, çekingen ve bağımlı kimliğinden ötürü, ne eşine ne de annesine karşı, etkili bir kimlik geliştirememiştir. Gerçekten de Ö05, liseyi bitirmiş eşi karşısında, ortaokul mezunu olarak eziklik duyduğunu, ekonomik sebeplerin de etkisiyle olsa gerek, kendini beceriksiz, değersiz hissettiğini söylemektedir. Bu silik kimliğine karşın, hastanın, anketteki "kadınların, gerektiğinde dövülebileceği ve kadının, erkek kadar serbest olmaması gerektiği" şeklindeki düşüncüyü paylaştığını belirtmesi, onun annesine ve eşine karşı hissettiği duyguların yorumlanması açısından, önemli bir durum olduğunu düşünebiliriz. Bununla beraber, hastanın anlattığı ifadelerden, annesinin de, sinirlilikte yansımaları bulan, huzursuz bir kişiliğinin olduğunu ve hastanın yetiştirilmesinde ve kişiliğinde, bunun da önemli bir etken olduğu düşünülebilir. Çünkü, yapılan araştırmalarda, ruhsal bozukluğu olan anne ve babaların, çocuklarında psikolojik ve kişilik problemlerinin daha çok görüldüğü belirtilmektedir. Hastanın, yetersiz ebeveyn özdeşimi, eğitimsizlik, ekonomik sorunlar, hor görülüp utandırılma, bastırılmışlık, beklentilerinde uğradığı hayal kırıklığı ve daha birçok kompleks faktörün etkisiyle, içe kapanık, çekingen ve hatta korkak bir kişilik geliştirdiği söylenebilir. Örneğin, bir defasında, eşiyile tartışırken eşinin boğazına sarıldığını, bu esnada, öleceğini zannettiğini ve çok korktuğu şeklindeki açıklamasından ve ölümle ilgili anket sorusuna verdiği cevaptan da anlaşılacağı gibi, hastanın ölüm korkusu, genel olarak da belirsiz bir korku ve çekingenliği söz konusudur.

Hastanın, intihar düşüncelerini de, üzerinde daha önce hiç düşünmediği ölümden korktuğu için gerçekleştiremediğini söylemesi anlamlıdır. Görüldüğü gibi, Ö05, sosyal ve kültürel nedenler yüzünden, kişilik problemi yaşamıştır. Ama, bunun da ötesinde, sosyal olarak yaratılan kişilik problemleri, onun ilişkilerinde sorunlar çıkarmasına, sorunlara maruz kalmasına neden olmaktadır. Ö05, önceden hayvancılığın kendilerini idare ettiğini, ama terör nedeniyle, artık bu imkanlarının da tükendiğini ifade etmektedir. Ekonomik açıdan nispeten iyiyken çocuklarından, ailesinden ayrı olmanın acısını, şimdi de ailesinin yanında, ekonomik sebeplerle sıkıntı çektiğini belirten Ö05, halen zaman zaman çalışmak için İstanbul ' a gitmek zorunda kaldığını anlatıyor.

Düzenli bir geliri olmadığından, aylık geliri için bir şey söyleyemeyen Ö05, işsiz olduğunu ve buraya gelmek için "keçisini sattığını", ama ancak, başkalarının karnesi aracılığıyla alabileceği ilaçların çok pahalı olması nedeniyle, hastane sonrasında çaresiz

kalacağını da iç çekerek anlatmaktadır. Hastaya, “isteklerinin şu an gerçekleşebileceğinin vaad edilmesi durumunda, en çok neyi isterdin?” deyip, “zenginlik, makam” diye sıraladığımızda, ÖÖ5; “evime, çocuğuma, çoluğuma ekmek götürebileceğim bir iş, bir de ailemin, şimdi burada yanımda olmasını, beni ziyaret etmelerini isterdim.” ifadelerini kullanmıştır. Bunun üzerine, “Neden onları buraya çağırılmıyorsun” dediğimizde, hastanın gözleri doldu ve kaçamak ifadelerle “nasıl açayım, telefon yok ki” dedi. Bunun üzerine, cep telefonumu çıkarıp, eviyle konuşması için, numarayı söylemesini istedim.

Hastanın, ailesinin akıl hastanesine, buradaki diğer yakınları ile gelip, zaten bulunmaktan dolayı suçluluk duyduğu bu mekanda görülmeyi istemediğini, neredeyse, bunun duyulmasından rahatsızlık hissettiğini, bu nedenle de ailesiyle konuşmaktan bile utandığını anladık. Bu konudaki tereddütünün sebebini sorduğumda, önce ekonomik sebebi öne sürdü, ama sonra ÖÖ5, gezmek için gittiği nizamiyenin önünde dururken, oradan geçen gençlerin, hastaneyi göstererek; “burası deliler hastanesi, buraya delileri kapatıyorlar” şeklindeki konuşmalarını anlatınca, etiketlenmenin gücünü anladık. Bu güç, beni, bir tanıdıkla hastanede karşılaşınca, ona neden orada olduğumu, hemencecik anlatmaya zorlayan güçtü: “Ben deli değilim.” Bunun, kendisini çok etkilediğini sulu gözlerle söyleyen bu genç, “ben deli miyim, köydekiler ne der, Allah'ım aklımı koru” şeklinde dualar etti.

Psikoz hastaları ile aynı nizamiye ve bahçe içerisinde bulunan ve zaten kendine güvenini kaybeden bu tür hastaların, bu ortamdan etkilenmemesi elbette düşünülemez diye, içimizden düşünürken, bir yandan da, böyle konuşanların cahil olduğunu, bu hastalığın, normal insanların hastalığı olduğunu ve iyileşen bir hastalık olduğunu söyleyerek, onu sakinleştirmeye çalıştık. Kendisini ikna ettikten sonra, cep telefonumdan köylerini arayıp, telefonu hastaya uzattım ve ÖÖ5, karşıdan gelen ses üzerine ağlayarak, karışık konuşmaya başladı. ÖÖ5, bu konuşmadan dolayı çok rahatlamış olacak ki, bize, sık sık teşekkür ediyordu. Neler konuştuklarını ÖÖ5'e sorduğumda; aile bireylerinin iyi olduklarını, kendisini ziyaret için geleceklerini, ama bunun için paraları olmadığını anlattı.

Cemaatimsi ve geleneksel yapılarda ortaya çıkan mahremiyetçi tavırlar, sorunların bastırılmasını; otoriter tavırlar ise, eleştiriyi engelleyerek, bireylerin sorunlarını yansıtamamalarına neden olmaktadır. Bireyler, yine, bu yapı nedeniyle ortaya çıkan

sorunlarını, aynı nedenlerle bastırmaktadırlar ama, bastırılan sorunlarının dönüştürülebileceği etkili bir yüceltmeye olanak sağlayacak, sosyal ve kültürel ortamlar olmadığından, çıkacak bir dedikodunun objesi haline geliyorlar. Rehberlik yerine, sorunlar bastırılarak halledilmeye çalışıldığından suskunluk, övülen kültürel bir kod haline gelmekte ve psikolojik bazı problemler, olgunluk, ağırbaşlılık olarak değerlendirilerek, maskelenmekte, böylece “suskunluk sarmalı”, kültürel bir kabule dönüşmektedir.

Ailesinin ve kendisinin, ayda birkaç kez de olsa, alkol aldığını anlatan ÖO5, genelde, morali bozuk ve parası olduğu zamanlarda, içki kullandığını belirtmektedir. Alkolü, ruhsal sıkıntılarını gidermek için kullandığını anlatan hastanın sorunlarının, alkol kullanımı nedeniyle, derinleşmiş olabileceğini söyleyebiliriz. ÖO5, boş zamanlarında, arabesk müzik dinlediğini ve gençliğinde de duygusal, trajik filmler izleyip, bu filmlerdeki acıklı sahnelerden oldukça etkilenip, ağladığını ve sanki kendi başına gelmiş gibi etkilendiğini, gerçek hayatta da, başkalarının acılarından çok etkilendiğini anlatmaktadır. Hastaya, sanatçılardan bir örnek vermesini istediğimizde, müzikte, Müslüm Gürses'i, sinemada ise Emrah'ın filmlerini örnek olarak göstermedi. ÖO5, çekingen ve bağımlı bir kişiliğe sahip olduğu için, zaten sosyal ilişkiler anlamında bir fayda elde edememektedir.

Genel olarak eğitimsizliği ve az gelişmiş bir dini anlayışı, hastanın hem sosyal ilişkilerini hem de hastalığıyla ilgili tutumlarını olumsuz olarak etkileyebilir. Örneğin, ÖO5, hastalığıyla ilgili olarak, kendisine büyü yapıp yapmadığından emin olmak için yengesinden, Kur'an-ı Kerim'e el basmasını istediğini ifade etmiştir. Bu hastalıkla ilgili olarak, daha önce hocaya götürüldüğünü belirten ÖO5, bu nedenle, biraz rahatladığını dile getirerek, geçen yıl, boynunun muskalarla dolu olduğunu ifade etmiştir. ÖO5, tamamen olmasa da, kısmen olumsuzlukları atfedebileceği, yansıtma mekanizmasını kullanabileceği bir ideolojik, dini bir çerçeve veya siyasi bakışa sahip olmadığından, yaşadığı sorunlardan kendini sorumlu tutmakta, hatta çalışmayacak kadar hasta olduğu için de, suçluluk duymakta ve bu suçluluk psikolojisinden dolayı da intiharı düşünmektedir. Çünkü, birey, olup biten tüm sorunlarını yansıtmak yerine, onları içine çekerek, kendisine “suçluyum, beceriksizim” etiketini yapıştırmaktadır. Onun, kendi durumuna yabancılaştığının bir göstergesi olarak değerlendirilebileceğimiz, bir siyasal bilinç ve katılım kültürünün eksikliği, hastanın, sosyal kökenli olan depresyonunda,

etkili bir faktör olarak yorumlanabilir. Yapılan görüşmede, ÖO5, hayata bir anlam veremediğini, geçmişten bir şey anlamadığını, gelecekte de endişeli olduğunu ve bu açıdan yöneticilere de güvenmediğini belirtmektedir.

ÖO5, yetiştiği ortamın bir sonucu olarak, "biz" değerlerinin uzantısı sayılabilecek kişilik özelliklerini (fedekar, utangaç, bağımlı) geliştirdiğinden, bu değerlerle çelişen şehirlerin, "ben" duygusu uzantısına sahip değerlerine, ayak uyduramamakta ve haliyle kendini, beceriksiz ve suçlu hissetmektedir. Kendinden daha eğitimli olan eşiyile, dengesiz bir evlilik yaptığına inanan hastanın, ailesinin sosyo-ekonomik ihtiyaçlarını sağlayamaması, onun kendine olan saygısını yitirmesine neden olmuştur. Halihazırda, hastanın, ekonomik sorunlarının devam etmesi ve bu nedenle evinden ikide bir ayrılmak zorunda kalması, eşiyile ve kendi ailesiyile olan ilişkilerinin bozulmasına neden olmaktadır.

Küçük yaşta, ailesinden ayrılması, onun yeterli bir sosyal destekten yoksun kalmasına neden olmuştur. Yalnızlık ve izole olma, hastanın içe kapanmasına yol açarak, sorunlarını, içine atmasına neden olmuş; bu içe kapanıklık da, tekrar hastanın yalnızlığını körükleyerek, sosyal ilişkiden, sosyal destekten mahrum olmayı yaratan "suskunluk sarmalını " oluşturmuştur. Bundan başka, ekonomik sebeplerin yarattığı göç nedeniyle ÖO5, tutarlı ve sürekli bir ilişki ağı kuramadığından, ne ikincil, soğuk, çıkarıcı sosyal ilişkilerin olduğu farklı değerleriyle, şehir hayatına, ne de içinden çıktığı cemaatimsi sosyal ilişkilerin yaşandığı köyünde tutunamamıştır. Yalnızlığını telafi edebilecek, sosyo-ekonomik donanımlardan ve gelişmiş bir bireysellikten yoksun olduğu için de, birey, kendini ve hayatını değersiz, anlamsız olarak görmektedir. ÖO5 ile ilgili olarak aktarılan tüm bu olumsuzluklar, onun ruhsal sağlığının yitirilmesinde, etkili roller oynayabilirler. Onun hayatındaki tüm bu olumsuzlukların ortadan kaldırılması, sağlık sorununun çözümüne önemli katkılar sağlayabilir.

## 6.6. Örnek Olay 6 (Ö06)

Dört çocuklu bir ailenin 34 yaşındaki en büyük ve tek kız çocuğu olan Ö06, işsiz olup kardeşleriyle birlikte kalmaktadır. Hasta, okumayı seven ve okuyan biri olmasına rağmen, ailesi göndermediği için ancak ortaokulu bitirebilmiştir. Babası, annesini sürekli dövmüş. “Geçmişte seni en çok sarsan olay ve hiç unutamadığın çocukluk anısı nedir?”, diye sorduğumuzda, biraz durup, “babasının annesini döverken, annesinin çılgınlıklarının kapatıldıkları karanlık mahzenden işittikleri olayı” anlattı. Annesi, bu dayaklara, işkencelere dayanamayıp, kendisini köylerine yakın olan Pertek suyuna atarak, 1988’de intihar etmiştir. Bu kez babası, annesinin ardından hakaretlerle karışık zulümlerini, hastaya uygulamaya başlamış.

Ö06, babasının zulmünden kaçmak için, doğru dürüst tanımadığı birisiyle, babasından izinsiz evlenmiştir. Ö06, eşinin sürekli alkol alarak, kendisini dövmesine rağmen, asla baba evine dönmeyi düşünmediğini ifade etmiş ve “koca dayacağını, baba dayacağına tercih ettiğini sözlerine eklemiştir. Ancak, zamanla, bu evlilik de öyle bir hâl almış ki, Ö06, boşanmak zorunda kalmıştır. Ö06, bu evliliği sırasında karşılaştığı tehdit ve şantajları yaşlı gözlerle anlatıyor.

Merdiven yıkayarak, çocuk bakıcılığı yaparak ve en son da bir fabrikada çalışan Ö06, yalnız başına kendi ayakları üzerinde durmaya çalışmıştır. Bir süre sonra, hastanın babasından kaçan kardeşlerinin de, kendi yanına sığındıklarını belirten Ö06, yükünün, sorumluluğum arttığını, ama kardeşlerimin yanına gelmesiyle de yalnızlıktan kurtulduğunu ifade ediyor. Kardeşlerini büyüten Ö06, ekonomik olarak çok zor günler geçirdiğini anlatıyor. Ö06, şu anda ekonomik durumlarının iyi olduğunu, gelecekte ümitli olduğunu, ama gelecekle ilgili endişelerinin de bulunduğunu belirtiyor. “Ya kardeşlerimin başına bir şey gelirse, diye çok korkuyorum, endişeleniyorum. “O zaman kim sahip çıkar, ne olur, diye eski günlerimi gözlerimin önüne getirip kaygılanıyorum. Bütün bu olanlardan sonra kime güvenilir. Bu arada ne anne, ne de baba tarafından olan yakınlarının, “bunlar da babasının çocukları” mantığıyla, babalarının şerrinden uzak olmak bahanesiyle, kendileriyle doğru dürüst ilgilenmediklerini belirtiyor. Zaten, babasının, tarlaları bölüşmede çıkardığı sorunlar nedeniyle onlarla küs olduklarını da belirten Ö06, “yalnız” bırakıldıklarını vurguluyor. Ama elbette çok az da olsa, güvendiğim insanlar var” diyor. Kardeşleriyle olan, zor ama anlamlı birlikteliklerinin bir gün, üzücü bir olayla sarsıldığını Ö06, şu ifadelerle anlatmaktadır: Kardeşinin, 1997



yılında, köye balığa gitmek için arkadaşlarıyla, anlaştığını, arkadaşları gelmeyince de tek başına balığa giden kardeşinin, suda boğulduğu haberini alan ÖO6, bu üzücü olayın etkisini, “benim için bütün dünya karardı ve her şey bitti” şeklindeki sözleriyle dile getirmektedir. Çünkü, annesinin vefatından sonra, bu kardeşini elinde büyütüp, ona annelik yapan ÖO6, onu, çocuğu gibi büyüttüğünü, çocuğu gibi gördüğünü belirtmiştir. ÖO6, olayı anlattıktan sonra, daha ben bir şey sormadan, “intihar etmemiş, savcı söyledi, suya düşünce korkudan ödü patlamış, o yüzden ölmüş” şeklinde, cümlelerini tamamlarken, ellerini yüzüne kapatmış ağlıyordu.

ÖO6, kendisini ve ailesini, muhafazakâr, milliyetçi bir aile olarak değerlendiriyor. “Kadere inanırım” diyor ve üzücü olayları, nihayetinde kader olarak değerlendirdiğini belirtiyor. Allah’ın, insanları sıkıntılarla karşılaştırıp, sabredenleri mükâfatlandırır görüşüne katılıyor. Ama hayal kırıklıklarının, isteklerine ulaşamamasının temelinde, suçlu olarak, babasını görüyor. ÖO6, inançlarının hastalıkla birlikte arttığını ve ara sıra namaz kıldığını söylüyor ve kara kedilerden korkma gibi, bâtil bir inancının olduğunu söylüyor. Şimdi ÖO6, babasının bütün yaptıklarından sonra kendilerine yaklaşma çabalarına içerliyor. ÖO6, bir yandan, babasını evden sürmek istiyor; ama bir yandan da bunu düşündüğü için; vicdanen rahatsız olduğunu söylüyor. Hastaya annesini soruyoruz. “Annem, ölmekle zulümden kurtuldu” diyor, ama, kardeşinin ölümünü hiç unutamamış ve kader olsa da, ölümünü kabullenememiş ve hâlâ onu çok özlemiş.

ÖO6, ilk başta tüm vücudunu saran ağrılar, kalp çarpıntıları ve ışıktaki duramama, ışığa bakamama gibi nedenler yüzünden, psikiyatrist olmayan bir doktora gitmiş. Daha sonra onu, psikiyatriste havale etmişler. ÖO6, başlangıçta, “insanlar bu hastalığı nasıl değerlendirirler” diye hastane tedavisine tereddütle bakmıştır. ÖO6, “Her akıl hastanesinde yatan deli, her dışarıda gezen de akıllı değildir” diyor; ama babasının, “deli olmasan, seni tımarhaneye koymazlar” sözü üzerine, ilaçla intihara kalkışmış, sonra pişman olmuştur. Çünkü, iyileşeceğine ve hepsinden de önemlisi, intiharın günah olduğuna inandığını belirtiyor. ÖO6, hastalığıyla ilgili olarak cin, peri çarpmıştır” diyenlere aldırmasa da, yine de bir hocaya gittiğini, ancak, hiçbir faydasını görmediğini belirtmiştir. Dört senedir düzenli ilaç kullandığını belirten ÖO6, bu zaman zarfında, babasının eve gelip kalması dışında, olumsuz bir olay yaşamadığını, tersine iki ay önce kardeşini, kendisinin önerdiği biriyle nişanlamanın mutluluğunu yaşamıştır. ÖO6, “bu olayda, annemin, kardeşimin, bulunmayışına çok üzuldüm” diyor. Ancak, iki aydır



sıkıntılı olduğunu belirten ÖO6, belki de kardeşinin evlenerek, bir anlamda birlik durumlarının değişeceğini, birbirlerine sarılmışlık duygusu veren o acı olay sonrasındaki birlikteliklerinin, bu güzel olayla bitebileceği endişesini taşıyor olabilir.

Hangi filmleri sevdiğini soruyoruz, romantik ve acıklı filmlerden bahsediyor. Nedenini sorduğumuzda, “onlara bakarak kendimi görüyorum ve ağlıyorum” diyor. Boş zamanlarında kitap okumayı sevdiğini belirten ÖO6, bunun yanı sıra, sanat müziği dinlemeyi sevdiğini belirtiyor.

Görüşüğümüz bu hastanın temel sorununu, aile içi şiddet ve parçalanmış aile tablosu oluşturmaktadır. ÖO6, babasının sürekli olarak uyguladığı baskı ve şiddet nedeniyle, çocukluk yıllarında, sürekli bir travma içerisinde yaşamıştır. Bu baskı nedeniyle, annesinin intihar etmesi, onun için ciddi bir kayıp olmuştur. Annesinin ölümünden sonra, küçük yaşta, evin sorumluluğunu üstlenmek zorunda alan ÖO6, bu nedenle eğitimini devam ettirememiştir. Aile içerisinde, babasıyla yaşadığı sorunlar, annesinin kaybı ve aile içi çatışmalar nedeniyle, benlik imajında, ciddi bir sarsıntı yaşayan ÖO6, ayrıca, babasının tutumları nedeniyle, çevreden de yeterli bir sosyal destek bulamamış, yalnız ve izole olmanın sıkıntısını yaşamıştır. Babasının bu tutumlarından kurtulmak için erken yaşta, yanlış bir evlilik yapan ve kocasından şiddet gören ÖO6, eşinden, mecburen boşanarak, kendi ayakları üzerinde durmak için sürekli bir mücadele ve gerginlik içerisinde bulunmuştur. Akralarının, babasıyla sorunlu olmaları nedeniyle, kendisine ve kardeşlerine yardımcı ve destek olmadıklarını, yalnız bıraktıklarını belirten ÖO6, bir müddet sonra kardeşlerinin, babasının yanından ayrılıp, kendisinde kalmaları üzerine, yalnızlıktan kurtulmuş, biraz rahatlamıştır. Ancak, maddi sorun hep devam etmiştir. ÖO6'nın, elinde büyüttüğü küçük kardeşinin suda boğulması, onun için son nokta olmuş ve bu nedenle, depresyona girmiştir. Şu anda kardeşleriyle birlikte kalan ÖO6, erkek kardeşinin nişanlanmasıyla birlikte, hastalanarak, tekrar tedaviye başlamıştır. Her ne kadar ÖO6, farkında olmasa da, son olarak, kardeşinin nişanlanması, onun için tekrar yalnız kalma ve izole olma anlamına gelebileceği için, bu olay kendisini etkileyerek, ruhsal durumunun bir dengeye kavuşmasını engellemiş olabilir. Ancak, genel olarak, başından beri, hastanın yaşadığı olumsuzlukların, hayatla ilgili hayal kırıklıklarının, onun rahatsızlığının ortaya çıkmasında ve devamında belirleyici olduğunu söyleyebiliriz.

### 6.7. Örnek Olay 7 (Ö07)

Beş kardeşin en küçüğü olarak dünyaya gelen Ö07, şu anda 44 yaşında beş çocuk sahibi bir ev hanımıdır. Yaşamının büyük bir kısmını köyde geçirmiş olan Ö07, ailesi göndermediği için, okula gidememiş, ancak, kendi çabasıyla okuma yazma öğrenmiştir. Kendi çocukluğunun, huzurlu bir aile ortamında geçtiğini belirten Ö07, bu dönemlerinde, geçim derdi olmakla birlikte, bunu hiç sorun olarak görmediklerini, ama kendisi çok küçükken ölen babasını hiç göremediği için, zaman zaman hüüzünlendiğini, kendi kendine, "herkesin babası var benim niye yok" dediğini hatırlayarak, bu duyguyu unutamadığını anlatıyor.

Ona göre, kendisini üzen her şey, evlendikten sonra başlamıştır. 17 yaşında, eşiyle anlaşarak evlendikten sonra, 10 yıl boyunca, kaynanasının kendisiyle kaldığını belirten Ö07, bu arada, iki kaynının da kendileriyle birlikte kaldığını, bu süre içerisinde, onlara bakmaktan, kaynanasının yarattığı sorunlardan dolayı, sürekli sorun yaşadığını, tükendiğini belirtmektedir. Ö07, eşinin, iyi bir iş bulmak amacıyla Elazığ'a gelmesinden sonra, kendilerinin de Elazığ'a geldiklerini ve bir müddet, kayınlarıyla birlikte, kocasının, inşaat işçiliği yaparak geçimlerini sağlamaya çalıştığını ifade etmektedir. Daha sonra, yakınlarının yardımlarıyla, eşinin, kendisini beş çocukla bırakarak, kaçak yollarla Almanya'ya gittiğini ve orada çalışmaya başladığını ve ilk yıllar kendilerine para gönderdiğini söylüyor. Ancak, Ö07, bir yıl sonra, eşinin kendilerini hiç aramadığını, ondan yıllarca, hiç haber alamadıklarını belirtiyor. Bu süre içerisinde, hayatının zehir olduğunu anlatan Ö07, "eşimin öldüğü haberini alsaydım, yine bu kadar sarsılmazdım" diyerek, bir taraftan ekonomik sorunlar nedeniyle, bir taraftan çocuklarının ne olacağı endişesiyle, aynı belirsizliği, yıllarca her gün yaşadığını anlatıyor. Bir süre sonra, eşinin Almanya'da uyuşturucu satıcılığı nedeniyle, hapse düştüğünü öğrenen Ö07, eşi ölmediği için biraz rahatladığını, ancak, eşinden kendilerine bir fayda gelmeyeceğini anlamamanın sıkıntısıyla, geçim derdiyle, yıllarca, ne sıkıntılar çektiklerini, ağlayarak dile getiriyor. Bu süre zarfında, bir taraftan örgü örerken, bir taraftan temizliğe giden Ö07, bir taraftan da, akrabaların, daha çok da, komşuların yardımlarıyla, ayakta durmaya çalışarak, çocuklarına sahip olmaya ve onları okutmaya çalışmıştır.

Ö07, eşinin tekrar geri geldiğini, ama kendisiyle uyumsuz olduğunu, sürekli tartıştıklarını belirtmektedir. Sorunlar nedeniyle, yani, evine ilgisizliği ve ekonomik

nedenler yüzünden eşiyle sürekli tartışıklarını belirten Ö07, eşinin bu tartışmalarında, kendisine ağır laflar söylediğini, "sen delisin git tımarhaneye" türünden sözler kullandığını ifade etmiştir. "Bizi bıraktı buralarda. Ne yerler ne içerler bunlar diye düşünmedi. Arayıp sormadı bile. Şimdi de eline geçen üç kuruş parayı, kahvede oyun oynayarak, kumar oynayarak harcıyor, eve geç vakitte geliyor, hiçbir şeyi düşündüğü yok. Şimdi kalkmış bana laf sayıyor" sözleriyle, hayal kırıklıklarını dile getiren Ö07, "gerçi, eşim eskiye göre bana fazla karışmıyor, dövüyor ama, ne yapayım ki, iş işten geçti, ben bu hale geldim..." diyerek, oldukça tükendiğini ifade etmektedir.

Bunların dışında, Ö07, 3 yıl önce, annesini kaybettiğini ve bunun kendisini çok sarstığını, çünkü onun, hep kendilerine destek olmaya çalıştığını, "saçını, kendileri için süpürge ettiğini" anlatıyor. Son zamanlarda, kendisini en fazla üzen nedenler üzerinde duran Ö07, bir taraftan, bir oğlunun Şırnak'ta asker olması dolayısıyla, "ona bir kötülük gelir" düşüncesiyle endişelendiğini, öte yandan da, İstanbul'da okuyan çocuğuna nasıl para göndereceklerini kara kara düşündüğünü belirtmektedir. Birkaç gün önce, İstanbul'da okuyan çocuğundan, yüz milyon para geldiğini söyleyen Ö07, çocuğunun bir yerde çalışmadığını, dolayısıyla da o parayı nereden aldığını merak ettiğini ve bu duruma çok kaygılandığını ifade etmektedir.

İnsanlara güvenmekle ilgili sorumuza, Ö07, insanların çoğuna güvenirim, "komşularım, sağ olsunlar, hep yardımına koşuyorlar, kederlerimi paylaşıyorlar, ama, onlar da bir yere kadar, her zaman her zaman olmaz ki" diyerek arkadaşlık ilişkilerinin, dostluk ilişkilerinin kendisi açısından, önemli bir destek olduğunu ifade etmektedir. Ancak, konuşmamızın sonuna doğru Ö07, yakınlarından dha fazla yığrandığı için, diğer insanlara da yeterince güvenemediğini, "işte kocam ortada, bir haftadır burada, yatıyorum, beni hala gelip sormamış bile" diye sızlanmaktadır.

Kendini içe kapamak, ve çekingen gören Ö07, bununla birlikte, çevresinin, kendisini sabırlı ve hoş görülü olarak tanımladıklarını belirtiyor. Ö07, başkalarını kırmaktan, üzmetten kaçındığını, bu nedenle, haklı bile olsa, herhangi bir sorun anında, sorunu içine atıp unutmaya çalıştığını, örneklerle anlatıyor. Bu nedenle, "doğruyu söylemek adına içinden geçeni söyleyemediğini" ve "başkaları ne düşünür" veya "kendisini ayıplarlar" diye, kendine haksızlık yapanlarla, tartışmalara girmekten ısrarla kaçındığını, hiçbir zaman kötülük çıkmasını istemediğini, her ne kadar bu gibi

durumlarda öfkelense de, mucize beklercesine sabrettiğini ve kötülüğün cezasını, Allah'a havale etmek gerektiğine inandığını, ifade etmektedir.

Hayatı çoğu zaman bir yük olarak algıladığını, belirten Ö07, bu nedenle olsa gerek, gelecekte oldukça endişeli olduğunu ifade etmektedir. Kendisiyle ilgili görüşlerini dile getirirken, kendini değersiz, beceriksiz ve suçlu hissettiğini belirten Ö07, "demek kaderimmiş bu yaşadıklarım" diyerek, biraz kendini rahatlatmaya çalışıyor. "Neden, kendisini değersiz hissettiğini" sorduğumuzda, Ö07, "ev işlerimi bile yapamıyorum, çocuklarımla yeterince ilgilenemediğimi, onların ihtiyaçlarını karşılayamadığımı, bir işe yaramadığımı düşünüyorum" diyerek, bu konudaki hislerine açıklama getirmeye çalışmıştır.

Yaklaşık 5 yıldır ilaç kullandığını, ama bazen yeşil kartla, bazen de bir yardım aldığı anda, ilaç kullanabildiğini, yoksa, düzenli bir ilaç kullanımının olmadığını ifade etmektedir. Depresyon hakkında her hangi bir şey okumadığını ve hastalığının ilk belirtilerinin, vücudunun çeşitli yerlerinde ağrılar şeklinde kendini gösterdiğini anlatan Ö07, rahatsızlığı nedeniyle, önce, bir başka doktora gittiğini, bu arada da bir hocaya gittiğini, ama her ikisinden de bir fayda göremediğini ifade etmektedir. Hastaneye ilk gelirken, "yakınlarım komşularım ne düşünür" diye çok endişeleri olduğunu belirten Ö07, ayrıca, hastanenin, derdine bir çözüm bulamayacağı düşüncesine sahip olduğunu da belirtmiştir. "Sinirsel"denilerek, Akıl hastanesine sevk edildikten sonra, 5 yıl geçmesine rağmen, şikayetlerinin düzelmediğini belirten Ö07, komşularının, "madem ilaçlar düzeltmiyor, neden tedaviye devam ediyorsun? şeklindeki laflarını hakkı bulduğunu, ama geceleri yatamadığını, hastaneye yatmaya, ilaç almaya mecbur kaldığını" ve vurgulayarak, buradan da istediği sonucu alamadığını belirtiyor.

Bütün dini vecibelerini yerine getirdiğini ifade eden Ö07, hastalıktan sonra da bu hassasiyetlerinde bir değişim olmadığını, bu anlamda kendisinin, dindar olarak nitelenebileceğini belirtmektedir. Hastalığını, genel olarak değerlendirirken, bir yandan üzüntü ve kederlerine gönderen yapan Ö07, bir yandan da, başına gelenleri, kader olarak gördüğünü, "Allah'tan, ne diyelim" diyerek, ifade etmiştir. Allah'ın bu başına gelenleri ve hastalığını, günahlarına kefarete olarak sayabileceğini belirten Ö07, bu sözleri söylerken yine, gözleri dolmaktadır. Bununla birlikte, Ö07, "Allah bana neden şifa vermiyor? Neden beni iyileştirmiyor? O zaman ben de kendimi öldüreyim" gibi bir takım düşüncelerin aklından geçtiğini, ama, her seferinde, günah olur, "şeytana lanet"

diyerek, bu fikirleri aklından çıkarmaya çalıştığını anlatmıştır. Ölüm hakkında fikirlerini sordüğümüz Ö07, daha önce, ölümü hiç düşünmediğini, ancak, şimdi bu konudaki düşüncelerinin arttığını ve bu düşünceleri esnasında, içinde bir korku, sıkıntı oluştuğunu ifade etmiştir.

Daha önceleri, boş zamanlarını komşularıyla konuşarak, birlikte dertleşerek geçirdiklerini belirten Ö07, ama zamanla bu ilişkilerinin azaldığını ve bunu da, hastalığına bağladığını ifade etmektedir. Boş zamanlarla ilgili sorularımıza, kayda değer herhangi bir şey yapmadığını belirten Ö07, daha çok el işi yapmaya çalıştığını, bazen komşularıyla dertleştiğini söylüyor.

Hastanın, babasının ölümüyle başlayan hayatı, kendisini, desteksiz hissetmesinde, önemli bir yere sahiptir. Toplumda, erkek rolünün asli ögesi olan "baba" rolü gibi, güven veren bir figürden mahrum olarak yaşayan hastanın, bu durumu, diğerleri karşısında, bir eksik olarak değerlendirmesini, onun ruhsal zeminini anlamamız açısından, önemli bir unsur olarak yorumlayabiliriz. Hastanın, küçük denebilecek bir yaşta evlenerek, fazla sayıda çocuğa sahip olması, baskıcı bir kaynananın, kayınlarıyla birlikte kendileriyle bir müddet yaşaması, hastanın tükenmesinde, önemli bir safhayı oluşturmaktadır. Bu kadar yüke rağmen, aradan geçen kısa bir müddet sonra, eşinin Almanya'ya giderek, onu tek başına bırakması ve ona destek olamaması, hastanın gelecekle ilgili, ciddi kaygılar beslemesine neden olmuştur. Edilgen bir kadın rolünün, hastanın, yeni sorunlar yaşamasına neden olması, hastanın kendisini değersiz hissetmesi, beklenir bir durumdur. Öteden beri devam eden ekonomik sorunlarının ve sosyal destek problemlerinin yanında, annesinin ölümünü yaşayan Ö07, son olarak, geçici bir süreyle de olsa, iki erkek çocuğundan ayrı olmanın etkisiyle, tekrar, hasret ve ayrılığın yakıcı etkisini yaşamaktadır.



### 6.8. Örnek Olay 8 (ÖO8)

Dokuz çocuklu bir ailenin, en büyüğü olan ÖO8, “kızlar okumaz” diye, okula hiç gönderilmemiştir. Ev hanımı olan ÖO8, 30 yaşına rağmen, yazmasının kenarından sarkan çoğu aklaşmış saçlarıyla, 40 yaşındaymış gibi görünen dul bir kadındır. Şu anda baba evinde kalan ÖO8, aylık gelirlerinin 150 milyon civarında olduğunu ifade ediyor. Başlangıçta görüşmeye yanaşmayan, sonra içini çekerek, “bende dert çok babam, hangisini anlatayım ki, hatırladıkça vücudum uyuşuyor” diyen ÖO8, daha biz soru sormadan konuşmaya, başından geçenleri anlatmaya başladı.

ÖO8, ilk eşine, ailesi vermediği için 16 yaşında kaçmış. Eşi Almanya’ya çalışmak amacıyla gidince, eşinin ailesi, kendisine baskı yapmaya ve evi terk etmesi için zorlamaya başlamıştır. ÖO8, bu baskıyı, geçmişteki bir olaya bağlayarak açıklıyor. Hastanın dedesi, eskiden eşinin ailesinden bir kız kaçırdığı için, iki aile arasında kavgalar çıktığını belirten ve kendisine yapılanları da, bu açıdan değerlendiren ÖO8, kaynanası ile tartışmaları esnasında, bu konunun geçmesini örnek olarak gösteriyor. Sonunda, eşinin Almanya’da bir Türk kıızıyla evlenmesi üzerine, iki çocuğunu da bırakarak, baba evine, köye geri döndüğünü belirten ÖO8, iki çocuğunu orada bırakmanın kendisini çok yıprattığını ifade ederek, ağlamaya başlamıştır.

Daha sonra terör nedeniyle, köyleri boşaltılınca, ÖO8, ailesi ve kardeşleriyle beraber Elazığ’a göçmek zorunda kalmışlardır. Elazığ’a geldikten sonra, kendisinin tüm karşı çıkışlarına rağmen babası, kendisini ihtiyar bir adamla evlendirmiştir. Kendisinin, ilk evliliğinin ve bu hallere düşmesinin sorumlusu olduğu için, bu evliliğe mecbur bırakıldığını söyleyen hastanın, evlendikten birkaç yıl sonra eşi ölmüş ve bu adamdan olan 4 yaşındaki kıızıyla birlikte tekrar baba evine geri dönmüştür. ÖO8, eşinin, ölmeden önce, mal varlığını, torunlarının üzerine yaptığı için, ondan da bir fayda görmediğini belirtmiştir. Resmi nikâhı olmadığı için, kocasından ne bir mal ne de bir nafaka alabildiğini belirten ÖO8, babalarının emekli maaşıyla, çok zor şartlar altında geçinmeye çalıştıklarını ifade etmektedir. Kalabalık bir aile olmaları nedeniyle, aylık 150 milyon liranın kendilerine yetmediğini belirten ÖO8, el işi yaparak, bütçelerine katkıda bulunmaya çalıştığını; ama, el işlerinin de, dertlerine hep tanınan, işleri bol kişilere gittiği için, el işçiliğinin de çare olmadığını ve borçlarının sürekli olarak arttığını anlatmaktadır. Bu arada, bir akrabalarının dışında, Elazığ’da kimselerinin



olmadığını vurgulayan ÖÖ8, sürekli olarak yalnızlık ve yabancılık çektiklerini, sözlerine eklemektedir.

ÖÖ8, başına gelenlerden, özelde eşinin ailesini sorumlu tutarken, nihayetinde, her şeyi kaderle açıklıyor ve “Allah’ın işi bunlar” diyor. Ona göre, günahlarından ötürü, Allah onu sıkıntılarla karşılaştırıyor. Eğer bunlara sabrederse, mükâfatlandırılacağı fikrine inandığını belirtiyor. Hastalıktan sonra inançlarının arttığını ve ara sıra namaz kıldığını belirten ÖÖ8, ölümü daha önce hiç düşünmezken, hastalıkla beraber düşünmeye başladığını ve bu düşünceler esnasında içinin korku ve sıkıntıyla dolduğunu ifade ediyor. Bununla birlikte, ÖÖ8, ilaçla iki kez, intihar girişiminde bulunduğunu ve daha sonra, günah olduğu ve yakınlarının üzüldüğünü gördüğü için, bu yaptığından pişmanlık duyduğunu anlatıyor. Ancak, çocuklarının elinden alındığını ve küçük kızının geleceğini düşündükçe, gelecekte endişelenip, ümidini kestiğini ve ülkeyi yöneten idareciler de dahil, hiç kimseye inanmadığını, güvenmediğini ifade ediyor. ÖÖ8’in, kendini değersiz, beceriksiz ve suçlu olarak algılamasının temelinde, hiçbir isteğine ulaşamayıp, çocuklarıyla birlikte telef olmasının, belirleyici olduğunu, huzurlu bir aile ve geçim sağlamak dışında, bir isteğinin olmadığını, ama her isteğinin hayal kırıklığıyla bittiğini ve hayat çabasının başarısız olduğunu belirtiyor.

Bu yaşadıklarıyla ilgili olsa gerek, ÖÖ8, arabesk müziği dinlediğini ve acıklı – trajik filmleri sevdiğini söylüyor. Kendi kişiliğini, içe kapanık ve sabırlı olarak değerlendiren ÖÖ8, başına gelenlerde, bu kişiliğinin de etkisi olduğunu söylüyor. “Mesela; sert, hırçın biri olsaydım, belki başıma bunlar gelmezdi” diyor. ÖÖ8, yine sorduğumuz başka bir örnekte, “öleceğimi de bilsem, kimseden yardım isteyemem” diyerek, kişiliğini ortaya çıkarıyor. Aslında, dul olduğu için dedikodu yapılır diye, dışarıya da pek çıkamadığını söyleyen ÖÖ8, bu hastalıkla beraber, daha da sarsıldığını anlatıyor.

Hastaneye, baş ve vücudundaki ağrılar nedeniyle başvuran ÖÖ8, oradan da psikiyatriye gönderilince, hastalığının ruh hastalığı olduğunu anlamış, ama bu hastanenin, deli yeri olduğunu düşünerek, hakkında ne söylerler korkusuyla, hastaneye yatarak, tedavi görmeye tereddüt etmiştir. ÖÖ8, “Eğer dertleşebileceğim dostlarım olmasaydı, çoktan intihar etmiş olurum.” diyor. Bununla birlikte, o, köyde olduğu kadar, sosyal ilişkilerinin olmadığını da belirtiyor.

Küçük yaşta, ailesinin istememesine rağmen, evlenerek, kalabalık bir evde, kaynana baskısıyla yaşayan ÖÖ8, bu dönem içerisinde, çeşitli sorunlarla karşılaşmıştır. Eşinin Almanya'ya gitmesiyle başlayan yalnızlığı, ÖÖ8 için bir dönüm noktasını oluşturmaktadır. Severe kaçtığı eşinin, kendisini yüz üstü bırakarak, orada bir başkasıyla evlenmesiyle başlayan sıkıntıları, kaynanasının kendisini evden kovmasıyla, tam bir eziyete dönmüştür. Ekonomik bakımdan, kendi kendine yeterli olması mümkün olmayan ÖÖ8, ailesinden de sorunlu olarak ayrıldığı için, bu olayla birlikte, daha da yalnız kalmış ve bütün sosyal desteklerini yitirmiştir. Özellikle, çocuklarından ayrılmanın yarattığı sıkıntı, annenin travma yaşamasına yetmiştir. Daha, sonra ikinci evliliğini yaşlı biriyle, babasının, "ben sana bakamam" endişesiyle yapmış olması ve zaten sosyal bir destek, sosyal güvenlik amacıyla yapmış olduğu bu evliliğinin de, yaşlı eşinin ölmesiyle birlikte dağılması sonucunda, yeni doğan çocuğunun sorumluluğunun, bütün imkansızlıklarına rağmen, üstüne kalması, hastanın gelecekle ilgili ve genel olarak da hayatla ilgili kaygılarını arttırarak, hastalanmasına neden olmuş olabilir. Ayrıca, hastanın önceki eşinden olan çocuklarından uzak olması nedeniyle de ciddi bir sıkıntı yaşadığı söylenebilir. Bunun yanı sıra, terör nedeniyle şehre göç etmek zorunda kalan hastanın, sosyal bağlarından kopmasının, maddi sıkıntıyla birlikte, çocuklarının geleceğinin belirsizliğinin, onun hastalanmasında önemli bir yer tuttuğunu ifade edebiliriz.

### 6.9. Örnek Olay 9 (Ö09)

Çiftçilikle geçimini sağlayan, üç çocuklu bir ailenin ortanca kızı olan Ö09, ailesi okula gönderemediği için, ancak, ilkokulu bitirebilmiştir. Yaşamının büyük kısmını, Elazığ'ın bir ilçesinde geçirmiş olan Ö09, 17 yaşında, anlaşarak evlendikten sonra, Elazığ'da, eşinin ailesiyle birlikte, aynı evde yaşamaya başlamıştır. 2 yıllık evli ve çocuksuz olan Ö09, evliliğinin ilk yıllarında ailesinden, çevresinden ayrılmasının etkisiyle, oldukça yalnızlık çektiğini, eşinin asgari ücretle çalışması nedeniyle de, maddi olarak çok zorlandıklarını, sürekli bir para sıkıntısı içerisinde olduklarını ifade etmiştir. Geçmişteki çocukluk yıllarını da, sürekli geçim sıkıntısıyla birlikte anan Ö09, maddi sıkıntılarının, hiç bitmediğini, ancak, bu sorunların, bugün, diğer sorunlarının yanında, o kadar da önemli olmadığını ve kendisini fazla ekilemediğini ifade etmiştir.

Yetiştirdiği aile ortamını, huzursuz olarak tanımlayan Ö09, ailesinde, annesiyle ara sıra tartıştıklarını, özellikle, sorunu anlarında, hoşgörü ortamının çok az olduğunu ifade etmiştir. Geçmiş yaşamıyla ilgili olarak, isteklerine ulaşamadığını ve bu konuda hayal kırıklıkları yaşadığını belirten Ö09, bu konuda eşinin ailesini, yakınlarını sorumlu tutuyor ve hastalığının nedeni olarak da, onları gördüğünü vurguluyor. Huzurlu bir ailesinin olmamasının, "hayatı, kendisine zehir ettiğini" belirten Ö09, bu nedenle, eşiyile sürekli tartıştıklarını, asıl sorunlarının eşiyile konuşamamak olduğunu belirtiyor. Ö09, başlangıçta açmadığı bir olayı, gayet gergin ifadelerle, konuşmamızın ilerleyen anlarında anlatmaya başlayınca, kaynının, kendisine olan tavırlarından nefret ettiğini, cinsel istismara uğradığını, ama, bunu kimseye anlatamadığını ima etmiştir. Hastalarımızla yaptığımız görüşmelerimizde, bize yardımcı olan bir hemşire hanıma, hastayla ilgili görüşlerini sorduğumuzda, hemşire hanım, hastanın kendilerine, intihar girişimi nedeniyle getirildiğini ve oldukça ajite bir halde geldiğini, oldukça saldırgan tavırları olduğunu ve ancak, sakinleştiricilerle biraz sakinleştirildiğini anlatmıştır. Bunun dışında, hemşire hanım, hastanın, kaynının orada bulunmasından, gidip gelmesinden dolayı oldukça rahatsız olduğunu da ifade etmiştir. Kendini değersiz ve biraz da suçlu hissettiğini belirten Ö09, daha çok da, kendinden nefret ettiğini dile getirmiştir.

Boş zamanlarında, daha çok televizyon izlediğini ve programlar içerisinde ise, en fazla, arabesk içerikli müzik programlarını dinlediğini ve romantik filmleri seyrettiğini ileri süren ÖÖ9, eskiden, arkadaşlarıyla daha fazla birlikte olduklarını ama, şimdi, böyle bir imkanın olmadığını, evde aynı şeyleri yapıp durmaktan, sıkıldığını vurgulamıştır. Zaten, boş zamanlarında, güvenerek görüştüğü bir dostunun, arkadaşının olmadığını belirten ÖÖ9, bunun kendisini yalnız hissetmesinde etkili olduğunu belirtmiştir. Yaşadığı aile huzursuzluğundan dolayı, insanlara artık güvenmediğini, ilçeden çıktıktan sonra da, eski arkadaşlıklarını sürdüremediğini belirten ÖÖ9, yakın sosyal ilişkilerini kaybetmesinin, kendini yalnız hissetmesinde, önemli bir paya sahip olduğunu belirtmiştir.

Doğruyu söylemek adına, bir dostluğu yitirmeyi göze alamayacağını belirten ÖÖ9, bununla birlikte, bir insanın sorunlarını çözmek amacıyla, gerekirse, başkalarını üzmeyi göze alması gerektiğine inandığını belirtmiştir. İçinden geçeni, başkalarına söylemenin, daha doğru olduğuna inandığını belirten ÖÖ9, bir başka sorudaki cevabında ise, başkalarının ayıplamasından da çok korktuğunu, çekindiğini vurgulamıştır. Bir haksızlık anında, çok öfkelendiğini ve bu nedenle, kötülüğe kötülükle karşılık vermek gerektiğini ifade eden ÖÖ9, normalde sinirli biri olduğunu ama, aksine, hakkını aramak konusunda ise, tamamen çekingen kaldığını belirtmiştir.

Bir insanın, ancak, onuru kırıldığı ve haksızlığa uğradığı için veya hayatındaki çelişkiler nedeniyle, bu hale gelebileceğini belirten ÖÖ9, yaşadığı sorunu, başına gelenleri, bir yandan, eşinin ailesine bağlarken, öte yandan, kadere bağlayarak, açıklamaya çalışmaktadır. Depresyon hakkında, daha önce olduğu gibi, şimdi de, bir bilgisinin olmadığını, zaten hastalığının da, bir ruh hastalığı olmadığını söyleyen ÖÖ9, bu nedenle, hastanenin kendisine bu konuda yardımcı olamayacağını ifade etmiştir. Hastaneye ilk getirilirken, eşinin ailesi tarafından, numara yapmakla suçlandığını belirten ÖÖ9, kendi ailesinin ise, bu olayı, cin çarpması olarak değerlendirdiğini belirtmektedir.

Sorduğumuz bir soruya cevaben, ÖÖ9, dini hassasiyetlere sahip olduğunu söyleyemeyeceğini, ancak, sadece, oruç tuttuğunu, yaşadığı olaylardan sonra ise, sadece, inançlarını değil, hayata olan inancını da kaybettiğini, artık hayalla bir anlam veremediğini, yaşamak için bir sebep göremediğini ifade etmiştir. ÖÖ9, başına gelenlerle ilgili bir yorumunda, Allah'ın, sevdiği insanları, sıkıntılarla karşılaştırarak,

denediği ve ona göre mkafatlandırđı fikrine katılmadığını, çünkü, sorununun nedeninin eği ve ailesi olduğunu söylemektedir. Ölümün nasıl bir Şey olduğunu, daha önce hiç düşünmediğini belirten 9, Şimdi ise, ölümü, bu hayattan kurtuluş olarak gördüğünü ve ölmüş olmayı, çok istediğini belirtmektedir. Hastanın, intiharı, günah olarak kabul etmekle birlikte, intihar girişiminde bulunmasını yorumlamakta güçlük çektiği, gözlemlerimiz arasındadır. Bu konuda 9, "Her Şey bir anda oldu, zaten. O anda, insan, öfkeden başka, hiçbir Şey düŐünemiyor ki. Sanki, intihar eden başkası gibi." ifadelerini kullanmıştır.

Hastanın, yaşamının çoğunu geçirdiği ilçeden Şehir ortamına gelmesiyle birlikte, bir uyum sorunu yaşadığı tahmin edilebilir. Eğitim seviyesi düşük olan hastanın, erken evlilikle beraber, yaşadığı sorunlar karşısında, çaresiz kalması, yüklenme hissetmesi beklenir bir durumdur. Ayrıca, hastanın aile ortamının, hoşgörüsüz ve hastaya karşı desteksiz olması, onun incinebilirliğinde etkili olmuş olabilir. Bunun yanında, hastanın, eşinin ailesiyle birlikte kalmasının yarattığı sorunların, onun rahatsızlanmasında, en önemli etken olduğu söylenebilir. Hastanın, kaynının uygunsuz bir davranışına muhatap olması, bu seviyesiz davranışın farklı yorumlanıp, kendisinin sulanmasından korkan hastanın depresyona girmesine, neden olmuş olabilir. Bunun yanı sıra, başından beri, ekonomik sorunlar içerisinde yaşayan hastanın, sosyo-ekonomik güvencesinin olmamasının, kendisinin geleceği konusunda, haklı bir endiŐeyle birlikte, hastalanmasında belirleyici olduğunu ifade edebiliriz.

### 6.10. Örnek Olay 10 (ÖO10)

ÖO10, yedi çocuklu bir çiftçi ailesinin en küçük kızıdır. ÖO10, ailesi göndermediği için, okuma yazma bilmediğini belirtiyor. Genel olarak, geçmiş yaşamını değerlendiren ÖO10, yetiştiği aile ortamında, yani, kendisi küçükken, herhangi bir sorunlarının olmadığını belirtmektedir. Daha, 17 yaşındayken, anlaşarak evlendiği eşinden, 8 çocuk sahibi olan ÖO10, beş yıl önce eşini kaybedince, hayatındaki ilk büyük acıyı hissetmiştir. Eşinin son zamanlarında, evlilik yaşamında, eşiyile ufak tefek sorunların dışında, öyle geçimsizlik denebilecek bir sorunlarının olmadığını belirten ÖO10, bununla birlikte, geçmişte kaynanasıyla birlikte kaldığı süre içerisinde, çok sorun yaşadığını, kaynanasının, kendisine çok müdahale ettiğini ve kocasını, kendisine karşı kıskırttığını dile getirmiştir.

Şu anda, 45 yaşında olan ÖO10, terör nedeniyle köyleri boşalınca, onlar da, köylerindeki hayvanları satarak, evlerini, topraklarını bırakarak, Elazığ'ın ücra bir mahallesine kiracı olarak yerleşmişler. ÖO10, köyden çıkışlarını anlatırken, "bir parçam sanki orada kaldı, köydeki evimizi bırakmanın acısını şimdi bile, zaman zaman hissediyorum " ifadelerini kullanmıştır. Ona göre, köylerini bırakıp, şehre yerleşince, her şey kötüye gitmeye başlamıştır. Eşinin Elazığ'da, ilk geldiklerinde, inşaat işçiliği yaparak, geçimlerini sağlamaya çalıştığını, ancak, sürekli olarak maddi sıkıntı çektiklerini belirten ÖO10, önce, eşini kaybetmenin sonra da ekonomik sorunlar yaşamalarının ve bir de eş dosttan ayrı olmanın, bir destek bulamamanın, çocuklara bir gelecek sağlama endişesiyle, sürekli yıprandığını ifade etmiştir. Oğlunun, barajlarda, şurada, burada işçilik yaparak, geçimlerini sağlamaya çalıştığını, kendisinin ise, kızlarıyla birlikte, örgü örerek, bütçelerine katkıda bulunmaya çalıştıklarını, ancak, bunun, kendilerine yetmediğini ve bu durumun, daha ne kadar devam edeceğini bilmediğini belirten ÖO10, bir yıldır, kriz nedeniyle, baraj yapımının durdurulması üzerine, oğullarının işten çıkarıldığını, birkaç aydır da kiralarını bile ödeyemediklerini, ağlayarak anlatıyor. Oğlunun, 500 dolar borç aldığını, şimdi ise, kriz nedeniyle, bu borçlarının ikiye katlandığını belirterek, "oğlum, bizim kapımıza şimdiye kadar borçlu gelmemiştir, zorumuza gidiyor bu hal" diyen ÖO10, yanındaki kızını göstererek, bundan dört tane daha var. Bunları, oğlumu everememişim, ne olacak bu hal" sözleriyle, hayatlarının zorluğunu dile getirmiştir.



İçe kapanık biri olduğunu, başkalarını üzmemekten kaçınmaya çalıştığını belirten ÖO10, gerek başkalarıyla, gerekse yakınlarıyla bir sorun yaşadığında, bunu açıkça konuşmak yerine, içine atıp, sorunu kapatmaya çalıştığını, başkalarının ayıplamasından da çok çekindiğini dile getirmiştir. Herhangi bir kötülükle karşılaştığında, çok öfkelendiğini, ama elinden bir şey gelmeyeceği için çaresizleştiğini, ayrıca, bir insanın, herhangi bir kötülükle karşılaşması durumunda, sabretmesi gerektiğine inandığını da belirtmiştir. Özellikle, maddi sıkıntılar nedeniyle, çocuklarının geleceği konusundaki sorunları nedeniyle, gelecek endişesinin hayli fazla olduğunu ve gelecekte korktuğunu ifade eden ÖO10, geçmiş yaşamında da yine, geçim derdi nedeniyle, sürekli üzülerek, yıprandığını dile getirmiştir. "Keşke biraz daha sabırlı olabilseydim" diyen ÖO10, az sonra, "ama nasıl olabilirim ki, hiç desteğim yok ki" diyerek, sözlerini devam ettirmiştir. Kocasının kendilerine hiç yardımcı olmadıklarını, imkanları olduğu halde, oğlunu bir işe koymadıklarını belirten ÖO10, artık, kimseye güvenmediğini, çevrelerinde de, öylesine, bir, iki komşunun dışında, gidip geldikleri bir ahablarının olmadığını, zaten, şehirde, kimselerinin de olmadığını, ayrıca, kendisinin de hastalandıktan sonra, diğerlerine karşı biraz soğuduğunu, yakın ilişkilerinin azaldığını vurgulamıştır.

Depresyon hakkında bir bilgisinin olup olmadığını sorduğumuzda, "ben nerden bileyim onu, o ne demek?" şeklinde, ifadeler kullanan ÖO10, bununla ilgili olarak sadece, "deli" olmadığını söylemekle yetiniyor. Akliye hastanesine ilk kez gelirken, "başkaları ne der, ne düşünür, evlenmemiş kızlarım var" endişesiyle, yatarak tedavi almaktan korktuğunu belirten ÖO10, şimdi bile, bu endişeyi taşıdığını ifade etmiştir. Bununla birlikte, ÖO10, hastane şartlarından memnun olduğunu, bu konuda herhangi bir endişesinin olmadığını belirtmektedir. Hastalığını, üzüntülerinin sürekli artmasına bağlayan ÖO10, bununla ilgili olarak, "dert var gelir geçer, dert var, deler geçer, işte bizimki bundan" demekle yetinmiştir. Bu hastalığıyla ilgili olarak, yaklaşık, bir yıldır ilaç kullandığını belirten ÖO10, ilk başta, mide ve baş ağrılarıyla başlayan sorunları nedeniyle, başka bir doktora geldiğini, ama sonra, buraya sevk edildiğini, bu arada, sıkıntılı anlarında, çok çaresizleştiği anlarda, hocaya gittiğini ve manevi olarak çok rahatladığını ifade etmiştir. Bütün dini ibadetleri yaptığını söyleyen ÖO10, hastalığını da, genel olarak kadere bağladığını ve ayrıca, Allah'ın insanları bir takım sorunlarla denediğine inandığını ve buna sabretmesi gerektiğine inandığını, bu hastalıkla birlikte, inancının daha da arttığını, ancak, kendisinin yeterince, sabırlı olamadığını ifade etmektedir. Eşinin ölümünden sonra, her ölümü düşündüğünde, içinin sıkıntıyla

dolduğunu, özellikle, bir yakınının ölümünü düşünmekten çok etkilendiğini, korku hissine kapıldığını ifade etmiştir. Bununla birlikte, ÖO10, eşinin ölümünü, ölümü kader olarak değerlendirdiği için kabullendiğini vurgulamıştır. İntihar hakkındaki düşüncelerini sorduğumuzda, hiç böyle bir düşünceye sahip olmadığını belirten ÖO10, günah olduğu için, böyle bir düşünceyi aklından bile geçirmediğini dile getirmiştir.

Hastanın, erken evlilikle birlikte, çok çocuk sahibi olması ve ayrıca, kaynanası ile birlikte sorunlu yıllar yaşaması, onun yıpranmasında önemli bir yer tutabilir. Terör nedeniyle, köylerinden zorunlu olarak ayrılması, hastanın birincil sosyal ilişkilerinden koparak, yalnızlık ve ayrılık duyguları yaşamasına neden olmuştur. Hastanın, eşini kaybetmesiyle birlikte, en önemli desteğini kaybetmiş olması, hiçbir güvencesi olmayan hayatında, bu yalnızlığını, önemli bir sorun olarak görmesine neden olmuştur. Özellikle şehre geldikten sonra, yalnızlık ve yabancılaşma çeken ailesinin, yakınları tarafından desteklenmemesi, hastanın eşinin ölmesiyle birlikte artan maddi sıkıntıları, ruhsal yaşamını sarsmıştır. Oğlunun, kriz nedeniyle çalıştığı yerden çıkarılması, hastanın bir çok maddi sorun karşısında, çocuklarının geleceklerinden endişe etmesini ve haliyle rahatsızlanmasına neden olmuş olabilir. Çocuklarının evlenme yaşına gelmiş olmasına rağmen, maddi sıkıntılarının bitmemiş olması, hastanın bu konudaki sorunlarının çözülmemeyeceği kaygısına neden olmuştur. Kısaca, hastanın geçmişte yaşadığı olumsuz olaylarla birlikte, ailesinin geleceği konusundaki endişelerinin, onun ümidini sarsarak hastalanmalarında etkili olduğunu ifade edebiliriz.

## 7. GENEL DEĞERLENDİRME, SONUÇ VE ÖNERİLER

Depresyon, hem sosyal hem de ekonomik sonuçları itibariyle, ciddi bir ruh hastalığıdır. İntihar vakalarında bir basamak oluşturan depresyon, gittikçe artan oranlarıyla, sosyal huzursuzluğun bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Bu anlamda, depresyonun, sosyal yapının önemli bileşenleri olarak değerlendirebileceğimiz toplumsal sağlık, sosyal kontrol ve sosyal düzen açısından ciddi bir uyarı olduğunu söyleyebiliriz. Sosyal yaşam, bireysel gerçeklikten ayrı değildir. Sosyalleşme yoluyla içselleştirilen yaşamın, gerginlik yaratan çelişik durumları, kültürel ve sosyal bir içerik taşımaktadır. Böylece, toplumsal ve kültürel yapıdan içselleştirdiğimiz sosyal-kültürel çelişkiler, psikolojik çelişkilere ve depresyona zemin hazırlamaktadır. İnsanlar toplum içinde birlikte yaşadıklarından, ortaya çıkan bu rahatsızlığın, içinde yaşanan sosyal örgütlenmeyle yakından ilişkili olduğunu ifade edebiliriz. Bu bağlamda, depresyonun sosyal sınıf, meslek, işsizlik, yoksulluk, ailevi sorunlar, terör, göç, çarpık kentleşme, yetersiz sosyalleşme, eğitim, din, dünya görüşü, medeni durum, cinsiyet pozisyonu, siyasi gerginlik, kültürel gecikme, modernleşme, anomie ve yabancılaşma süreçleriyle yakından ilgili olduğunu ifade edebiliriz.

Bu hastalığın ortaya çıkışı ve devamıyla ilgili olarak, psikolojik-psikiyatrik bakış açısının, yeterli olmadığı bilinmektedir. Bu konuda, sosyolojik bir bakış açısının oluşturulması, depresyonun yanı sıra, sosyal ve kültürel yapıyla, bireysel yapı arasındaki ilişkiler hakkında da aydınlatıcı bilgiler sunabilecek niteliktedir. Depresyonun teorik bağlamda, tek bir modelle açıklanması söz konusu olamaz. Bunun yerine, farklı bağlamlarda, farklı teorik açıklamaların uygun düştüğünü ve çoğu zaman da, farklı teorik açıklamaların birlikte kullanılmasının, depresyonun anlaşılmasında, daha elverişli olduğunu ifade edebiliriz. Bu bağlamda, sosyal çatışma modelinin, alt sınıflarda ve daha çok hastalık öncesi süreçlerin anlaşılmasında etkili olduğu, buna karşın, orta sınıflarda ve hastalık sonrası süreçlerin anlaşılmasında, fonksiyonalist teorinin daha açıklayıcı olduğunu söyleyebiliriz. Bunun yanı sıra, demin belirttiğimiz, makro teorileri göz ardı etmeksizin, hem hastalık öncesi hem de hastalık sonrası süreçlerde, zedelenebilirlik, sembolik etkileşimcilik ve etiketleme teorisinin, oldukça açıklayıcı olduğunu ifade edebiliriz. Bir anlamda, kullandığımız bakış açısı, mikro veya makro teoriler arasında bir tercih yapmamızı veya bunların birlikte

değerlendirilmesinde, belirleyici olmaktadır. Sözgelimi, ekonomik ve sınıfsal ilişkileri temel alan bir bakış açısı; çatışmacı yaklaşımı, sosyal düzeni ve kurumlar arası ilişkileri temel alan bakış açısı; fonksiyonalist teorileri, aile içi ilişkileri temel alan bir bakış açısı ise, rahatlıkla, mikro analizleri kullanarak, açıklayıcı yorumlar yapılabilir. Ancak, gerçekte, bunların hiçbiri, tek başına, her durumda, yeterli bir açıklama sunamaz.

Araştırmamızda, erkeklerin oranının (%58), beklenilenin aksine, kadınların oranından (%42) daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu araştırmanın, ülkemizde yaşanan ekonomik bir kriz sonrasında yapılmış olması, ekonomik rolleri dolayısıyla, erkek hastaların, kadınların sayısından daha fazla oranda olmasında, etkili olmuş olabilir. Erkeklerin, bu süreç içerisinde, ekonomik kökenli sorunlar yaşamaları ve bu konuda çaresizleşmeleri, hastalanmalarında, önemli bir yer tutmaktadır. Bunun yanı sıra, eğitim düzeylerindeki düşüklüğün de etkisiyle, stigmanın, geleneksel düşüncedeki bu kadınlar üzerindeki etkisinin, erkekler üzerindeki etkisinden daha fazla olması ve kader düşüncesinin, kadınları daha fazla etkilemesinden dolayı, onların, "çilekeş bir statüyü" benimseyerek, hastaneye daha az başvurdukları söylenebilir. Toplumdaki düşük statülerini kabullenen kadınların, daha çok aile, evlilik sorunları yaşamaları, sorunlarının hastanede çözülemeyeceği düşüncesine yol açtığından, kadınların hastaneye başvuru oranları daha az çıkmış olabilir.

Görüştüğümüz hastaların –gerek erkek, gerekse kadın- önemli bir kısmının (%74), orta yaş grubu (25 - 44 yaş) içerisinde oldukları görülmektedir. Bu bağlamda, kadınların %64.3'ü, erkeklerin ise, %55.2' si, 25-39 yaş dilimi içerisinde bulunmaktadır. Genel anlamda, hayatın çeşitli sorunlarının, bu yaş döneminde yoğunlaşması nedeniyle, sosyal, ekonomik ve yasal sorunların bu dönemde artması, tükenmelere neden olmaktadır. Hastaların, bu yaş döneminde, hayatlarını, "geçmiş", "şu an" ve "gelecek" olarak genel bir değerlendirmeye tabi tuttuklarını ve hedeflerine ulaşamadıkları için, hayal kırıklıkları yaşadıklarını söyleyebiliriz. Araştırmamızda, kadınlara kıyasla orta yaştaki erkek hastaların, daha fazla olması; çocukların büyüyüp, ihtiyaçların arttığı bu dönemlerde, aile ortamında, ekonomik sorunlardan, genel beklentilerde yaşanan hayal kırıklıklarına ve başarısızlıklara kadar, bu yaş diliminin, erkekler için, daha fazla riskli olmasıyla açıklanabilir. Buna mukabil, daha erken yaşlardaki hasta sayısının, kadınlarda, orta yaşın üstünde ve daha ileri yaşlardaki hastaların ise, erkeklerde daha fazla görülmesi, kadınların evliliklerinin ilk yıllarında ve gençlik yıllarında, erkeklerden

daha fazla baskı altında olmalarıyla; erkeklerin bu durumu ise, ileri yaşlarda, gerek çalışma hayatının yarattığı tükenme duygularıyla ve gerekse, yaşlılık, emeklilik nedeniyle ortaya çıkan yaşam değişiklikleriyle, bir anlamda, çalışmamanın, artan boş zamanları değerlendirememenin boşluğuyla ve yeterli sosyal ilişki kuramamanın etkisiyle ilgili olabilir. Yaşlı hastaların, yorgunluk, yalnızlık, işe yaramazlık duygularıyla birlikte, bir statü, değer kaybı yaşamalarının ve bunu telafi edebilecekleri bir alternatiften mahrum olmalarının, hayatı boşa harcadıkları düşüncesiyle birlikte, onların ruhsal yapılarını, oldukça olumsuz etkilediğini belirtebiliriz. Bununla birlikte, yaşlıların kader düşüncesine sahip ve daha mütevekkil olmaları; ayrıca, kültürel yapımızın da etkisiyle, yaşlılara gösterilen saygının, nispeten, devam ediyor olması, yaşlı hastaların az olmasında, etkili olmuş olabilir.

Depresyonla, medeni durum arasında bir ilişkinin olduğu ifade edilebilir. Araştırmamızda, hem erkeklerde ve hem de kadınlarda, hastaların çoğunluğunu (%69) evliler, %16'sını ise, bekarlar oluşturmaktadır. Araştırmamızda, diğer araştırma oranlarından farklı bir şekilde, erkek evlilerin oranı (%63.8), evli kadınların oranının (%36.2) neredeyse iki katına yakın bir oranı oluşturmaktadır. Bilindiği gibi evlilik, bekârlık sorunlarından ve sorumluluklarından daha ağır bir konumu içermektedir. Çalışmamızda, çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğu evlilerin, özellikle, devalüasyon, iflas ve aşırı borçlanma gibi ekonomik sorunların da etkisiyle, aile rollerinde yaşadıkları ciddi sıkıntılar nedeniyle, depresyona girdiklerini söyleyebiliriz.

Araştırmamızda, en fazla sıkıntı içerisinde olan gruplardan birinin de, boşanmış kadın ve erkeklerle (%7) dul kadınlar (%5) olduğunu söyleyebiliriz. Bölgemizde, evliliğe yapılan kültürel vurgu ile dulluğa yönelik bakış açısının; özellikle, kadınların ruhsal yaşamlarında, önemli bir etkisinin olduğunu söyleyebiliriz. Çünkü, bölgemizde, iyi bir evliliğin, düşük eğitilmiş kadınların, hayalini kurdukları tek çıkış yolu olduğunu biliyoruz. Yetersiz eğitimleriyle, sosyal statülerini, kimlik ve geleceklerini iyi bir evlilik hayaline dayandıran bu kadınların, evlilikte yaşadıkları ciddi sorunlar sonucunda, sosyal güvencelerinin yetersizliği nedeniyle, geleceğe yönelik olan ümitlerini yitirerek, hastalandıklarını söyleyebiliriz. Özellikle, yuvalarının dağılmasıyla, çocuklarından ayrılarak, baba evine dönen ve bundan ötürü, ailelerinden destek almak bir yana, onlar tarafından suçlanan kadın hastaların, gittikçe ağırlaşan konumları ve çaresizlikleri nedeniyle, bunaldıklarını ifade edebiliriz.



Bunun yanında, kadın hastaların, genelde, erken yaşlarda ve genel olarak, kendilerinden daha yaşlı erkeklerle evlenmeleri, onların sıkıntılarında etkili olmuş olabilir. Ailenin önemine yapılan kültürel vurgu dolayısıyla, kadınların, ne olursa olsun, evliliği, sürdürmeleri gerektiğine inanmaları veya buna dayanamayıp, zor koşullarda boşanmaları, yeniden evlenme konusundaki zorlukları, bu kadınların, aile içerisinde yaşadıkları sorunların bitmeyeceği ve onları çaresizce çekecekleri anlamına gelmektedir. Dolayısıyla, bu kadınların, kader gibi yaşadıkları bu sorunlarının çözülemeyeceği beklentisiyle, depresyona girdiklerini ifade edebiliriz. Bir anlamda, aile değerlerine olan bağlılığın, bazı kadınlar üzerinde, olumsuz etki yaratarak, depresyona zemin hazırladığını ifade edebiliriz.

Ailenin duygusal fonksiyonlarıyla, ayakta durmayı başaran, yapısal bozukluklar, aileler üzerinde ciddi bir baskı oluşturduğundan, sosyal ve ekonomik çarpıklıkların, başta kadınlar ve çocuklar olmak üzere, bütün aile üyelerini ve ailedeki ilişkileri, olumsuz olarak etkilediğini söyleyebiliriz. Hastaların ailelerinde, doyurucu ilişkiler bir yana, tutarlı, hoşgörüye dayalı, karşılıklı bir iletişimin olmadığı; tersine, geçmişte, hastaların ilgisiz ve kırıcı muamelelere maruz kaldıkları görülmektedir. Çocukluk yıllarını anlatan hastaların sadece, %27.8'i, geçmişte herhangi bir sorunlarının olmadığını, geriye kalan çoğu hastanın aile yaşamlarında, sürekli dayak ve kavgalara kadar varan, sevgi ve hoşgörü sorunu yaşadıklarını ve çoğunu erkeklerin oluşturduğu bazı hastaların, bu nedenle, evden kaçmayı düşündüklerini ve bazı erkeklerin de, küçük yaşlardan itibaren, büyük şehirlere gitmelerinde, bunun önemli bir etkisinin olduğunu söyleyebiliriz.

Aile geçmişleri hakkında, erkeklerin en fazla belirttikleri sorun, "dayak ve katı muamele" (%32.1), kadınların en fazla şikayet ettikleri konu ise, "istemedikleri konulara itaat etmek zorunda kalmaları" ve "ailelerindeki kavga ve huzursuzluklardır"(%26.8). Bu tür aile yapılarında, yani, bireysel düşünce, karar ve davranışların iyi karşılanmadığı itaat ağırlıklı bir eğitim modelinde, hastaların bağımsız ve otonom bireyler olarak yetiştiklerini söylemek zordur. Bir anlamda, başta kadınlar olmak üzere, bağımlı olarak yetiştirilen çoğu hastanın, aile geçmişlerinde yaşadıkları sorunlar ve sosyal ilişkilerde hissettikleri reddedilme deneyimleri nedeniyle, olumsuz olaylardan fazlasıyla zedelendikleri, söylenebilir.



Hem bir kısım erkek (%16.1) ve hem de bir kısım kadın hastaların (%16.1), ailelerinin, kendilerine yönelik tutumlarında, en fazla dile getirdikleri sorunların başında, onların, “kendilerine karşı ilgisiz ve duyarsız tutumları” gelmektedir. Bu ilgisizliğin, hastaların ruhsal yapıları üzerinde, kendilerine ilişkin güvenlerinde, ciddi sarsıntılar yaratmış olabileceği, tahmin edilebilir. Ailede, yaşadıkları şiddetli sorunlar nedeniyle, bu hastaların, sevgi ve şefkate en fazla ihtiyaç duydukları zamanda, ihmal edilmeleri ve ilgi bir yana, ceza görmeleri, onların ruhsal yapılarını ciddi anlamda sarsmıştır.

Görüştüğümüz hastaların çoğunun, düşük statülü olmalarının, çok çocuklu bir aileden gelmelerinin, onların hasta olmalarında etkili olduğunu, ifade edebiliriz. Çok çocuklu bu ailelerde, hastalarımızın durumunda olduğu gibi, ekonomik durumun kötü olmasının, çocuklara gösterilecek ilgiyi azaltacağını veya eşitsiz dağılacığını tahmin edebiliriz. Ayrıca, geniş ailedeki sorunların, “kol kırılır, yen içinde kalır” mantığıyla ele alınmasının da, bu ailelerdeki bireylerin, dezavantajlı durumlarının anlaşılması açısından, önemlidir. Bunun yanında, ebeveynlerin yorgunluklarını ve tükenmişlik duygularını arttıran aile büyüklüğü, anne-babanın çocuklarına karşı daha kırıcı olmalarına neden olduğundan, bu hastaların çocukluk yıllarında, daha fazla yıpranmış olduklarını söyleyebiliriz.

Ekonomik durumu zayıf olan bu çok çocuklu geniş ailelerde, ebeveynler üzerindeki baskı arttığından, aile üyelerinin birbirlerine olan tahammüllerinin azalıp, aile içi ilişkilerin niteliğinde bir bozulma olduğunu söyleyebiliriz. Bu tip bir aile ortamında, “ayıp”, “iyi-kötü” şeklindeki yargılayıcı kontrol tarzı, kaçınılmaz hale geleceğinden, aile içinde, başta çocuklar olmak üzere, en zayıf durumda olanların, günah keçisi haline getirildiğini söyleyebiliriz. Yargılayıcı tutumların ağır bastığı ailelerdeki çocuklar, vicdanlarını, duygularını, anne-babanın kendilerine ilişkin bu tutumlarından içselleştirdiklerinden, kendilerine ve çevrelerine yönelik bakışları da, yargılayıcı ve olumsuz olur. Bunun yanı sıra, kadın hastaların, erken evlilik nedeniyle, yeterince bireyleşmeden, bağımlılık kurdukları geniş ailelerinden ayrılmaları, kurdukları çekirdek ailede desteksiz kalmaları, onların, sorun anlarında, neden bunaldıklarını anlamamızda etkili olabilir.

Kültürel yapımızın etkili olduğu, aile içi ilişki kalıplarının bir sonucu olarak, genelde, kadınların anneleriyle; erkeklerin ise, babalarıyla sorun yaşadıklarını ifade

edebiliriz. Bu anlamda, bazı hastaların (%30), cinsiyete ilişkin kimlik rolleriyle, yeterince özdeşleşemediklerini ve bu nedenle de, olumlu bir benlik imajı geliştiremediklerini ifade edebiliriz. Bunun yanı sıra, kadın hastaların, ataerkil kültürümüzün etkisiyle, otoriter bir baskı altında olduklarını; az sayıda bazı erkeklerin ise, biraz şımarık, biraz da, aşırı beklentilerin etkisiyle, sorun yaşadıklarını söyleyebiliriz. Çocukluğundan itibaren, anne-babalarıyla sorun yaşadıklarını belirten hastaların, bu nedenle, kendilerine ve başkalarına karşı güvensizlik geliştirdiklerini ve bu durumun, onların sosyal ilişkilerinde yetersizlik, yalnızlık ve yabancılaşma, gibi olumsuz birtakım duygularla birlikte, ruhsal sorunlara ve iletişim sorunlarına neden olduğunu söyleyebiliriz. Çünkü, hastaların aile içindeki geçmiş yaşamlarının iyi olmaması, onların ruhsal zeminlerinin, şu anda yaşadıkları sorunlar karşısında daha fazla etkilenmelerinde ve zedelenmelerinde belirleyici olabilir.

İletişim ve hatta tartışma, bireyler arası sorunların dile getirilmesini ve biriken olumsuz duyguların deşarj edilmesini mümkün kılar. Otoriter bir kültürün egemen olduğu hasta ailelerinde, hastaların, çocukluktan beri yaşadıkları iletişim bozukluklarının, şu anda yaşadıkları aile sorunlarında ve iletişim bozukluklarında, etkili olduğunu söyleyebiliriz. Nitekim, şu anda, aile huzursuzluğu nedeniyle, depresyon geçirdiklerini söyleyenlerin, aile geçmişlerinin de, olumsuz ve problemlî olduğunu, verilerimize de dayanarak rahatlıkla söyleyebiliriz. Ancak, iletişim sorunu, sadece, kadınların veya ailelerinin sorunu olmayıp, sosyal yapı ve değerlerle yakından alakalıdır. Çünkü, aile içi sorunlar da dahil, sosyal ilişki ve iletişim problemleri, diğer toplumsal ve ekonomik sorunlardan ayrı olmayıp, kendisinden daha büyük bir sistemin parçasıdır.

Bunun yanı sıra, hastaların büyük çoğunluğunun, yani yaklaşık %75'inin, görücü usulüyle ve %4'ünün, kaçarak evlenmiş olmalarının, onların evlilik sorunlarında, önemli bir yer tuttuğunu söyleyebiliriz. Görüştüğümüz hastaların çoğunun, düşük eğitilmiş bir aileden gelmelerinin yanında, kendilerinin ve eşlerinin sahip oldukları yetersiz eğitimleri, onların yaşadıkları iletişim sorunlarında, belirleyici bir faktör olarak değerlendirilebilir. Bunun yanı sıra, kendileriyle eşlerinin öğrenim durumlarını karşılaştırdığımız çoğu hastanın (%70), eğitim bakımından, dengesiz oldukları düşünülürse, hastaların aileleriyle yaşadıkları iletişim çatışmalarını, daha iyi değerlendirebiliriz. Eşler için ciddi bir sorun oluşturan iletişim çatışmalarının,

görüştüğümüz hastaların temel problemlerinden biri olduğunu söyleyebiliriz. Hastaların çoğu (%73), eşleriyle az veya çok, ama sürekli tartıştıklarını ve bu tartışmalarda geçimsizlik ve maddi sıkıntı sorunlarının yanı sıra, eşlerinin ailesi tarafından yapılan müdahalelerinin (%21.6) de etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Önceleri veya şu anda, eşlerinin aileleriyle birlikte kalan kadın hastaların, kaynana ve görümceleriyle, bazı erkek hastaların ise, eşlerinin aileleriyle, ciddi problemler yaşadıkları tespit edilmiştir. Bölgemizde, genelde, akrabalık bağlarının, birbirine oldukça yakın olması nedeniyle, kişisel sınırlar belirsiz ve birbirine yapışık geleneksel ilişkiler söz konusu olduğundan, aile içi sorunlar, yakın akrabaların etkileriyle meydana gelebilmekte veya yakın akrabalar, bu tür sorunlara müdahale ederek, sorunların daha da büyümesine neden olabilmektedirler. Görüştüğümüz evli kadınların, küçük denebilecek bir yaşta evlenmelerinin ve genel anlamda yaş açısından, eşleriyle dengesiz olmalarının, ailelerinden bağımsızlaşamamalarının, onların iletişim sorunlarında, oldukça etkili olduğu söylenebilir. Gerçekten de, 15-19 yaş grubu gibi, oldukça erken bir yaşta evlenen hastalar düşünüldüğünde, bayanların %74.3'ünün, erkeklerin ise, %18.4'ünün, ailelerinden tam olarak kopamayacakları, duygusal olarak da ayrışamadıkları bir dönemde evlendikleri için, sorunlar karşısında yetersiz kalarak, zorlandıkları ve bu nedenle de ruhsal sıkıntı yaşadıkları düşünülebilir.

Kadın hastaların sadece, bir kısmı (%16.2), eşlerinin hâlâ, kendilerini dövdüklerini söylemişlerse de, diğer birçok hasta, eşlerinin kendilerini daha önceleri dövdüklerini, ama kendilerinin bunu, o zamanlar pek de önemsemediklerini ifade etmişlerdir. Bunun yanı sıra, kadın hastaların %18'inin eşlerinin alkol kullanmaları nedeniyle, alkol kullanan erkeklerin de, %48'inin, aynı sebeplerle, eşleriyle sürekli tartıştıklarını, bu açıdan ifade etmeliyiz.

Bölgemizdeki kadınların, erkeklere göre, oldukça dezavantajlı oldukları, karşılaştıkları sorunlarla baş etmede, eşlerine bağımlı olmaları ve daha yetersiz imkanlara sahip olmaları dolayısıyla da, aile içindeki sorunlardan, daha fazla etkilendikleri söylenebilir. Bu konuda, erkeklerin, eşleriyle kurdukları iletişim tarzının, erkek üstün bir zeminde gerçekleşmesi gerektiği inancının da, hastaların aile içi ilişkilerde, sorun oluşturduğunu söyleyebiliriz. Hasta olan evli kadınların, ailelerine, eşlerine olan bağımlılıkları, aile bütünlüğü için fonksiyonel olmakla beraber, onların ruhsal sağlıkları açısından pek de işlevsel değildir. Eşlerine bağımlı, sosyal beceriler

açısından yetersiz olan bu kadınların, duygusal ihtiyaçları fazla olduğundan, sosyal desteklerini kaybettiklerinde, aile içi sorunlarını telafi edemedikleri için hasta olduklarını söyleyebiliriz.

Sahip olduğu değer ve normlarıyla, aile, tüm isteklerin tatmin bulacağı bir kurum olmadığından, eşlerin artan beklentileri, hayal kırıklıklarına ve karşılıklı ilişkilerde dengesizliklere neden olmaktadır. Kadınların, değişen ve artan beklentileri nedeniyle, geleneksel rollerini ve beklentileri karşılamada yaşadıkları zorluklar, onların ruhsal sıkıntılarını anlamamızda büyük bir önem taşımaktadır. Ayrıca, çekirdek yapıda olmalarına rağmen, ailelerinin, geniş aile formunda bir işleyişe sahip olmasının, onların sıkıntılarında, önemli bir yere sahip olduğunu söyleyebiliriz. Bazı hastalar ise, çekirdek aile içinde olmalarına rağmen, geniş ailelere mahsus bir sosyal destek beklentisi içindeydiler. Bu beklenti, hastaların ait oldukları, yetiştikleri ailelerin büyüklükleriyle yakından alakalıdır. Nitekim, görüştüğümüz hastaların %44'ü, yedi ve üstü bir sayıda, %4'ün dışında, geriye kalan hastaların tümü ise, üç ve daha fazla sayıda çocuğu olan bir ailenin içinde büyümüşlerdi.

Evli hastaların %22.6'sının üç çocuklu, %27.4'ünün de dört ve üzeri sayıda bir çocuğa sahip oldukları düşünülürse, düşük bir ekonomik durumda olan hastaların, yaşadıkları kötü koşulların ve zorlanmalarının boyutları daha iyi anlaşılır. Eskiden olduğu gibi, ne bir statü kaynağı ve ne de ekonomik bir getiri kaynağı olan çocuk fazlalığı, onların sorunlarının büyümesinde, tükenmelerinde, önemli bir yere sahiptir. Çocuklarıyla yeterince ilgilenemediklerini belirten çok çocuklu bu hastaların, onların eğitim imkânlarını ve geleceklerini hazırlayamamam, çocuklarının hayatı için bir şey yapamamamın ezikliğiyle utandıkları, tükendikleri gözlenmiştir. Bunun dışında, depresyon sebebi olarak belirtmeseler de, çoğunu kadınların oluşturduğu bazı evlilerin (%11), çocuksuz olmalarının, onların hastalıklarını açıklamamızda, etkili olabileceğini düşünüyoruz. Kültürel olarak, çocuk sahibi olmaya atfedilen önemin, çocuğu olmayan bu hastaların, yetersizlik duygularının ve gelecekle ilgili hayal kırıklıklarının oluşmasında, önemli bir yer tuttuğu söylenebilir.

Ayrıca, bu konuda bir başka sorun da, depresyon hastalarının, evde sorunlu bir ilişki tarzını yürütmeleri dolayısıyla, eşleriyle problem yaşamalarıdır. Duygu ve düşüncelerini ifade etmede daha yetersiz olan hastalar, eş ve çocuklarıyla daha fazla problem yaşar ve onlara karşı daha tahammülsüz ve daha soğuk bir ilişki tarzını devam

ettirirler. Modernleştikçe, duygusallıkları, duygusal bağılıkları azalan toplumumuzda, duygusal kütlüğün, aileyi ve özellikle, kadınları daha fazla zorlayacağını söyleyebiliriz. Kadımların, kamu dışındaki konumları ve üretim düzenindeki zayıflıkları, onları, aile içinde, psikolojik rehabilite figürü konumuna getirerek, kamusal sorunların yansıdığı, riskli bir ruhsal konuma yerleştirmektedir. Bunun yanında, kamusal alan kişisellikten uzaklaştıkça ve gerilimin işlevsel olduğu modern kurumlar, bireyler üzerinde baskıda buldukça, çekirdek aileye, aşırı bir duygusal destek işlevinin yüklendiğini ve diğer kurumların yetersizliği oranında da aile içi ilişkilerin, ailenin ruhsal yapısının sarsılacağını söyleyebiliriz. Bunun yanı sıra, çoğu hastanın, alt düzeyde bir sosyo-ekonomik seviyeye sahip ailelerden gelmeleri, bu hastaların ve ailelerinin yaşadıkları çeşitli sorunların anlaşılmasında, önemli olduğunu söyleyebiliriz.

İnsanların sahip oldukları sosyal sınıflar, onların yaşam karşısında kaldıkları güçlüklerin, baskının derecesini belirler. Bu anlamda, sosyo-ekonomik standartları içeren tabakalaşma tarzıyla, depresyon arasında, önemli bir ilişki olduğunu söyleyebiliriz. Görüştüğümüz hastaların, hem ait oldukları sosyo-ekonomik köken itibariyle hem de buldukları konum itibariyle, alt sınıftan insanlar olduğunu ve bazı hastaların da aşağı doğru bir hareketlilik içerisinde olduğunu ifade edebiliriz. Görüştüğümüz hastaların çoğu, yeterli bir eğitimden yoksun olup, %74'ü, 400 milyonun altında bir gelire sahiptir. Hastaların rahatsızlanmalarında önemli bir yer tutan maddi sıkıntıları da, bu bağlamda değerlendirilebilir. Nitekim, hastaların yaklaşık, %80'i, para sıkıntısından dolandırılmaya, aşırı borçlanmadan işsizliğe kadar, çeşitli maddi sorunlar yaşamışlardır.

Maddi sorunlarla karşı karşıya kalan ve ailesinin ihtiyaçlarını karşılayamayan çoğu hastanın, aileleriyle sorunlar yaşamaları, kendilerini değersiz görerek, depresyona girmelerinde etkili olmuştur. Hastaların sahip oldukları sosyal pozisyon ve sınıflar, bu insanların benlik saygılarını düşüren ve marjinalleştiren izole bir yaşamı yaratmaktadır. Düşük benlik saygısının algılandığı alt sınıf konumu, çoğu mükemmeliyetçi hastanın depresyonunu belirleyen hayal kırıklıklarında, önemli bir yere sahiptir. Daha iyisi olmak için güdülenen ve bunu, sınıf atlama şeklinde realize etmeye çalışan hastaların, sahip oldukları potansiyellerinin yetersizliği nedeniyle, çaresizleşerek, depresyona girdiklerini söyleyebiliriz. İnsanların kendilerine olan saygıları, büyük ölçüde, o toplumda değer verilen, önemsenen kriterlere bağlıdır. Gelir, başarı ve statünün, temel öneme sahip



olduğu sosyal yapıda, başarısızlık, statü kaybı, elbette, ciddi bir travma kaynağıdır. Sosyal hareketliliğin, temel dinamizm olarak kabul edildiği, eşitlik, ilerleme ve sürekli tüketmenin ideal bir kültür haline geldiği, ama, sınıfsal uçurumların bir türlü kapanmadığı sosyal yapımızda, bu imkanlardan yoksun olan hastaların depresyona girmeleri, şaşırtıcı değildir. Bir yandan, reklamlarla tahrik edilen bir tüketim baskısı, öte yandan, bu imkanlardan yoksun sınıfsal pozisyonlar, ailelerinin ihtiyaçlarını gideremeyen bu hastaların depresyona girmelerinde, önemli bir yere sahiptir. Bu anlamda, hastaların, hasta oldukları için alt sınıfta olmadıklarını, tersine, alt sosyo-ekonomik koşullarda yaşamaları nedeniyle, yani, toplumsal olarak kendilerine biçilmiş rollerini yerine getiremedikleri için hasta olduklarını ifade edebiliriz. Bununla birlikte, ruhsal hastalıkların ve depresyonun, sosyal yapının devamında, alt sınıfların bilincini körelten, fonksiyonel bir içerik taşıdığını söyleyebiliriz.

Hastaların mesleki pozisyonlarıyla, yaşadıkları sorunlar ve ruhsal hastalıklar arasında, bir ilişkinin söz konusu olduğunu söyleyebiliriz. Yaptığımız araştırmada, hastaların %35'ini ev kadınları oluşturmaktadır. Toplumda, düşük bir pozisyonu ifade eden ev kadınlığı, kadınların, ekonomik ve sosyal güvencelerinin yokluğu ile karakterize olmaktadır. Bağımlılıklarının yanında, ev kadınlarının, rutin hayatları, yalnızlık potansiyelleri ve dış hayata olan yabancılıkları nedeniyle, ruhsal hastalıklara yatkın bir konumu içermektedir. Özellikle, eşleriyle problemlilerinden dolayı, bu hastaların, kendilerini güvenden yoksun hissetmeleri, onların hastalanmalarında, ciddi bir yer tutmaktadır. Bunun yanı sıra, az sayıdaki ev kadınının da, aileleriyle yaşadıkları yüksek bütünlüşme düzeyleri nedeniyle, hastalandıklarını söyleyebiliriz. Bir anlamda, bazı hastaların, kendi sorunları olmasa da, yakınlarının sorunları ve üzüntüleri nedeniyle depresyona girdiklerini ifade edebiliriz. Ayrıca, ev kadınlarının, alt sınıf üyesi olan eşlerinin yaşadıkları sorunları, kendilerine yansıtmaları, onların duygusal deşarj fonksiyonuna indirgenmesine neden olduğundan, ev kadınlığı, sarsıcı bir nitelik taşımaktadır. Bunun yanı sıra, hasta olan ev kadınlarının, bu durumlarına rağmen, hastalıkları esnasında, ailelerinden destek görmek bir yana, kaba tavırlara maruz kalmaları, etiketlenmeleri, hâlâ, kendilerinden beklenen ev işlerinden sorumlu tutulmaları ve bu konuda, eşleriyle tartışmaları veya işlerini yapamadıkları için, kendilerini suçlu hissetmeleri, onların ruhsal hastalıklarını daha da kronikleştirmektedir.



Araştırmamızda, en fazla sayıdaki ikinci meslek grubunu oluşturan memurların, gerek alt sınıfta yaşamalarından kaynaklanan sorunlarından ve tatsızlıklardan dolayı ve gerekse, torpil, ayrımcılık, kötü yönetim ve katılmadan uzak nitelikleriyle yaşanan idari sorunlarla, ast-üst çatışmalarından dolayı, sıkıntı yaşadıklarını belirtebiliriz. Yine, ruhsal hastalık açısından ciddi bir risk olarak kabul edebileceğimiz işsizlik (%9) ve günöbirlik işçilik yapanların oranı (%6), toplam hastaların %15'ini oluşturmaktadır. Düşük gelir ve düşük yaşam koşullarıyla birlikte, ciddi maddi ve ailevi sorunlar yaşayan bu kişilerin, sosyal ve ekonomik güvenceden yoksun olmalarının yanı sıra, işe yaramaz, beceriksiz şeklindeki düşük benlik saygıları nedeniyle, depresyona girdiklerini söyleyebiliriz. Bununla birlikte, toplumda işsiz hastaların, ya sağlık güvenceleri olmadığı için, ya bu konuda bilgi sahibi olmadıkları için veya hastalıklarını, başka sapkın davranışlar şeklinde yansıttıkları için, diğer meslek grupları kadar, hastanelere gitmediklerini söyleyebiliriz.

Kentleşme oranları, modernleşmenin önemli bir ayağını oluşturduğundan, kentlerin sosyal dokusunda meydana gelen sorunlar, ruh sağlığını yakından etkiler. Bu anlamda, depresyonla, modernleşme sorunları arasında, önemli bir ilişki vardır. Yoğunluğu artan şehirler, anomik ortamlarıyla, insanların neye göre davrandıkları, tam olarak kestirilemeyen ve bu nedenle de oldukça güvensiz ortamlar olarak değerlendirilebilirler. Modernleşen toplumlarda, artan sosyal ve coğrafi hareketlilikle birlikte, kişiler arası bağları zayıflatan anomik şehir yaşamı, gittikçe artan bireyciliğiyle, depresyonda belirleyici etkenler olarak bilinen yalnızlık, köksüzlük, boşluk, karamsarlık ve duygusuzluk gibi, birbirleriyle bağlantılı bilişsel sorunlar yaratır. Ait olma duygularında, ciddi zaafılar hisseden birçok depresyon hastasının, zayıf mücadele ve rekabet potansiyelleri ile dayanışmadan uzak, gittikçe ekonomikleşen ve bireycileşen şehir yaşamına ayak uyduramadıkları için, depresyona girdiklerini söyleyebiliriz.

Çoğu (%68) şehirlerde yaşayan hastalarımızın, %14'ü köylerde ve %13'ü de ilçede yaşamaktadır. Şehirde bulduklarını söyleyen hastaların önemli bir kısmının, genelde şehrin göç alan, kenar mahallelerinden kişiler olduklarını söyleyebiliriz. Hastaların, bir çok fırsatı bünyesinde barındırır da, kentlerin bu cazip olanaklarından yararlandıklarını söyleyemeyiz. Ulaşamadıkları ile diğerlerinin sahip oldukları arasında, seyirci olarak kalan çoğu hastanın, kıt kaynaklar için oldukça güç bir mücadelenin içinde, ruhsal yapılarını zorladıklarını belirtebiliriz.

Sunduğu imkanlarla, şehrin cazibesi, birçok hastanın hayal kırıklığının ve öfkesinin zeminini oluşturmaktadır. İstekleri, hayalleri tahrik eden kent yaşamı, bazılarını gerçekten fakirleştirir ve diğerleriyle empati kuran bireyleri, arzularının gardiyanlığına zorlayarak, strese sokar. Gerçekten de, hayat karşısında, geçim sorunu ile düşüp kalkmaktan usandıklarını belirten çoğu hasta, ev kiralarını ödeyemediklerini, ev ihtiyaçlarını, dışarıda okuyan çocuklarının masraflarını karşılayamadıklarını, yarının ne olacağını bilemediklerini, acı bir dille belirtmişlerdir. Bu nedenle olsa gerek, hastaların %63.6'ü, yaşadıkları bu şehirde bulunmaktan ötürü, mutsuz ve pişman olduklarını ifade etmişlerdir.

Kalabalık, yoğun ve kozmopolit niteliğiyle, yüreğinde yoksulluk, şiddet ve sınıfsal çelişkileri barındıran kent yaşamının, sosyal bağları, ahlaki değerleri zayıflatarak, hastaların ruhsal dünyaları üzerinde, ciddi bir baskı oluşturduğunu söyleyebiliriz. Şehir, kozmopolit bir hale geldikçe, farklı gruplarla, değerlerle karşılaşan bu insanlar, uyum sağlamamanın zorluğunu yaşarlar. Farklılaşan kurallar, roller ve bilişsel işlevler olarak kendini gösteren bu çelişki ve baskı, bireyin kaldırabileceğinden daha fazla girdi anlamına geldiğinden, şehir insanı, bu ağır bombardımanla başa çıkmak için diğer insanlarla, yüzeysel ve duyarsız bir ilişki içerisine girer.

Hastaların yaşadıkları ikamet yerleri ve yer değişimleriyle, hastalıkları arasında, bir takım ilişkiler vardır. Rekabet gerektiren, nispeten yoğun ortamıyla, şehir atmosferinin, birincil ilişkilerden gelen ve bu şehir ortamlarına yabancı olan hastaların, izole bir şekilde yaşayarak, rahatsızlanmalarında etkili bir faktör olduğu söylenebilir. Göçle birlikte, ortak değerler, alışkanlıklar ve sosyal bağlar sarsılarak, "bir olma" duygusunu engelleyen değer ve çıkar çatışmaları yaşanır. Yoğun bir farklılaşmanın yaşandığı şehir ortamlarında, alışageldikleri sosyo-kültürel ortamlarından ayrılan hastaların, yaşadıkları kimlik karmaşasıyla birlikte, yalnızlıklarının ve ötekileştirmenin farkına vararak, bunaldıklarını söyleyebiliriz. Hastaların, şu anda yaşadıkları ikamet yerleri dikkate alındığında, yaklaşık %15'inin, köyden şehre göç ettikleri, genel olarak da, hastaların %62'sinin şu veya bu şekilde yer değiştirdikleri görülmektedir.

Sürekli veya az da olsa, yaşanan yer değişimleri, hastaların düzenli yaşamlarını ve sosyal ilişkilerini sarsarak, onların ruhsal yaşamını oldukça sarsmıştır. Çünkü, hastaların hissettikleri sosyal mesafe; güvensizlik ve kimlik sorunları yaratarak, ölüm duygusunun en yakından hissedildiği yalnızlıkla birlikte, hastalanmada belirleyici bir rol oynar. Bu

göçler esnasında, aileleri dağılan, yakınlarından, sosyal çevrelerinden ayrılan hastaların, yalnızlık ve yabancılık hissinin yanı sıra, sürekli yaşadıkları ekonomik sıkıntılarla birlikte, ümitsizliğe ve depresyona maruz kaldıkları söylenebilir.

Ayrıca, depresyonla, yalnızlığın ruhsal görünümleri arasında kesişen yönlerinin olduğunu da söyleyebiliriz. Düzenli sosyal ilişkilerden yoksunluğun, depresyonla eşgüdüm halinde sürdüğü, bilinen bir husustur. Hastaların %32'si, hayatlarının bir bölümünde, iki ile on yıl arasında değişen bir yalnızlık yaşantıları olduğunu belirtmişlerdir. Görüştüğümüz bu hastaların %15.7'si, çocuk yaşta, ailelerinden ayrı kalmalarını, geçmiş yıllarda, kendilerini en fazla yıpratın olaylar arasında hatırladıklarını ifade etmişlerdir. Özellikle, şu anda, yalnızlık sorunu yaşadıklarına vurgu yapan hastaların (%10) ise, genel olarak, emekli, eşi ölen hastalar ve eşleriyle boşanmış kadınlar (%7) olduklarını söyleyebiliriz. Yalnızlık yaşantılarından bahseden hastaların hemen hemen hepsini (%29), erkekler oluşturmaktadır. Özellikle, genç yaşlardan itibaren, çalışmak için ya da aileleriyle sorunlu oldukları için ailelerinden, yakın sosyal bağlarından ayrılan erkek hastalar, genellikle, tercih ettikleri büyük şehir yaşamının yabancı ortamlarında, çoğu zaman zor koşullar altında, yalnız başlarına yaşamının sorunları nedeniyle yıpranmışlardır.

Yalnız yaşamının ciddi sorunlarından biri olan, sosyal destek yoksunluğunun, bu hastaların karşılaştıkları zorluklardan fazlasıyla etkilenmelerinde, belirleyici olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra, yakınlarından sorunlu bir şekilde ayrılarak, yalnız kalanların, daha fazla ruhsal sıkıntı çektiklerini söyleyebiliriz. Hem hastalıktan önce ve hem de hastalık nedeniyle, çevreleriyle sorun yaşayan hastaların, sosyal ilişkilerde yaşadıkları yalnızlıkları; güvensizlik, yalıtılmışlık, değersizlik ve reddedilmişlik duyguları yaratarak, onların hastalanmalarına ön ayak olmuştur. Genel anlamda ise, görüştüğümüz hastaların, dostluk ve arkadaşlık ilişkilerinin, ya başından beri kötü olduğunu veya sonradan kötü yönde değiştiğini belirtebiliriz. Bu bağlamda, iyi bir sosyal ilişki ve dostluk geliştiremeyen veya sosyal çözülmenin etkisiyle, bu konuda sıkıntı yaşayan hastaların, depresyona girdiklerini söyleyebiliriz. Bir hastanın, “düşenin dostu olmuyor” şeklinde dile getirdiği gerçek, hastaların düşük sosyal pozisyonlarıyla, yalnızlıkları arasındaki ilişkiye ait farklı bir perspektif sunmaktadır. Gerçekten de, ciddi maddi sıkıntı yaşayan bireylerin, kendilerine olan güvenlerini kaybetmeleri dolayısıyla,

**sosyal ilişki kurmakta zorlandıklarını veya çevrelerinin, bu yöndeki bir ilişkiye mesafeli kaldıklarını belirtebiliriz.**

Öte yandan, ölüme ilişkin kaygı ve korkularla, ruhsal hastalık ve depresyon arasında da yakın bir ilişki vardır. Hastaların, depresif süreçlerinin anlaşılmasında, onların ölüme ilişkin duygu ve düşüncelerinin önem taşıdığını söyleyebiliriz. Bu bağlamda, ölüme ilişkin olarak, hastalık öncesi düşüncelerini dile getiren hastaların %23'ü, ölümü düşündüklerinde, içlerinde, bir korku hissettiklerini, %21'i ise, bir boşluk hissettiklerini belirtmişlerdir. Yaşadıkları hayatın tatminsizliğinden ve sorunlarından dolayı olsa gerek, hastaların bir kısmı (%17), ölümü bir kurtuluş olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. Bireylerin ölüm korkuları ile ölümü düşünme sıklıkları arasında, negatif bir korelasyonun olduğunu söyleyebiliriz. Araştırmamızda, erkeklerin hastalık öncesi ölümü düşünme sıklıklarının (%68.4) kadınlara (%31.6) göre, daha fazla olduğu görülmektedir.

Erkeklerin, aile sorumluluklarının ve rollerinin baskın olmasının yanı sıra, bunda, erkeklere kıyasla, kadınların ölüm düşüncelerini daha fazla bastırmalarının da belirleyici olduğunu ifade edebiliriz. Bu bakımdan, ölümü sürekli düşünmekle, hiç düşünmemenin, hayat tatmini ile karşılıklı ilişki içinde olduğunu ve bu iki ucu içeren düşünce ve tutumların, ruhsal sağlık açısından risk yaratabileceğini ifade edebiliriz. Etkin bir ölüm düşüncesi, üzüntü verici olayların, ruhsal yapı üzerindeki baskısını anlamsızlaştırıp kişiyi, hayattaki olaylara duyarsızlaştıracağından, geçmişte, ölüm hakkında fazla düşünmemiş olanların, beklentileri oranında, artan bir hayal kırıklığı yaşadıkları tahmin edilebilir. Bu anlamda, ölüm hakkında çok az düşündüklerini veya hiç düşünmediklerini belirten hastalar içerisinde, önemli orandaki hastaların, isteklerinin, hayallerinin çoğuna (%36.7) veya hiçbirine ulaşamamış olmalarının (%50), anlamlı olduğunu ifade edebiliriz.

Araştırmamızda, ölümü sürekli olarak düşündüklerini söyleyen hastalar içerisinde, ilk sırayı, aile huzursuzlukları (%31.6) ve sonra da, bir yakının kaybı (%21.1) dolayısıyla, depresyon geçirdiklerini belirten hastalar almaktadır. Ancak, depresyon sebeplerini belirten hastalar, ölüm düşüncelerinin sürekliliği açısından, kendi içlerinde değerlendirildiğinde, bir yakının kaybı nedeniyle, rahatsız olduklarını belirten hastalar (%44.4) ilk sırayı, almaktadırlar. Ölüme ilişkin düşüncelerin, bir hastalık sonucu olmaktan çok, sosyo-kültürel faktörlerle ilgili olduğunu, belki de, depresyona neden

olan faktörlerin aynı zamanda, ölüm düşüncesinin niteliğini belirleyen sosyo-kültürel koşullarla ilgili olduğunu söyleyebiliriz.

Ölüm korkusu, ölüme atfedilen anlamlarla yakından alakalıdır. Modern zamanlarda bastırılan ölüm düşüncesinin, her zaman olduğundan daha fazla, korku verici olduğunu söyleyebiliriz. Dinin ve geleneksel kültürün etkinliği azaldıkça, davetsiz bir misafir olarak algılanan ölüm, yalnızlık ve kaygı hissini arttırmaktadır. Ölümün tıpsallaşarak, bir nevi, yazgı, kader olmaktan çıkıp, tartışılan bir konu haline gelmesi, ölümün büyüsunü bozmuştur. Ölüm inancı, hayatın güçlükleriyle başa çıkabilmede, yaşama inancı kadar etkilidir. Ölümü karşılayabilme gücü, yaşam süresiyle ve hayat beklentilerindeki artışlarla azalmaktadır.

Ölümü yalnız karşılamamanın dayanılmazlığı, insanlar bireyselleştikçe, artmaktadır. Gittikçe ferdileşen tutumları nedeniyle, günümüz insanların, ölüm kaygısını ve korkusunu karşılayabilmede, daha yetersiz kaldığını söyleyebiliriz. Artan sosyal ilişki sayısına karşın, bu ilişkilerdeki derinlik azaldıkça, bireyin, kayıplarını telafi edebilme imkâm da azalmaktadır. Bu nedenle, hastaların yakınlarını kaybetmelerinin, onlara daha ağır geldiğini ve daha fazla üzüntü verdiğini, ifade edebiliriz. Sosyal hareketliliğin, şehirleşmenin ve artan bireyselleşmenin yanı sıra, sosyal bağları zayıflayan hastaların, acı bir kaybın yasını diğerleri ile paylaşmak bir yana, birbirlerinden habersiz olarak yaşadıkları ve bu tür üzüntülerini bastırarak, ruhsal hastalıklarda önemli bir yer tutan, çözülmemiş bir yas sürecine girdiklerini söyleyebiliriz.

Tüketim kültürüyle, beklentileri artan hastaların, haz arayışları ve dünyevi istekleri arttığından, ölümle birlikte kaybedecekleri şeyler oranında, ölüm karşısında, daha fazla kaygı duyduklarını tahmin edebiliriz. İslam'ın kültürel etkisinin, ölümü, ve ölüm korkusunu sosyalleştiren yapısına rağmen, teknolojik gelişmelerin ve sosyal hareketliliğin sonucunda, kişiler arası sorunların artıp, birincil, samimi ilişkilerin kopmasıyla birlikte, ölümün, hastaların ruhsal yapılarında, ciddi bir baskı oluşturduğunu, ifade edebiliriz.

İnsan davranışlarını yönlendiren ve depresyonda ciddi bir role sahip olan en temel duygularından birini, korku oluşturur. Ölüm karşısında gönül rahatlığı sağlayan dinin, en büyük işlevlerinden bir diğeri de, korkuyu kanalize edip, güven vermesidir. Korkunun azaltılmasında, önemli bir rol oynayan din, işlevselliğini kaybettiğçe, kaygı ve ölüm korkusunun artarak, ciddi ruhsal sorunlara yol açabileceğini söyleyebiliriz.



Bir yakının ölümünün, yıllarca veya yıllar sonra dahi, birey üzerinde yıpratıcı bir etkide bulunabildiğini, hastalarımızın depresyona girmelerindeki önemli rolünde görebiliriz. Yakın kayıplarından dolayı, hastaların, depresyonda önemli bir yer tutan olumsuz düşüncelere sahip olduklarını söyleyebiliriz. Geçmiş yaşamlarında, en çok, ebeveynlerinin ölümünden etkilendiklerini belirten hastaların (%9), bu kayıpları nedeniyle, küçüklükten itibaren, bir yandan, sosyal desteklerini yitirdikleri, maddi sorunlar yaşadıkları, öte yandan da, kendilerine olan güvenlerini yitirdikleri tespit edilmiştir. Kendileri için önemli bir yakınlarını kaybettiklerini ifade eden hastaların oranı (%54) yüksek olmasına rağmen, bu hastaların sadece, bir kısmı (%12.2), son zamanlarda bu nedenden dolayı çok üzüldüklerini belirtmişlerdir. Hastalıklarının sebebi olarak, bir yakınlarının ölümünü gösteren hastalar (%9), bu ölüm olayının üzerinden 1 ile 5 yıl arasında değişen bir süre geçtiğini ifade etmişlerdir.

Aile içerisinde, meydana gelen ölümlerden dolayı, rol ve sorumluluklarda, yakınlık ve bağımlılık içeren ilişkilerde yaşanan değişmelerin, hastaların zorlanmalarında önemli bir zemin oluşturduğu ifade edilebilir. Bağımlı olunan bir yakının ölümüyle birlikte, kendilerini sosyal destekten yoksun hisseden hastalar, sosyal izolasyon duygularıyla birlikte, depresyona yatkınlık kazanmışlardır. Hastaların, ait olma ve biz duygularını yıpratıcı bu kayıpların, onların referans kaynaklarını, bütünleşme eğilimlerini sarsarak, kendilerini desteksiz hissetmelerinde, önemli bir etki oluşturduğunu söyleyebiliriz. Bunun yanı sıra, ölen yakınlarıyla problemlilerinden dolayı, bazı hastaların, suçluluk duygusu hissederek, ciddi bir ruhsal sıkıntı yaşadıklarını ifade edebiliriz.

Ölüm sonrasında yaşanan yasın niteliği, hastaların ölüm olayına verdikleri anlamla yakından alakalıdır. Hastaların ölüme ilişkin zayıflayan kader düşüncelerinin, onların yaşadıkları kayıplardan, daha fazla etkilenmelerinde belirleyici olduğunu ileri sürebiliriz. Kültürel değerlerimiz içerisinde, önemli bir yer tutan ölüm ve yas tutumlarının değişmesiyle birlikte, hastaların, “yakınlarının ölümünü kabullenemedikleri” için, ruhsal bir sıkıntı içerisine girdiklerini ifade edebiliriz. Hastaların, yakınlarının ölümüyle birlikte, kendi ölümlerine ilişkin düşüncelerinin aktif hale geldiğini ve hayata ilişkin olumsuz duygular edinerek, yaşama daha soğuk, mesafeli bir tutum sergilediklerini söyleyebiliriz.



Bütün intiharlar içinde, psikiyatrik bir bozukluğa bağlı olan ölümlerin oranıyla (%90), sadece depresyona bağlı olanların oranı (%50), depresyonun ve ruhsal hastalıkların, intiharlar içerisinde ne kadar önemli bir tuttuğunu göstermesi açısından, dikkate değerdir. İntihar hızı düşük olan ülkeler arasında gösterilmemize karşın, yapılan çeşitli araştırmalarda, yurdumuzdaki intihar oranlarının hızla arttığı gözlenmektedir. Çalışmamızda, hastaların önemli bir kısmı (%39), bir veya daha fazla sayıda intihar girişiminde bulunmuşlardır. Bunun yanında, diğer bir önemli bir husus da, hastaların intihar düşünceleridir. Görüştüğümüz hastaların %24.0' ü, intihar düşünceleri olduğunu, %6,0'ı da intihar planı yaptığını, ancak, intihar girişiminde bulunmadıklarını ifade etmişlerdir.

Çalışmamızda, intihar girişiminde bulunan hastaların üçte ikisini (%59.0) erkekler, üçte birini (%41.0) ise, kadınlar oluşturmaktadır. İntihar oranlarındaki bu farklılık, cinsiyet rolleri, ekonomik krizin de etkili olduğu maddi sıkıntıyla ve erkek hasta sayısındaki fazlalıkla açıklanabilir. Yaş grupları açısından, hastaların intihar girişimleri dikkate alındığında, 25-45 yaş diliminde, en yüksek değere ulaşan yüzde oranının (%84.4), orta yaş denebilecek, 30-34 yaş grubunda zirveye (%51.9) ulaştığı görülmektedir. İntihar girişiminin, bu yaş gruplarındaki yoğunlaşması, aile ve işle ilgili sıkıntılarının, hayatın en aktif ve sorunlu dönemleri olan bu yaş döneminde artmasıyla yakından alakalıdır.

Araştırmamızda, gerek aile huzursuzluğu, gerek maddi sıkıntı ve gerekse bu iki sorunu birlikte işaretleyenlerin intihar girişimlerinin, önemli bir oranı oluşturduğu görülmüştür. Hastaların, depresyon sebeplerine ilişkin yorumları içinde, sadece, "aile huzursuzluğu" seçeneğini işaretleyenlerde, hem intihar girişimi oranının (%36.1), hem de intihar düşünce ve planı oranlarının, en yüksek değerlere sahip olmaları düşündürücüdür. Geçmişte, çocukluk yıllarında, aile huzursuzlukları olduğunu belirten hastaların (%42.3), sevinç ve kederlerini paylaşabilecek, güvenebilecekleri kimselerinin olmadığını belirtmeleri, onların intiharlarıyla yalnızlık, sosyal ilişki yetersizliği ve aile sorunları arasındaki ilişki açısından önem taşımaktadır. Yine, geçmişte, ailelerinin, kendilerine yönelik tutumlarını değerlendiren hastalar içersinde, ailesinde sürekli kavga ve dayaklar olduğunu ifade edenlerin %60.0'ı ve evlerinde alkol nedeniyle sorunlar yaşadıklarını belirtenlerin de %62.2'si, intihar girişiminde bulduklarını

belirtmişlerdir. Yaptığımız çalışmada, ailesinde alkol kullananların (%33.3), intihar açısından en riskli hastalar grubu olduğu, söylenebilir.

Medeni durum açısından, evlilerin durumu, diğer gruplara kıyasla, daha iyi olsa da, intihar girişimi açısından, durumlarının pek de iyi olduğu söylenemez. Evlilerin, daha az intihar girişiminde bulunacakları yargısının aksine, araştırmamızda, evlilerin %36.2'si, intihar girişiminde bulunmuşlardır. İnsanların birbirlerine oldukça yakın, bağımlı olduğu aile gibi birincil gruplarda, yaşanacak ilişki sorunlarının da, bu yakınlık ölçüsünde, yıkıcı ve yoğun olabileceğini söyleyebiliriz. Araştırmamızda dul ve boşanmış olanların, intihar girişimi düşüncesi ve intihar planı oranlarının fazla olması da, bunu göstermektedir. Yine, her bir seçenek, kendi içerisinde değerlendirildiğinde ise, intihar girişimlerinin, en fazla yoğunlaştığı hasta grubu, üzüntüsünün sebebi olarak, yakınlarını suçlayan hastalardır (%81.8). Bu, anlamlı bir sonuçtur. Çünkü, yakınlarıyla sorun yaşayanların, öfkelerini içlerine bastırarak, kendilerine karşı yıkıcı davranışlarda bulunmaları, beklenir bir durumdur. Bilindiği gibi, intihar davranışı, bazen, sadece, bireyin kendini yok etmesi anlamına gelmez; sembolik anlamda, birey için öfke duyduğu bir yakınının cezalandırılması anlamına da gelebilir. Ailesinden ayrışamayan bireylerin, yeterince bireyselleşememeleri, sorunların bastırılmasına veya birbirlerine yansıtılmasına neden olmaktadır. Sorunların bu şekilde algılanması ise, iletişim bozuklukları ve aile huzursuzlukları ile birlikte, kısır döngünün yeniden başlamasına yol açmaktadır.

İkamet yerleri dikkate alındığında ise, intihar girişiminde bulunan çoğu hastaların, şehirde yaşadıkları, köy ve ilçelerin ise, intihar girişimi açısından bir farklılık göstermediklerini ortaya koymuştur. Ekonomik ve sosyal sorunlarıyla, yetersiz şehir yaşamının, yabancılaşma ve yalnızlığın yanı sıra; yakın, duygusal açıdan tatmin edici sosyal ilişkileri, yıpratarak, intihar girişimine yol açtığı ifade edilebilir. Çeşitli nedenlerle, aile üyeleri arasındaki bağların, gevşemesinin veya kopmasının, depresyon ve intihar vakalarında, gerçekten, büyük bir önem taşıdığını, yaptığımız mülakatlara dayanarak, söyleyebiliriz. Çocuk ve genç yaşta, genel olarak da geçmişte, ailelerinden ayrı kalanların veya bu dönemlerde, herhangi bir nedenle yalnız yaşayanların, intihar girişimi oranları açısından, oldukça riskli bir kesimi oluşturduklarını söyleyebiliriz. Geçmişte ailesinden ayrı, yalnız başlarına kalanların (%37.5) ve şu anda yalnız kalanların intihar girişim oranları (%60) oldukça yüksektir.

Çalışmamızda, intihar girişiminin, en fazla görüldüğü grupların, kalabalık aileler olduğunu söyleyebiliriz. İntihar girişiminde bulunan tüm hastalar içerisinde, intihar girişiminde bulunanların %76.9'u, 5 ve üzeri sayıda kardeşi olan kişilerdir. Bununla birlikte, bu tür ailelerdeki, sosyo-ekonomik ve kültürel seviye düşüklüğünün, asıl problem olduğunu ve ailedeki kalabalığın, bu ailelerin sahip oldukları sosyo-ekonomik düzeyden daha önemli olmadığını, söyleyebiliriz.

Üzücü olayları yorumlamada, kaderci bakış tarzının, telafi edici bir etkisinin olduğu bilinmektedir. Halbuki, hastaların üzücü olayları, kadere veya kendilerine ve diğer sebeplere bağlayarak açıklamaları arasında, intihar girişimleri açısından, ciddi bir fark olmadığı, hatta, üzücü olayları, kaderle açıklayanların, intihar girişimleri oranının daha fazla olduğu görülmektedir. Bu yaşadıklarıyla ilgili olarak, hastaların kaderci bakışının, dünyayı, yaşamı ve yaşanan üzücü olayları yorumlamaları üzerindeki düzenleyici etkisinin, ağırlığının azalmasıyla yorumlanabileceği gibi, hastaların olumsuz durumları meşrulaştıracak, ideolojik bir söyleme sahip olmamaları ile de açıklanabilir. Bununla birlikte, toplumumuzda yaşanan değişmelere rağmen, aile bağlarının güçlü olmasının, ve İslamiyet'in, intiharı yasaklayan buyruklarının, hastaların intiharlarını engellemede, çok önemli bir etkisi olduğunu ifade edebiliriz. Bunun yanı sıra, Tanrı inancının da, yaşanan sıkıntıların, dini bir perspektifle yorumlayarak, sıkıntıların üstesinden gelmede faydası olmuş olabilir. Nitekim, görüştüğümüz hastaların, kendilerini intihardan uzaklaştıran sebepler arasında, "günah olur" anlayışıyla (%50.5) "yakınlarının üzüleceği endişesinin (%16.5), önemli bir yeri olduğunu söyleyebiliriz.

İntihar düşüncesi, planı ve intihar girişimlerine, meslekler açısından bakıldığında, en fazla yoğunlaşmanın, memurlarda (%30.8) ve ev kadınlarında (%30.8) olduğunu, bunu, işsizlerin (%12.8) ve kamu işçilerinin takip ettiği gözlemlenmiştir. Aile içindeki duygusal fonksiyonları itibarıyla, ev kadınlarının, evlilik ve aile sorunları karşısında ezilmeleri, onların düşük benlik saygılarında önemli bir yer tutmaktadır. Ezilen konumları ve küçüklükten itibaren aşırı bağımlılıklarıyla, kendi ayakları üzerinde duramayan ev kadınlarının, ekonomik ve sosyal bir güvenceden, destekten yoksun olmaları nedeniyle, sorunlarına çözüm bulamamaları ve günah keçisi haline getirilmeleri, onların intihar oranlarının yüksekliğini anlamamızda, önem taşımaktadır. Erken yaşlarda evlenmiş olan ve yetersiz eğitimleri ile dikkatimizi çeken çoğu ev

kadınının, onur kırıcı muameleden, şiddete varıncaya kadar, ciddi aile sorunlarıyla karşılaştıklarını ve yaşadıkları sorunlar karşısında, çaresizlikleri nedeniyle, intihar girişiminde bulduklarını ifade edebiliriz.

İntihar girişimleri içerisinde, en yüksek oranı (%55.6) işsizler oluşturmaktadır. Görüştüğümüz hastalar içindeki işsizlerin durumu, gerçekten ciddi bir çıkmazı sergiliyordu. Onların intihar girişimlerinde, maddi sıkıntılarının önemli bir yeri vardır. İntihar girişimi olan hastaların %81.6'sının, çoğu ciddi olmak üzere, birtakım ekonomik sorunları vardır. İntihar girişimi olan hastaların, en önemli ekonomik sorunları, para sıkıntısı (%32.2) ve aşırı borçlanmadır (%26.3). Ekonomik sorunları nedeniyle, eşleriyle problemler yaşadıklarını belirten bazı işsizlerin, maddi sıkıntılarının yanı sıra, yakınlarının ağır eleştirilerinden, hakaretlerine varıncaya kadar, suçlayıcı, onur kırıcı sözleri nedeniyle, intihara kalkıştıklarını söyleyebiliriz.

Gelecek ümidi olmayan ve gelecek endişesi taşıyan hastaların, intihar girişim oranlarının, daha fazla olduğu, tespit edilmiştir. Gelecek ümidi ile intihar girişimi oranları arasında, ters bir orantıdan bahsedilebilir. Hastaların, gelecekle ilgili bu endişe ve ümitsizlikleri ise, psikolojik bir varsayım olmayıp, tersine, yaşadıkları zorlukların ve hayal kırıklıklarının bir sonucudur. Hastaların yaşadıkları maddi sıkıntılar, onların hayatla ilgili kontrol algılarının zayıflamasına yol açmıştır. Hastaların, kontrol algılarındaki zayıflamanın ve yine, bununla yakından ilgili olan düşük benlik saygılarının, onların gururuyla birleşerek, öfke ve suçluluk duygusu hissetmelerine neden olduğunu söyleyebiliriz. Depresyonun temelinde önemli bir yer tutan suçluluk ve öfke ise, gerçekten yaralayıcıdır. Kamu işçileri gibi, gelir durumları daha yüksek olan bazı hastaların ise, sahip oldukları yüksek beklentiler nedeniyle, iş kurmak amacıyla borçlanıp, zor duruma düşmeleri, hayal kırıklığı yaşamalarına neden olmuştur. Parasal anlamda, birtakım amaçlara ulaşan bu hastaların, artan arzularının, tatmin düzeylerini düşürerek, beklentileri oranında, kırılganlıklarını arttırdığını söyleyebiliriz.

Belli bir sosyal yapı, devamının, kendisini ikame edebilecek kişilikler üzerine kurularak, sağlamaya çalışır. Bu anlamda, sosyal, ekonomik ve kültürel şartlarla, depresyon arasındaki ilişkiler, kişilik bağlamında da ele alınarak, analiz edilebilir. İçedönüklük, kendine güvensizlik, iddiasızlık, sosyal beceri eksikliği, bağımlılık, kaygılanma ve karamsarlık nitelikleriyle tanımlanan depresif kişilikler, yaşama olumsuz bakan, kendileri, arkadaşları, çevreleri hakkında aşırı eleştirici, yargılayıcı insanlardır.

Sözü edilen bu tutumlar, sosyal bağlamlarından kopuk, kendi başlarına oluşan soyut tutumlar değildir. Öncelikle, bağımlı, değersiz, çaresiz şeklindeki depresif kişilik yapılanması, kendilik tasarımı, reddedici, katı ve suçlayıcı çevreden içselleştirir ki, bunun sonucunda, birey, olumlanabilmek için, içselleştirdiği bu aşağılayıcı, suçlayıcı tutumu, kendine uygular. Sosyal yapı, gruplar içerisindeki veya gruplar arasındaki sosyal ilişkilerle belirlenir. Dolayısıyla, toplum, sadece, belirli ilişkileri belirlemekle kalmaz, aynı zamanda, bu ilişkilerdeki bireylerin kişiliğini ve ruhsal sağlıklarını da belirlemiş olur. Toplumdaki değer ve normların yanı sıra, bireyin ait olduğu ailenin sosyo-ekonomik düzeyi, anne-babanın, okulun, kitle iletişim araçlarının ve genel olarak eğitim tarzının, çocuk üzerindeki etkileri, onun kişiliği üzerinde önemli etkilerde bulunur.

Yaşam olaylarıyla, mizaç bozuklukları ve kişilik tipi arasında, bir ilişkinin olduğunu ve olumsuz yaşantıları olan bireylerin, depresif bir mizaca, kişiliğe sahip oldukları bilinmektedir. Sosyo-ekonomik değişkenler, ana-baba tutumunu ve ana-baba ile çocuklar arasında yaşanan ilişkilerin niteliğini etkileyerek, bireyin kişisel, psikolojik özelliklerini önemli ölçüde belirler. Günümüz şartları açısından, hastalıklı denebilecek, bağımlı, kendine güvenemeyen kişiliklerin ortaya çıkması, daha çok koruyucu, sorumluluktan uzak bir çocuk eğitiminin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Oldukça, çekingen, içe kapanık olan hastaların bu kişilikleri, aile ortamlarının, eğitim tarzlarının yanı sıra, derin hayal kırıklıkları ve bütün zorluklarıyla, yaşadıkları toplumsal sorunların bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Hastalarımızın üçte ikisinden fazlasının (%67.0), depresif bireylerin özellikleri arasında belirtilen, bağımlı kişilik tipine uyduğu söylenebilir. Ailede, eğitimde, kültürde ve siyasette, eleştiriye kapalı, farklı düşüneni, öteki olarak etiketleyen, özgürlüğünü sınırlayan, tek tip, anti demokratik anlayış, sürekli onay arayan toplulukçu bireyimizin sadistik üst benliğinin mimarı olarak, hastalarımızın bağımlı, içe kapanık, çekingen kişiliklerini de belirlemektedir. Ailedeki yetiştirme tarzının ve genel olarak da eğitimin, hoşgörüyü ve telafi etmeye dayalı bir rehberlikten ziyade, engelleyici, ayıplayıcı, yasaklayıcı, suçlayıcı, ve nihayetinde tehdit edici ve cezalandırıcı bir alışkanlığa sahip olması, utanmanın ve yine onunla ilgili bir başka temel kişilik formu olan çekingenliğin en önemli sebeplerinden biri olarak değerlendirilebilir. Ancak, bu çaresizlik algısı, bireysel bir biliş olmayıp, sosyal bir problem haline gelmiştir ve bu çaresizlik algılayışının, sadece, depresyonlu hastalara ait olduğunu da zannetmiyoruz.



Kişiliğin yapılanmasında, kültürün ve sosyal yapının genel etkilerinin yanı sıra, cinsiyet rolleri de oldukça etkili olmaktadır. Araştırmamızda, çekingenlik ve çaresizlikle ilgili olarak, daha çok kadınların göze çarptığını söyleyebiliriz. Bu, aslında, kadınların, bağımlı ve silik toplumsal konumlarının da bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Ayrıca, erkeklerin dış dünyayla daha fazla ilişkili olmalarına karşın, bundan yoksun olan kadınların, sosyal beceri açısından daha yetersiz, duygusal ve kırılgan olmaları, anlaşılır bir durumdur. Kadınların, utanma duyguları, erkeklerin bu konudaki duygularına göre daha fazla olması da, bu bağlamda, yani, onların, toplumsal cinsiyet rolleriyle yakından alakalıdır.

Araştırmamızda, hastaların %80'ni, "sorunlarını çözmek için, gerektiğinde, arkadaşlarını üzmeyi göze alamadıklarını, özellikle yakınlarının, arkadaşlarının istekleri karşısında, onları üzmemek için veya "ayıp olur" düşüncesiyle, kendi isteklerinden vazgeçtiklerini, "hayır" diyemediklerini belirtmişlerdir. Hastaların utanma duygularının, iletişim tıkanıklıklarında etkili faktör olarak, onların zorlanmalarında etkili olduğunu söyleyebiliriz. "Kişi, sorunlarını çözmek için başkalarını üzmemeli" tarzındaki yargının yanı sıra, arkadaşlığa verilen önemin de, bireysel bir zaaf olarak değerlendirilmek yerine, güncelliğini yitirmiş bir diğergamlık ifadesi olarak, dini kültürel bir değer taşıdığını belirtmeliyiz.

Gerçekten de, görüştüğümüz hastaların, hayatla, insani değerlerle ilgili yorumlarında, diğergam bir izlenimi edindiğimizi ifade edebiliriz. Ancak, utanma, diğergamlık, vefakârlık gibi toplulukçu değerlerin etkinliğinin, bugün artık, yaşanan kültürel, toplumsal ve demografik değişmelerle birlikte, gittikçe azaldığını ve disfonksiyonel hale geldiğini tahmin edebiliriz. Bir anlamda, kişilik üzerine sinmiş olan bazı değerlerdeki değişmelerin veya bu değerlerin etkinliğindeki azalmanın, bozuk işlev etkisi oluşturarak, bazı hastalarda, ruhsal sorunlar yarattığını ifade edebiliriz. Onların, güçlü üst benliklerinin baskıları altında ezilmelerinin, zayıf egolarından ziyade, asıl sorunun, ahlaki değerlerin önemini kaybetmesiyle, anomiyile, ilgili olabileceğini söyleyebiliriz. Bir anlamda, bu bireylerin sahip oldukları üst benlerinin baskısı, toplumsal ahlakın zayıflaması ölçüsünde artmaktadır. Yani, gittikçe zayıflayan ahlâki yapıya rağmen, oto kontrole ve ahlaki birtakım değerlere sahip olmanın, bu hastalar için yıpratıcı olduğunu söyleyebiliriz.



Bireyin, kendini sevmesi, libidonun, egonun kendine yönelmesi olarak değerlendirilir. Narsizm, bireyci, liberal ekonominin, olmazsa olmaz şartıdır. Narsizmin arttığı bu sosyal yapıda, hastaların çevreleriyle aralarındaki sosyal mesafenin arttığını ve toplumdan yahtılmaları arttıkça da, sosyal benliklerinin eridiğini söyleyebiliriz. İrrasyonel kitle yaşamının ve modern yaşamın irrasyonelliği üzerine kurulan narsizm, geleneksel sosyal kurgunun temelindeki aidiyet duygularını sarsarak, güvensizlik ve kimlik bunalımına neden olmaktadır. Toplumun, sosyal ve ekonomik örgütlenmesinin, daha fazla girişken ve yırtıcı bireyler gerektirmesi, onların değerleri gittikçe çözülen, farklılaşan bu toplumda, sahip oldukları çekingen kişilikleri ile daha fazla sıkıntı çektikleri ve ileriki zamanlarda da, daha fazla zorlanacakları anlamına gelmektedir. Sabırsız, aceleci, hırslı, mükemmeliyetçi ve özsaygıyı her an düşürebilecek, A tipi kişilikleri zorunlu kılan, bu sosyo-ekonomik örgütlenmenin oluşturduğu yüksek beklentiler, oldukça büyük değişim olanakları, belirsizliklerinin yanı sıra, öfke ve kaygı yükleriyle, ruhsal hastalık risklerini bağrında büyütmektedirler.

Başkalarına yöneltilemeyen öfkenin benliğe yansıtılması, suçluluk duygusunu doğurur. Saygının yorumlanışında, değerlerin yanı sıra, sosyal ve siyasal yapılanmanın da, öfkenin bastırılmasında, baskın bir rolü olduğunu biliyoruz. Ayrıca, bireyin vicdani duyguları ve korkuları ile suçluluk ve acıma duygusu arasındaki ilişki de, sosyo-kültürel yapı bağlamında ele alınabilir. Sabır ve kanaatle ilgili değerlerin etkinliğindeki azalma, hastaların öfke ve kırılganlıklarının artmasında, belirleyici bir etken olarak değerlendirilebilir. Bunun yanı sıra, onların öfkeleriyle ilgili bu bastırıcı davranışlarının altında, utanma duygularının etkisi de ele alınarak, değerlendirilebilir. Kültürümüzde, açık iletişimdeki yanlış anlamalar, saygı anlayışının niteliği ve saldırganlık dürtülerinin bastırılması, cinsellikle ilgili düzenlemelerin yanı sıra, demokratik kültürün olmayışı, pişmanlık, suçluluk ve utanma gibi duyguların veya bu tür kişilik yapılanmalarının oluşmasında etkili olabilir. Çünkü, aile, yakın akrabalar, bireyin içsel bütünlüğünü ve kişiliğini oluşturan ana referanslar olarak belirleyiciliğini sürdürdüğünden, birey nosyonu, bizde, tam olarak oluşmamıştır. En zararlı öfkenin, bireylerin yakınlarıyla ilgili sorunlarından kaynaklandığını biliyoruz. Bu bağlamda, yakın aile ve akrabalık bağlarının, benliğimizin içeriğini oluşturacak kadar belirleyici olması, öfkenin, yoğun bir şekilde içimize yansımaya neden olmaktadır.

Araştırmamızda, çekingen, içe kapanık ve sakin olan kişilerin yanı sıra, dışa açık, girişken, sinirli kişilerin de olduğunu belirtmeliyiz. Bu anlamda, depresyonda, sadece belirli bir kişilik tipinin risk altında olduğu düşüncesi, doğru değildir. Sosyal yapımızın, bir yandan, yeterli iletişim kanallarına sahip olmaması ve uygun çatışma kanalları oluşturup, bunları düzenleyememesi, öte yandan da, bireylerin ihtiyaçlarına veya tahrik edilen arzularına cevap vermemesi nedeniyle, farklı kişiliğe sahip olsalar da, bütün hastaların, sorunlarının çözümünde, sıkıntı yaşamalarına neden olduğunu söyleyebiliriz. Depresyonu, kişiliğin değişme potansiyellerinin eksikliği bağlamında, modernleşme açısından değerlendirebiliriz. Bir anlamda, kişiliğin, önemli bir unsurunu teşkil eden tutarlılık, sosyal ve kültürel değişmeler karşısında, gerekli esnekliği engellediğinden, hastaların değişimlere ayak uyduramadıklarını ve depresyona girdiklerini ifade edebiliriz. Bunun yanı sıra, modern yaşamdaki sosyal hareketliliğin ve sosyal değişmelerin sonucu olarak, kişilik gelişimi, oldukça tutarsızdır. Kısacası, günümüzde, sosyal ve coğrafi hareketliliği artmış, değerleri farklılaşmış olan toplumumuzda, farklı şekillerde toplumsallaşan bu hastaların, farklı kişilikler gerektiren kimlikleri ve hedefleri arasında, bölünüp bölünüp durmaları, bu kimlikler arasında, çelişik bir ruh haleti içerisinde kalan hastaların, ruhsal sağlığını tahrip etmiştir.

Elazığ'daki Akıl ve Ruh Sağlığı Hastanesi'nin, ağır hastalarla ilgili çabalarına rağmen, etiketlemenin ağır baskısı nedeniyle, depresyon gibi, duygusal bozuklukların tedavisinde ve genel olarak da, ruh sağlığının korunmasında, nispeten olumsuz bir işlevi olmuştur. Ama, bu sorun, diğer şehirlerden gelenler için değil de, daha çok Elazığlı olan hastalar için ileri sürülebilir. Çünkü, halkın, akıl hastanesiyle ilgili genel izlenimleri, psikiyatriyle ilgili olumsuz yargıların temelini oluşturmuştur. Depresyon gibi hastalıkların, bu şekilde stigmatize (etiketleme) edilmesinde, birçok faktörün etkisi olmakla beraber, farklı türdeki bütün hastaların, özellikle de ağır vakaların, depresyonlu hastalarla, aynı nizamıye içerisinde barındırılmasının, büyük bir etkisi olduğunu ifade etmeliyiz. Toplumun, ruh hastasına bakışından ötürü, hasta olan birey ve aileleri, çevrelerinin dışlayacakları korkusu ile, hastalığı saklama eğilimine girerek, hastaneye başvuruda çekingen kalmaktadırlar.

Çoğu hasta, özellikle de, kadın hastalar, psikiyatriye, "delilerin başvurdukları bir bölüm" olarak baktıkları için, hastaneye başvurmayı ve genel olarak, son ana kadar düşünmediklerini söyleyebiliriz. Hastaların çoğu, ruhsal hastalıklar konusunda bilgi

sahibi değillerdir ve bu tür hastalıklar, fiziki belirtilerle ortaya çıkıncaya kadar, hastaların, sorunlarının ne olduğunu bilmedikleri ve son ana kadar da psikiyatraya başvurmadıklarını ifade edebiliriz.

Görüşmelerimizde, hastaneye başvuran ve yatan hastaların, sadece, ilaç tedavisi aldıklarını söyleyebiliriz. Hastanın iyileşmesinde, antidepresana olan kişisel tepkisinin, önemli bir yeri vardır. Bu tepkide, kişisel farklılıkların, doktorla kurulan ilişkilerin niteliği önem taşır. İlacın kullanılıp kullanılmamasında, özellikle, hasta-hekim ilişkilerinin önemi büyüktür. Hastaların, birincil ilişkilerden gelmelerinin veya böyle bir beklenti içerisinde olmalarının, ikincil ilişki içerisinde etkileşimde bulunan doktorlardan etkilenmelerini, dolayısıyla, tedavi sürecinden elde edecekleri faydayı azalttığı söylenebilir.

Araştırmamızda, erkek hastaların önemli bir kısmının (%70), kadınların ise, yaklaşık olarak %50'sinin, bir yıla, 10 yıl ve daha fazlasına uzanan, ilaç kullanma süreleri olduğu görülmektedir. Hastaların, ilaç kullanma sürelerinin fazlalığı, sadece, onların ilaç kullanma alışkanlıklarının düzensizliğiyle açıklanamaz. Hastaların ilaç kullanma sürelerinin uzunluğu, onların yaşadıkları sorunların, süreklilik taşıyarak kronikleştiğini; ayrıca, ilaçların, geçici çözümler olarak kaldığını ve köklü çözümlerin, sosyo-ekonomik yapıda aranması gerektiğini göstermesi açısından, önem taşımaktadır. Bazı hastalar da, yaşamakta oldukları sosyo-ekonomik sorunlarının düzeleceğine inanamadıkları için, ilaçla iyileşeceklerine de pek inanmamaktadırlar. Hastaların bir kısmının, kendilerine verilen ilaçların çoğunu veya bir kısmını kullanmak istemedikleri, kullandıkları ilaçları ise, düzenli bir şekilde ve uzun süre kullanamadıkları tespit edilmiştir. Hastaların, düzensiz ilaç kullanımlarının nedenleri içerisinde, kültürel ve sosyal etkenlerin yanı sıra, ilaç kullanımının, özel hayatta ve iş yaşamında yarattığı sorunların, önemli bir etkisinin olduğu söylenebilir.

Hastaların, sağlık kültürümüzün de etkisiyle, ilaç konusundaki aşırı beklentilerinin ve aceleci tutumlarının, onların tedavi olma süreçlerinde, oldukça olumsuz bir etkiye sahip olduğunu ifade edebiliriz. Bazı hastalar ise, ilacın yararına tam olarak inanmadıkları ve yararını görmedikleri için veya yan etkilerinden rahatsız oldukları için; bazıları, maddi durumları olarak vermediği için; bazıları ise, ilaca olumsuz bakışlarından ötürü, ilacı düzenli kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Konuştuğumuz bazı hastalar, ilaçların, cinsellik konusunda olduğu gibi, bazı bakımlardan yan etkilerinin

olduğuna inandıkları için, düzensiz ilaç kullandıklarını ve doktorlarının kendilerine kızacakları endişelerinden dolayı da bunu, doktorlarından gizledikleri görülmüştür. Bunun yanı sıra, birçok hastanın, ekonomik yoksunluklarıyla, sağlık ve sigorta sorunlarının, onların hastaneye başvurularında ve ilaç kullanımlarında, ciddi problemlere neden olduğu ifade edilebilir.

Araştırmamızda, hastaların çoğu, hastalıklarının başlangıcında, durumlarının hastalık olduğunu bilmedikleri veya hastalıklarıyla, kendi kendilerine başa çıkmaya çalıştıkları için; bir kısmı, hastalıklarının, zamanla geçeceği beklentisi nedeniyle; bir kısmı, tedavide verilecek ilaçların etkisinden çekindikleri veya hastanenin, bu konuda bir şey yapamayacağına inandıkları için; bir kısım hasta ise, diğer hastalardan ve etiketlenmekten korktukları için, hastaneye, çok sonraları gittikleri tespit edilmiştir. Görüştüğümüz hastalar içerisinde, kadınların, erkeklere göre, daha endişeli olduklarını, ancak erkeklerin aksine, kadınların hastane tedavisiyle ilgili beklentilerinin, fazla olmadığını söyleyebiliriz. Çünkü, kadınların yaşadıkları sorunlar, genelde, aile içi sorunlar olup, çözümleri de, nihayetinde, hastane dışında bulunması gereken sorunlar olduğundan, kadın hastaların bu konudaki kanaatleri, umutsuzlukları, bizleri şaşırtmamalıdır.

“Dosta düşmana karşı ne deriz?” anlayışına sahip olan çoğu hastanın, “kol kırılır yen içinde kalır” mantığıyla, sorunlarının duyulmaması amacıyla, hastane tedavisine başvuruda, isteksiz davrandıklarını ifade edebiliriz. Erkek hastaların, hem iş yerinde ruhsal hasta olarak etiketlenmekten duydukları korkuları, hem de, işlerini uzun süreli olarak aksatmak istememeleri, onların tedavi arayışlarında, olumsuz bir rol oynamaktadır. Kadınların tedavi endişeleri içerisinde, aileleriyle yaşadıkları sorunların duyulması halinde, aileleri tarafından kendilerine baskı yapılmasından çekinmelerinin, yaşanan sorunlarda, deli etiketi nedeniyle, sorumlu olarak görülme endişelerinin ve hastane tedavisiyle, ne tür bir sonuç alacaklarını bilememelerinin yanı sıra, tedavi amacıyla, çocuklarını, evlerini bırakmalarından duydukları rahatsızlığın da, etkili olduğu ifade edilebilir.

Hastalarla, ailelerinin hastalıkları ve çözümleri konusunda, farklı görüşlere sahip olmalarının, tedavide güçlükler neden olduğunu ifade edebiliriz. Araştırmamızda, hastaların sadece %18 ‘inin, rahatsızlıklarının ilk belirtileri ortaya çıktığında, bir psikiyatru başvurdukları ve % 32 ‘sinin de, psikiyatru olmayan bir doktora gittikleri

görülmektedir. Görüşmelerimizde, hastaların birçoğu, yıllarca, sorunlarının çözümü için, birçok doktora gittiklerini ve iyileşmeyince de, psikiyatriye gönderildiklerini, belirtmişlerdir. Bu konuda görüştüğümüz bir psikiyatr, bazı doktorların, kendilerine gelen hastaların, ruhsal sorunları olduklarını bilmelerine rağmen, ticari nedenlerle, bu kişileri oyaladıklarını ve nihayetinde hastadan, parasal anlamda ümitleri kesilince de, kendilerine gönderdiklerini; ancak, bu durumda kendilerine gelen hastaların da, hastalıkları ilerlediği için, tedaviye yeterince cevap vermediklerini belirtmişlerdir.

Hasta ile doktor arasındaki dil farklılığının, bu tür hastalıkların tedavisinde olumsuz bir etkisi vardır. Aslında, hastaların eğitim durumlarının düşüklüğü, onların depresyona ilişkin bilgi düzeylerini açıklar mahiyettedir. Ayrıca, sadece, lise eğitiminde, psikoloji dersinde verilen ruhsal hastalıkla ilgili konu da, hem yetersiz ve hem de son konu olduğu için işlenmemektedir. Bu bakımdan, öncelikle, hastalar, hastalıkları hakkında ya yüzeysel bilgilere sahiptirler veya tamamen bilgisizdirler. Üstelik, doktorların, pozitivist bakış açılarıyla hastaların, hastalıklarına ilişkin inançları, tanımlamaları arasında, büyük bir uçurum vardır ve bu farklılık, elbette, tanı ve tedavide sorunlara neden olmaktadır. Psikiyatrinin, yeni gelişen ve tanınan bir tıp dalı olması, ruhsal sorunların tanınıp, tedavilerinin yapılmasında, güçlükler neden olmaktadır. Ayrıca, psikiyatrların, diğer doktorlardan daha düşük bir statüde değerlendirilmeleri, daha açık bir ifadeyle, "deli doktoru", tarzındaki algılanmalarının, hastaneye başvuruyu, oldukça engellediğini söyleyebiliriz. Bunların yanı sıra, öncelikle, az sayıdaki doktorun, iş yoğunlukları nedeniyle, hastaların mizacına, sosyal sorunlarına değil de, biyolojik yönlerine odaklanmalarının, hastalarla kurmak zorunda oldukları resmi ve soğuk ilişki tarzlarının, geleneksel sosyal ilişki ortamlarından gelen ve toplulukçu değerlere sahip olan hastaların, yakın sosyal ilişki beklentileriyle uyuşmadığını ve bunun tedaviyi olumsuz etkilediğini söyleyebiliriz. Bunun yanı sıra, gerek teşhis ve gerekse tedavilerde, çeşitli nedenlerle yaşanan gecikmeler, sorunların daha da içinden çıkılmaz bir hale gelmesine yol açmaktadır. Nitekim, hastaların, sadece, %50'sinin, hastaneden memnun oldukları ve geriye kalan hastaların ise, ya verilen hizmetten (%13), ya da hastane koşullarından ve personel yetersizliklerinden (%29.3) şikayetçi oldukları görülmektedir. Bu memnuniyetsizliğin, hastalığa çare aramada, geleneksel başvuruyu arttırdığını ifade edebiliriz.



Bunun yanı sıra, hastaların ve ailelerinin hurafe ağırlıklı düşünceleri, bu hastalıkların yorumlanmasında, hastane yerine, dinsel tedavi arayışlarında etkili olmaktadır. Toplumumuzda, hastalığın, “günahlara karşı bir kefaret” olarak algılanması”, “Allah’tan gelen bir musibet” olarak görülmesi, insanların, şifa için dini çareler aramalarına neden olmaktadır. Hastaların bazıları için, şifa, Allah’tan olduğuna göre, doktorun yapacağı, buna aracı olabilmektir. Bu bakış açısı, geleneksel düşünen hastaların, ruhsal hatalıkların çözümünde, büyücüden bekledikleri aracılık rolünün aynısıdır.

Hastalar içerisinde, inançlı veya inançsız ama, özellikle eğitim ve ekonomik seviyeleri düşük olan kesimlerin, çeşitli ruhsal ve sosyal sorunlarını halledebilmek için, cinci, medyum denilen kişilere başvurduklarını tespit ettik. Görüştüğümüz hastaların bir kısmı da, hastalıklarına çare aramak için, hocalara gitmenin yanı sıra; yatır, türbe denilen yerlere de giderek, adaklar adadıkları tespit edilmiştir. Hastaların %35’i, hastalıkları nedeniyle, ilk olarak, hocaya başvurduklarını, çoğu hastanın da, gerek hastane tedavisi esnasında, gerekse tedavi sonrasında, bir hocaya gittiklerini ifade edebiliriz. Onların, bu geleneksel tedavi arayışlarında, farklı nedenlerin etkili olduğu söylenebilir. Görüştüğümüz bu hastaların, ya kendilerine cin çarptığı, büyü yapıldığı gerekçesiyle, kendi istekleriyle, ya da aileleri öyle istedikleri için hocaya gittikleri tespit edilmiştir. Hastaların önemli bir kısmı (%32.6), yakınlarının, kendilerine büyü yapıldığına, bir kısım hasta (%8.4) ise, yakınlarının, kendilerine cin çarptığına ilişkin düşüncelere sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Hoşgörülü, yeterli bir iletişimi olmayan toplumumuzda, yanlış bir saygı ve terbiye anlayışının olması ve geleneksel, otoriter ilişki kalıplarının, bütün kurumlara sinmiş olması nedeniyle, sorunların, açık bir şekilde ifade edilmek yerine, gizli bir şekilde halledilmesi arayışlarına neden olmaktadır. Genel anlamda, toplumdaki etkileşim ve iletişim yapısıyla birlikte, düşmanlık duygularının bastırılmasının, bu tür hastalıklarla ilgili olarak varsayılan, büyü ve cin düşüncesinde, belirleyici olduğu söylenebilir. Nispeten kapalı iletişim özelliklerine ve ataerkil bir aile yapısına sahip olan hastaların, birbirine oldukça yakın ve hatta yapışık aile içi ilişkilere sahip olmasının, bu tür geleneksel tedavi arayışlarında, belirleyici bir faktör olduğunu söyleyebiliriz.

Geleneksel iyileştiricilere başvuru, sorunların, açık bir iletişimle ele alınamamasının doğal bir sonucu olarak, sorunların saklanması ve sorunların asıl



nedenlerinin, başka yerlerde aranmasını sağlayan bir işlevselliğe sahiptir. Halbuki, ailenin, yaşanan sorunları, hastayla birlikte tespit edip, çözüm için birlikte hareket etmemeleri nedeniyle, hastanın, iyileşmek bir yana, daha da kötüleştiklerini söyleyebiliriz. Hasta ailelerinin ve hastaların, düşük eğitilmiş olmaları, aileleriyle iletişim ve anlayış sorunları yaşamaları, bu sorunda, belirleyici bir faktör olarak değerlendirilebilir.

Görüşüğümüz bazı hastaların, mahremiyetçi değerlerin de etkisiyle, sorunları duyulmasın diye, son ana kadar doktora gitmedikleri, aslında, aileleriyle birlikte çözmeleri gereken, sorunlarını, çoğu zaman, ailelerinden bile saklayarak, geleneksel iyileştiricileri tercih ettikleri belirtilmiştir. Hastaların bazıları, sorunlarının, ailelerinin diğer fertleriyle ilişkilendirilmekten ve bu kişilerden zarar görmekten korktukları için, bazıları ise, hastanenin resmi kimliğinden ötürü, yaşadıkları sorunları ifade etmelerinin, kendilerine zarar vermesinden; bazıları, çalıştıkları yerlerde sorun yaşamaktan korktukları için, hastaneye gitmek yerine, ilk başta, hekim dışı kaynakları tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Bunun yanında, hastaların, rahatsızlıklarını, başkalarının duymasından ve etiketlenmekten korkmalarının, onların bu tür cinci kişileri tercih etmelerinde önemli etkileri vardır.

Geleneksel ve tıbbi arayışların yanı sıra, bazen, hastaların, sorunlarından uzaklaşmak için alkol ve uyuşturucu türündeki arayışlara yöneldikleri, bunları bir ilaç gibi kullandıkları, bazen de ilaçlara bağımlı hale geldikleri bilinmektedir. Alkol gibi bağımlılık içeren alışkanlıkların, travmatik olayların yarattığı düş kırıklıklarıyla başa çıkabilmek amacıyla, ortaya çıktığı ifade edilmektedir. Bu anlamda, depresyon ve gerginliklerini hafifletmek için, bazı hastaların, bağımlılık davranışına başvurduklarını söyleyebiliriz. Araştırmamızda, alkol kullanan hastaların (30 kişi), çoğunu (%93.3) erkekler oluşturmaktadır. Sosyo-kültürel etkenler nedeniyle, kadınların daha az alkol almaları, beklenir bir durumdur. Genel olarak, hastaların alkol kullanımına ilişkin davranışlarında, hayatın, maddi sıkıntılardan, çalışma sorunlarına, evlilik çatışmalarından, aile ve arkadaşlık sorunlarına kadar, bir yük olarak algılanmasının, belirleyici bir etken olduğunu, ancak, bu alkol kullanımının ise, yeni sorunlara yol açtığını söyleyebiliriz.

Görüşmelerimizde, bazı hastaların, yetiştikleri aile ortamlarında da, alkol nedeniyle, fazlasıyla sorun yaşadıkları görülmektedir. Bu konuda sorun yaşadıklarını

belirten hastaların oranı, %8.2 'dir. Bizim çalışmamızda, ailesinde alkol kullandığını belirten erkeklerin, yaklaşık, %10'u, babalarının alkol kullandıklarını ve ailesinde alkol kullandığını ifade eden kadınlara ise, %57.1'i, eşlerinin alkol kullandıklarını, %28.6'sı da, kardeşlerinin alkol kullandıklarını ifade ettikleri görülmüştür. Elbette, bütün hastalar dile getirmese de, ailesinde alkol kullandıklarını belirten hastaların, bu nedenle geçmişte, sorun yaşamış olabileceklerini düşünebiliriz. Görüştüğümüz hastalar içerisinde, alkol kullananların çoğunun, alkolü, zevk olsun diye, neşeleri artsın diye değil de, hayat karşısında, çaresiz kalmaları neticesinde, bir kaçış olarak kullandıklarını, bir kısım hastanın ise, benzeri nedenlerle, alkole başladıklarını, ancak daha sonra, alışkanlık kazandıklarını, genel anlamda ise, hastaların alkolü, sıkıntılarını azaltmak amacıyla kullandıklarını söyleyebiliriz. Bazı hastalar, alkolü, çok sıkıntılı oldukları zamanlarda veya arkadaşlarıyla birlikte oldukları boş zamanlarında kullandıklarını ifade etmişlerdir.

Aşlında, boş zamanlar, başarısızlıkları telafi etme imkânını verdiği için, duygusal anlamda, önemli bir tatmin kaynağı olabilirler. Bireyler, paylaşma, üretme, yaratma, rekabet, tasvip görme gibi sosyal süreçleri, boş zaman etkinlikleri sayesinde oluşturarak, bastırılmış duygularını, uygun bir şekilde ifade etme ve deşarj olanağını bulurlar. Hastaların; yaşamları, çalışma hayatları, boş zaman tercihleriyle, alışkanlıklarıyla paralellik arz etmekte ve sonuçta, pasif bir içerik taşımaktadır. Konuştuğumuz erkek hastaların, yaklaşık olarak, üçte biri (%29.1), boş zamanlarında yalnız kaldıklarını, %18.2'si, arkadaşlarıyla oyun oynadıklarını, 12.7'si ise, müzik dinlediklerini ve televizyon seyrettiklerini belirtmişlerdir. Kadın hastaların önemli bir kısmı (%42.4) ise, boş zamanlarında, en fazla televizyon seyrettiklerini ve %27.3'ü ise, boş zamanlarında yalnız kaldıklarını ve %15.2'si de, müzik dinlediklerini belirtmişlerdir.

Erkeklerin, boş zamanlarla ilgili olarak ifadelerine baktığımızda, kadınlara kıyasla, daha fazla çeşitlilik arz ettiğini görüyoruz. Kadınlara erkeklerin, boş zamanların değerlendirilmesinde, oldukça farklı imkanlara sahip olduklarını ve kadınların, daha fazla boş zamanları olmalarına karşın, bunu değerlendirme açısından, erkeklerden daha az imkanlara sahip olduklarını belirtebiliriz. Ev kadını olan bu hastaların, teknolojik ev aletlerinin gelişmesi ile birlikte, daha fazla boş zamanlarının olduğunu ve bu boş zaman artışı nedeniyle de, içsel sıkıntılarıyla daha fazla başbaşa kaldıklarını ifade edebiliriz. Evde oturmanın, erkek için kılıbıklık sayıldığı toplumumuzda, bütün

dünyaları evlerinden ibaret olan hasta kadınların, özellikle birtakım ayrılıklardan sonra veya belirli yaş dilimlerinde, aile içerisinde, eşleriyle iletişim kuramayıp, yalnızlık çektiklerini söyleyebiliriz. Ancak, gerek erkeklerin ve gerekse kadınların önemli bir kısmının, boş zamana ilişkin olarak dile getirdikleri yalnızlıkları, ruhsal anlamda sarsıcı sonuçları olan, bir durum olarak değerlendirilebilir.

Kış aylarında, tedavi olan hasta sayısındaki artışların, mevsimsel değişmelerin etkisinden ziyade, kış aylarındaki çalışma temposunun, artan, ama edilgeni hale gelen rutin boş zamanların değerlendirilme nitelikleri açısından yorumlanabileceğini söyleyebiliriz. Kış aylarında, dışarıya çıkma, gezme, tatile gitme, spor gibi alternatif etkinlikler, sınırlı bir alan ve zamanla çevrilidir. Yine, bu mevsimlerde, özellikle de köydeki işler azaldığından, boş zamanlar kompartmanlaşarak artmaktadır. Bu mevsimde, zamanın değerlendirilmesindeki daralmaların ve rutinliğin, ruhsal açıdan risk altında olan bazı kişilerin, hastalanmalarına zemin hazırladığı söylenebilir. Şehirlere yapılan mevsimlik göçler nedeniyle, kış aylarında boşalan az nüfuslu kırsal bölgelerde; gerek sosyal ve kültürel açıdan gerekse, sivil toplum örgütleri açısından, yeterince gelişmeyen bu bölgenin, küçük şehir ortamlarında, ruhsal alt yapısı zayıf olan ve sosyal ilişkilerde sorun yaşayan hastaların, rutinliğin ve boş zamanın arttığı bu mevsimlerde, sıkılıp, bunalmaları, beklenir bir durumdur.

Evde, alternatif etkinliklerden, dışarıda da zaman geçirebilecekleri bir alandan yoksun olan kadınların, televizyon ve müziğe olan ilgileri, beklenir olmakla beraber, bu programlarla ilgili tercihleri dikkate değerdir. Hastaların önemli bir kısmının, boş zamanlarını televizyon seyrederek geçirdikleri düşünülürse, bu programların, ruhsal açıdan yıpratıcı olabileceği ileri sürülebilir. Televizyon kanallarında sunulan programların, korku ve endişe yaratabilecek haber ve filmlerden oluşması, hastaların ruhsal durumları üzerinde, oldukça olumsuz etkilerde bulunabilir. Bu konuda, hasta kadınların önemli bir kısmı, trajik filmleri (%36.6) ve romantik aşk filmlerini (%19.5) izlediklerini belirtmişlerdir ki, bu durum, onların yaşadığı sorunlarla, sosyal rolleriyle yakından alakalıdır. Erkeklerde ise, başta haber programları (%19.0) olmak üzere, en fazla tercih edilen programlar, trajik filmler (%17.2), aksiyon ve romantik (%15.5) filmleridir. Film tercihleri açısından, arabesk türü filmler, kadınlarda daha fazla ilgi görmesine rağmen, hem erkeklerde, hem de kadınlarda, bu tür trajik filmlerin, daha fazla tercih edildiği söylenebilir.

İzlenen televizyon programlarına dikkat ettiğimizde, bu programların, onların yaşadıklarıyla paralellik arz ettiğini rahatlıkla söyleyebiliriz. Bu programlarda, hastaların dünyası, kendilerini ve bireyselliklerini aşarak, özdeşim kurabilecekleri belirli bir anlam çerçevesinde yorumlanıp ele alınabilir. İzledikleri filmlerin kendilerini nasıl etkilediğini sorduğumuzda, bazı hastalar, filmi izlerken, kendi başlarından geçen olayları hatırladıklarını, kendilerini filmdeki kişiler gibi hayal ettiklerini ve üzücü sahneleri seyrederken de ağladıklarını ifade etmişlerdir.

Arabesk müzik ve film içerikleriyle, depresyon arasında, bir paralelliğin, ilişkinin olduğunu söyleyebiliriz. Ancak, arabesk, intiharı etkileyen bir faktör olmaktan ziyade, o da, intihar gibi, sosyal ve ekonomik çelişkilerin bir ürünüdür. Arabeskteki duygu söylemi, çaresizliğinden dolayı, insanın pişman olacağı sonuçlara maruz kalmasını içeren bir dramı sunar. Hem psikiyatride ve hem de psikolojide, depresyonun açıklanmasındaki temel formülasyonu oluşturan çaresizlik, arabeskin ana temasını oluşturur. Depresyonu ortaya çıkaran sosyal ve ruhsal yapıyla, arabeskin, seslendirdiği sosyal çelişki ve sorunlar arasındaki benzerlikler, duygusal bozukluklarla, bu müzik tarzı arasındaki paralelliği, açıkça ortaya koymaktadır. Milyonların dinlediği arabeskin söyleminde ortaya çıkan duygusal çöküntü, güçsüzlük, çaresizlik, depresyonlunun, kader anlayışını ve yalnızlık içeren çileciliğini yansıtmaktadır. Zulum görme, tecrit olma, değersizliğin farkına varma ve yabancılaşma, gibi birtakım sonuçlar, kaderin, doğal bir sonucu, yani, bir tür garibanlık olarak görüldüğünden, arabeskteki bilişsel ve duygusal tavır, depresyonlunun duygusal ve bilişsel yapısını yansıtmaktadır.

Bu anlamda, düşük yoğunluklu bir depresyonun gür sesi olan arabesk, söylenemeyen, gizli duyguları ifade ettiği için, depresyon ise, kendini ifade etmenin, bir tarzı olduğu için, arabeskle depresyonu, iç dünya ile dış dünya arasındaki iletişimi sağladıklarını söyleyebiliriz. Arabesk müziğinde, gerçeklerle yüzleşmekten alıkoyan, aşırı kaderci ve duygusal yapısıyla, depresyonluların, bilincinde olmadıkları, sosyal ve ekonomik çelişkilerinden yansıyan ruhsal durumları arasında, bir paralellik vardır. Duyguların, kontrol altında tutulduğu sosyal yapımızda, özellikle de erkekler için içe dönmenin zeminini oluşturan bastırılmış duygular, arabesk ve halk müziğinin şarkı sözlerinde ve filmlerde kendini dışa vurur.

Düzenli bir işleri olmayan çoğu hastanın, çalışamadıkları için veya çalıştıkları halde, maddi gereksinimlerini yeterince karşılayamadıkları için, anladığımız anlamda,

bir serbest zamanlarının olmadığını, bir şey yapamamaları nedeniyle de, çoğu zamanlarının gerçekten "boş" geçtiğini söyleyebiliriz. Bunun yanında, çalışan hastaların ise, boş zamanlarını etkin olarak değerlendiremediklerini, boş zaman etkinlikleri ile iş dünyaları arasında, bir yarılmanın olduğunu, bu anlarını, işlerinin rutinliğini dengeleyebilecek yaratıcı aktiflikten, uzak bir şekilde, kendi ifadeleriyle, "boş" olarak geçirdiklerini söyleyebiliriz. İnsanlar arası ilişkilerin, derin sosyal bağların azaldığı, sosyal hareketliliği yoğun kentlerde, kitle iletişim araçlarının da etkisiyle, komşuluğun, "günlerin" anlamı azaldığından, kadınların, önemli bir kısmını, ev ziyaretlerinin oluşturduğu, boş zaman sahalarının önemli ölçüde daraldığı söylenebilir.

Artan sosyal hareketlilikle beraber, bireyselleşen veya sosyal ilişkileri sarsılan insanlar, birbirlerinden yalıtılmakta, bu durum, serbest zamanların, etkin olarak değerlendirilmesini ve bireysel uğraşlara önem verilmesini gerekli kılmaktadır. Toplumumuzda, sosyal ilişkilerin niteliği çok önemlidir. İyi bir diyalogun, sohbetin, ruhsal anlamda, tatmin edici, terapik bir etkisi vardır. Ancak, değerlerde yaşanan sarsıntılara paralel olarak, sosyal ilişkilerin niteliğinde, derinliğinde meydana gelen değişimler, bireyciliğin hızlı artışı, bu alanı sürekli daraltmaktadır. Sosyal ve coğrafi hareketlilik sonucunda, arkadaşlıkların ve komşulukların değişmesi, yaşanan bu hızlı değişmelere paralel olarak, değerlerde yaşanan bir takım sorunlar, hastaların, sosyal ilişkilerinde ve ruhsal yapılarında, sıkıntılara neden olmaktadır. Bu nedenle, hastaların yakınlarıyla sorunlu oldukları dönemlerde, sosyal ilişkilerinin boşluğunu doldurabilecekleri, sorunlarını unutabilecekleri veya başka bir forma büründürerek, deşarj olabilecekleri organizasyonlardan yoksun olmalarının, ruhsal anlamda olumsuz bir etkisi olduğu söylenebilir. Görüştüğümüz hastaların, eğitsel ve ekonomik durumlarının yetersizliği, onların bağımlılık kurdukları sosyal ilişkilerde yaşadıkları sorunları, telafi edebilecekleri boş zaman imkanlarını daralttığından, ruhsal hastalık risklerinin arttığını söyleyebiliriz.

Egzersiz, vücudun ihtiyacı olan beslenme, uyku düzenini dengelerken, ayrıca, gevşemedeki etkisiyle, depresyon ve anksiyetenin iyileştirilmesinde, oldukça etkili bir terapi çeşidi olarak kullanıldığı bilinmektedir. Bireylerin, özellikle grup faaliyetini içeren sporlarda, bir gruba ait olma, kendini kabul ettirme, ifade etme gibi gereksinimleri tatmin edilerek, ruhsal anlamda faydalar elde edildiği bilinmektedir. Ancak, toplumumuzda, resim, spor ve müzikle ilgili olarak, özellikle kadınlar için öne



sürülen, ayıp, günah gibi, birtakım olumsuz yargılar, bu tür etkinliklerin gelişmesini engellemektedir.

Hastanedeki boş zamanlar, hakkındaki görüşlerini dile getiren birçok hasta, hastanede, gazete okuyabilecekleri, rahat televizyon izleyebilecekleri, zaman geçirebilecekleri, kafeterya gibi, düzenli bir yerin olmamasını, yararlanabilecekleri bir kütüphanenin olmamasını, bir eksiklik olarak dile getirmişlerdir. Ayrıca, az sayıdaki bazı erkek hastalar, hastanede spor yapabilecekleri bir ortamın olmamasını da, can sıkıntılarının artmasında, önemli bir etken olarak dile getirmişlerdir. Boş zamanların değerlendirilme şekliyle, bireylerin kendilerine ve çevrelerine yabancılaşmaları arasında, bir ilişkinin olduğu varsayılabilir. Çünkü, insanların, genelde, bu zamanlarda, kendilerine ilişkin olumsuz duygular geliştirdikleri veya bu duygularla, baş başa kaldıkları söylenebilir.

Yabancılaşma sözcüğünün, eskiden, akıl hastalarını tanımlamak için kullanılmasının ve bugün bile, akıl hastalarına bakan psikiyatlara, "alienist" denilmesinin, konumuz açısından anlamlı olduğunu düşünüyoruz. Yabancılaşma, insanın doğuştan, içkin özellikleri olmayıp, bizatihi, insanın da koşullandırıldığı toplumsal yapının bir sonucudur. Çevresinden kopan yabancılaşmış insan, aynı zamanda kendinden de kopmuştur. Bir anlamda, sosyal kontrolü, insanlarla olan sosyal ilişkiyi, tüketimle sağlama anlayışına dönüştüren çağdaş yaşam, sosyal bütünleşmeyi, tüketime indirgediğinden, yabancılaştırıcıdır. Yabancılaşmanın bir görünümü olarak görülen güçsüzlük duygusu, bireyin kendi davranışlarının sonuçlarına ilişkin olumsuz beklenti ve algılamasıyla yakından alakalıdır. Bu olumsuz algıyı, depresyonun açıklanmasında, önemli bir etken olarak görülen çaresizliğin bir ifadesi olarak değerlendirdiğimizde, depresyonla yabancılaşma arasındaki karşılıklı ilişkiyi ve ortak zemini daha iyi anlayabiliriz.

Hastaların, kendilerine ilişkin olumsuz duygu ve düşünceleri, yaşadıkları sosyal sorunlarla yakından ilgilidir. Hastaların, mutsuz oldukları bu hayatta, rüzgar ötündeki bir yaprak gibi savrulmaları, kontrol edemedikleri yaşamları, bilişsel bir bozukluk olmayıp, tersine, yaşadıkları gerçeklere ve toplumsal yapıya yabancılaşmalarının bir bilincidir. Nitekim, hastaların %28.9'u, hastalıklarını, üzüntülerinin toplamı olarak, %20.0'ı bozulmuş bir toplumun etkisiyle değerlendirirken, bir kısım hasta da (%12.2), rahatsızlıklarını, hayatın boş ve anlamsız olduğunun göstergesi olarak



değerlendirmişlerdir. Yabancılaşmanın belirleyici faktörleri olan tecrit edilme, yalnızlık, normsuzluk, anlamsızlık duygusu ve kendine yabancılaşma şeklindeki ölçütlerin, aslında, depresyon hastalığında belirleyici olan ölçütlerle örtüştüğünü ifade edebiliriz. Yabancılaşmayla ilgili olarak dile getirilen anlamsızlık, tecrit edilme duygularının da yine, bu bağlamda, yani depresyon açısından yorumlanması gerektiğini ve her ikisinin de, sosyo-ekonomik koşullarla yakından alakalı olduğunu ifade edebiliriz.

Hastaların, diğer insanlarla yaşadıkları sorunların, asıl yabancılaştırıcı deneyim olduğunu ifade etmek istiyoruz. Nitekim, hastaların %45'i, kendilerini boş ve gayesiz, %45'i de, yalnız ve yabancı olarak hissettiklerini belirtmişlerdir. Hastaların, ifadeleri içerisinde, en çarpıcı olanı, kendilerinden nefret ettiklerine (%29) ilişkin düşünceleridir. Çünkü, kendilerinden nefret eden bu hastaların, kendine yabancılaşmanın en ciddi sonucu olarak değerlendirebileceğimiz, intihar düşüncelerine sahip olmaları, beklenir bir durumdur. Bunun yanı sıra, hastaların kendilerini beceriksiz ve suçlu görmeleri (%33) de, değersizlik ve intihar düşünceleri bağlamında yorumlanabilir. Bununla birlikte, günümüzde, diğer insanlarla ilişkinin temeli olan öz saygı, yani kişinin değeri, itibarı, çoğunlukla, toplumdaki pozisyonuyla birlikte değerlendirildiğinden, hastaların yabancılaşmalarında, ekonomik ve sosyal sorunların belirleyici olduğunu belirtebiliriz. Bu anlamda, sınıfsal ve sosyal çelişkileriyle, sosyo-ekonomik sistemin rekabeti ve sürekli daha fazlasını güdüleyen yapısı ve yarattığı maddi sıkıntılarla, sosyal ilişkilerde, dayanışma yerine, çatışma ve güvensizlik duyguları yaratarak, yabancılaşmada hayati bir rol oynamaktadırlar. Bu anlamda, hastaların çevrelerine yabancılaşmaları, ekonomik ve kültürel temeller üzerinde ortaya çıkmakta, oradan da sosyal ilişkilere ve ruhsal yapılarına yansımaktadır.

Kültürel ve dini değerlerin etkinliğinin azalmasıyla, artan hedonizmin, toplumdaki dayanışma duygusunu azaltarak, hastaların topluma yabancılaşmalarına neden olduğunu söyleyebiliriz. Bu anlamda, tecrit, yalnızlık ve hastaların, çevrelerine yabancılaşmaları, ekonomik sorunlarla ilişkili olup, ruhsal sağlığı sarsan bir nitelik içermektedir. Nitekim, hastaların, hayatı, bir yük olarak değerlendirmeleri (%37.2), hayata bir anlam verememeleri (%18.6) ve hayatın bir amacı, anlamı olup olmadığı konusunda, bir fikirlerinin olmaması (%11), bu bağlamda değerlendirilebilir.

Beklenildiği gibi, hastaların, depresyondan önce başlayan, yakın ilişki sorunlarının, onların diğer sosyal ilişkilerinde de, soğuma ve kopmalara yol açmıştır.

Görüştüğümüz hastaların, gerek aile ilişkilerinin ve gerekse diğer sosyal ilişkilerinin iyi olmamasını, onların yabancılaşmalarının bir ölçütü olarak değerlendirebiliriz. Hastaların bu durumlarında, belirleyici olduğunu düşündüğümüz, sosyal ilişki sorunlarında, sosyal yapı çarpıklıkları kadar, onların sahip oldukları değerlerin de etkili olduğunu düşünüyoruz. Toplumda, bireyden beklenen roller, normalliğin ölçütü olarak ele alınmaktadır. Ancak, sosyal farklılaşma ve değişme neticesinde, hastaların, farklı değer hükümlerine göre davranışlarını bütünleştiremediklerinden, kendilerine ve diğer insanlara yabancılaştıklarını söyleyebiliriz.

Yaşanan topluma aidiyet duygusunun, ruh sağlığı açısından, oldukça önemli bir yeri vardır. Bu duygunun oluşmasında ise, bireylerin yönetime, siyasal kurumlara olan uzaklıklarının, yabancı olup olmamalarının, önemli bir yeri vardır. Katılımcı demokrasideki yetersizliğin, yönetime yabancılaşmada büyük bir etkisi vardır. İnsan, denetleyemediği, söz hakkını yitirdiği kurumlar karşısında, anlam veremediği bir toplumda, anlamlı ilişkiler kuramaz ve kalabalıklar içinde, derin bir ayrılık, yalnızlık bilinciyle, kontrol duygusunu yitirdiğini ve yabancılaştığını hissederek. Bu anlamda, resmi kurumların soğuk, adaletsiz tavırlarının da, birincil ilişkilerden gelen hastaların yabancılaşmalarında ciddi bir pay sahibi olduğunu söyleyebiliriz. Katılımcılığı teşvik etmeyen bir yönetim anlayışı, bütün kurumlara, egemen olduğundan, kendilerini söz hakları olan kişiler olarak değerlendiremeyen bazı hastaların, bu süreçte, hedeflerinin büyüklüğü ve bilinçlenmeleri ölçüsünde, rahatsız olduklarını söyleyebiliriz. Yönetimle ilgili eksikliklerin, sorunların, ülkenin geleceği konusunda, yaşanan karamsarlığın anomiye ve yabancılaşmaya neden olduğunu biliyoruz. Yaptığımız bu görüşmelerde, hastaların yaşadıkları ekonomik, sosyal ve hukuksal sorunlar nedeniyle, siyasi liderlere güvenmediklerini, dolayısıyla da, ülkenin ve kendilerinin geleceklerine olan inançlarında, zayıflamalar olduğunu belirtmişlerdir. Ülkemizin yönetim ve idare anlayışına ilişkin görüşlerine bakıldığında, hastaların, oldukça karamsar olduklarını ifade edebiliriz. Hastaların, sadece, %15'i, ülkemizin, gelecekte iyi bir şekilde yönetileceğinden ümitli olduklarını söylerken, geriye kalan çoğu hasta, bu konuda hiç de ümitli olmadıklarını ve ülkenin, geleceği ile ilgili ciddi kaygıları olduğunu ve ülkeyi yöneten kişilere güvenmediklerini bildirmişlerdir. Bu konuda, özellikle de, ekonomik ve hukuki sorunları olan ve bu nedenle kötüleşen hastaların, şikayetleri olduğunu genelde de, siyasetle ilgili eleştirileri, ekonomik rolleri ve sosyal pozisyonları itibarıyla, erkeklerin dile getirdiklerini belirtebiliriz.

Yıllardır, devletçi bir ekonomi-politikle yönetilen ülkemizde, bireylerin kendine olan güveni, saygısı, kendilerinin nasıl yönetildiğiyle ilgili düşünceleriyle yakından alakalı olduğundan, hastaların yönetime yabancılaşmaları, bir yandan, onların sorunlar karşısındaki dirençlerini azaltmakta, öte yandan ise, gelecek kaygılarını arttırarak, hastalanmalarına neden olmaktadır. Çünkü, devletçi bir zihniyete sahip olan toplumumuzda, siyaset, bütün sorunların çözüm makamı olarak algılandığından, siyaset, hastaların en fazla hayal kırıklığı yaşadıkları alanlardan biridir. Dolayısıyla, devletçi bir ekonomik yapılanmanın ağır bastığı ülkemizde, yaşanan krizler, sorunlar, bunların çözümünde, devletten başka çareleri veya yeterli donanımları olmayan hastaların, güven ve ümitlerini sarsarak, hastalanmalarında etkili olduğu söylenebilir. Bu anlamda, siyasal kurumlarla, sosyal ve kültürel yapı arasındaki uyumsuzlukların yarattığı sorunların, hastaların depresyona girmelerinde belirleyici bir etken olduğunu ifade edebiliriz. Değerlerin sarsıldığı bir ortamda, bireyler diğerlerini anlayamadıklarından, iletişim sorunu doğar, sosyal ilişkiler anlamsızlaşır ve sonuçta, yaşanan uyumsuzluklar, hayatı anlamsızlaştırarak, bireylerin, güvensizlik duygularına, yabancılaşmalarına neden olur. Böylesi bir ortamın, hem psikolojik hem de sosyal anlamda anomik bir içerik taşıdığı söylenebilir.

Psikolojik açıdan anomiye, kendine güvensizlik, değersizlik, her şeyi anlamsız bulma, kendini yalnız, boş, gagesiz, sosyal açıdan kendini uyumsuz, yabancı hissetme, uyuşturucu madde kullanımı, gelecek korkusu ve intihar düşüncesi gibi duygu ve düşüncelerin belirlediği ifade edilmektedir. Bu anlamda, anomik gruba örnek olarak, ilaç bağımlıların, sahipsizleri, ruh hastalarını ve özellikle de depresyonlu hastaları gösterebiliriz. Anomi, sosyal yapıda meydana gelen değişmelerin, göç veya diğer sebeplerle ait olunan çevrelerden kopmanın, şehir hayatının, çekirdek aile sorunlarının, bir yakının kaybının veya sosyal destek yetersizliğinin, amaçsızlığın ve nihayetinde, ruhi hastalıkların bir sonucu olarak değerlendirilmektedir.

Yaptığımız bu çalışmada, görüşmelerimizden edindiğimiz izlenimler, maddi sorunlardan, yalnızlık ve sosyal ilişki sorunlarına kadar, göç ve sonrasındaki sorunlara ve aşağı doğru hareketliliklere kadar, hastaların sahip oldukları birtakım sorunların ve sosyal pozisyonlarının, yukarıda ifade edilen, anominin sebeplerine ilişkin yorumları yansıttığını ifade edebiliriz. Tezimizde, aile sorunları, evlilik çatışmaları, alkol kullanımı, maddi sorunlar, işsizlik, yabancılaşma ve intiharla ilgili çeşitli konularda

işlediğimiz bulgular, depresyonlu hastalarımızın, anomiyeye ilişkin bu kriterleri taşıdıklarını göstermektedir.

Hastaların, hastahklarını değerlendirme tarzlarıyla, hayatlarını değerlendirme tarzlarının, birbirlerine paralellik arz ettiğini ifade edebiliriz. Bu açıdan, genel olarak, depresyona girme nedenlerini değerlendiren hastaların yarısından fazlası (%54.7), hayatın boş ve anlamsız olmasını, önemli sayıdaki bir hasta grubu (%35.8) ise, hayatlarındaki çelişkileri, zıtlıkları hastalanmalarına gerekçe olarak ifade etmişlerdir. Hastaların, depresyona girişlerini, genel olarak değerlendirirken, hayatı, boş ve anlamsız olarak görmelerinde, yaşadıkları sorunların, belirleyici olduğunu söyleyebiliriz. Hastaların, gayelerine ulaşamamaları, yaşadıkları ve halen yaşamakta oldukları sorunlar, yaşam tatminlerini azaltarak, onların, hayatı anlamsız ve beyhude olarak görmelerinde, asıl belirleyiciler olarak değerlendirilebilir.

Araştırmamızda, hastaların, Merton'un anomiy teorisinde belirttiği, "geriye çekilme" davranışı adı verilen bir tutum sergileyerek, mevcut kurumsal yollardan ve hedeflerden vazgeçip, toplumdaki rekabetten, mecburen geri çekildiklerini söyleyebiliriz. Sınıfsal uçurumlarıyla, orta tabakalaşmanın az geliştiği toplumsal yapıımızdaki yetersiz olanaklar, hastalarımızda gördüğümüz gibi, her bir bireyin toplumca belirlenmiş olan, kültürel ve ekonomik hedeflere ulaşmasını, garanti edecek nitelikte değildir. Nitekim, konuştuğumuz hastaların çoğu (%92), geçmişlerinde, mutsuz olduklarını ve yaşadıkları hayata sürekli üzüldüklerini ifade etmişlerdir. Bunun yanı sıra, hastaların gelecekle ilgili umutlarına baktığımızda, erkekler başta olmak üzere, tüm hastaların önemli bir kısmının (%75), gelecek endişesine sahip oldukları ve yine çoğu hastanın da, gelecekte ümitsiz oldukları tespit edilmiştir. Bu anlamda, gelecek kaygısı ve ümitsizlik gibi, anominin göstergeleri içerisinde değerlendirilen bilişsel ve duygusal tutumların, hastaların, geçmişten beri, zaman zaman veya sürekli olarak maruz kaldıkları, olumsuz yaşamlarının ve düşük sosyal sınıflarının, bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Nitekim, amaçlarına, sosyo ekonomik beklentilerine ulaşamamış olan bu hastaların, şu andaki işsizlikleri veya hiçbir güvencesi olmayan günü birlik çalışmaları, maddi sorunlarla hissettikleri bu tatminsiz yaşamları, değersizlik duygusuyla birlikte, kendilerinin, ailelerinin ruhsal yapıları üzerinde, ciddi bir sorun oluşturmaktadır.

Hastaların sadece çevreleriyle değil, aynı zamanda, yakınlarıyla yaşadıkları sorunlar, önemli bir anomi göstergesi olarak değerlendirildiğinde, onların, yalnızlıkları ve tecrit edilmişlikleri, anomik bir durum olarak değerlendirilebilir. İnsanların, sosyal çevreleriyle ilgili sorunları ve diğer insanlara olan güvensizlikleri, onların, aynı değerleri paylaşmadıklarına ilişkin endişeleriyle yakından alakalıdır. Özellikle, norm, davranış ve kültürel hedeflerdeki belirsizliklerle kendini gösteren anominin, insanlar arasında ilişki sorunları ve güvensizlik duyguları yaratması tahmin edilebilir bir durumdur. Söz konusu belirsizlikler, hızlı sosyal değişimler esnasında, eskiyle yeni arasında çatışmalara bağlı olarak beliren, farklı değer sistemleri arasındaki zıtlıkların, bir görünümü olarak değerlendirilebilir. Nitekim, hastaların, çoğu (%90), yaşadıkları ağır ekonomik ve sosyal sorunlar neticesinde, insanların çoğuna veya hiçbirine inancını güvenmediklerini ifade etmişlerdir. Bu itibarla, anomiye ilişkin sosyolojik anlayışla, hastalarımızda gördüğümüz psikolojik görünümlerin, duygu ve düşüncelerin, aynı bağlam içerisinde değerlendirilebileceğini söyleyebiliriz.

Çalışmamızda, hastaların belirttikleri sorunların çoğu, belirli kurum ve değerlerdeki sarsıntılarla yakından ilgilidir. Ailedeki değerlerden tutun da, ekonomik ve ahlaki kurumlardaki bir çok değere kadar, aslında, hastalar, belirtilen bu alanlarda yaşanan değişimlere, kırılmalara dayanamamanın acısını çekmektedirler. Bu bağlamda, ebeveynini kaybetmiş veya dağılmış ailelere mensup bireylerin, çeşitli sorunlarıyla anomik özelliklere sahip oldukları söylenebilir.

Bu anlamda, ruhsal belirtileriyle değerlendirebileceğimiz bireysel anominin de, nesnel düzeyde, toplumsal anomiye verilen bir tepki ve uyum çeşidi olduğunu ifade edebiliriz. Aldatmaların, ayrılıkların, kavga ve boşanmaların, yaşandığı aile huzursuzlukları; aşırı borçlanmayı, iflası, devalüasyonu, dolandırılmayı, iş haksızlıklarını kapsayan maddi sıkıntılar; bir yakının kaybı, üzücü bir aşk deneyimi gibi birikmiş birçok üzücü olay, aslında, ekonomik, sosyal ve kültürel değişim ve sarsıntıları bağlamında, ele alınması gereken sorunlardır. Bunun yanı sıra, yasaların uygulanmasındaki sorunlar, hukuki yaptırımların azalması, adaletsiz uygulamalar, kişiler arası sorunlara, güvensizliklere eklenerek, hastaların, hukukun üstünlüğüne ve devlete olan inançlarını sarstığından, onların toplumsal, siyasal bağlamdan ve ilişkilerden soğuyarak, kimlik ve güvenlik hislerini yıpratmaktadır.



Yaşanan kültürel değişmelerin, artan toplumsal farklılaşma ve işbölümünün, toplumdaki genel ahlaki göreceleştirerek, toplumsal çözülmeye neden olduğunu biliyoruz. Bu durumda, bireyin istekleriyle, toplumun talepleri arasındaki uyumsuzluklar, değerleri aşındırarak, karmaşaların doğmasına neden olur. Toplumda ve dolayısıyla da bireylerin iç dünyalarında sahip olunan değerlerin, yol gösterici kriterlerin çökmesi neticesinde, amaç ve ülkelerde meydana gelen bu boşluk ve yoksunluk, sosyal ve ruhsal sorunlara neden olmaktadır. Bu değer ve normlarda meydana gelen boşluklar ise, bireylerin nerede, ne zaman ve nasıl davranacakları konusunda, belirsizliklere neden olduğundan, bu durumda, süreklilik duygusu sarsılarak, hiçlik duygusu ortaya çıkar.

Toplumdaki genel ahlaki değerlerle, dini kurallar arasında önemli bir ilişki vardır. Toplumsal yapının önemli bir parçasını oluşturan dini inançlar ve kültürel değerler, öteki dünyayla ilgili umut ve beklentileri yaratarak, sosyal, kültürel ve ekonomik etkilerinin yanı sıra, psikolojik yapımızda da önemli etkilerde bulunurlar. Bireylerin, sorunlarıyla başa çıkabilmek için, kültürel olarak inşa edilmiş bir savunma mekanizması olarak dini kurumlar, bireylerin gerilimlerini azaltmalarına fırsat vererek, acının kabullenilmesini ve yönlendirilmesini sağladıkları için, depresyon açısından, önemli bir fonksiyon üstlenirler. Dindarlığın, bireylerin ruhsal dünyalarını etkileyerek, depresyonu birkaç açıdan etkileyebileceği söylenebilir. Kader ve ahiret düşüncesi, hayata anlam verme, manevi statü kazanımı gibi dini inançların yanı sıra, ibadetler, ritüeller ve inanç gruplarında bir pozisyona sahip olma, belirli bir sosyal destek sistemi sunarak, bireylerin aidiyet ve kimlik duygularını oluşturmalarına neden olur. Özellikle, gözetleyen, koruyan yakın bir Tanrı ve etkin bir ahiret düşüncesinin, bireysel zorlanmalarda, yalnızlıklarda, dengeleyici bir rol oynadığını söyleyebiliriz. Bunun yanı sıra, din, ölüm çaresizliği karşısında rıza, tevekkül; karşılaşılan sıkıntı ve zorluklara karşı sabır; korkulara karşı güven, kimlik ve bütünlük ihtiyacını sağlama gibi, duygusal fonksiyonlarının yanı sıra, sahip olduğu ahlaki değer ve normlarla da, öz kontrolü ve topluma uyumu sağlayan, önemli bir kurum olarak bilinir.

Değişen dini, tasavvufi sistemin, sosyal, kültürel ve ruhsal yapıdaki etkilerinin, zamanla azalmakla birlikte, toplumumuzda hâlâ, devam ettiğini, sosyal yapıda ve insanların ruhsal dünyalarında, duygu ve davranışlarının koordinasyonunda, önemli etkileri olduğunu tahmin edebiliriz. Görüştüğümüz hastaların %39'u, kendilerini,



muhafazakâr-milliyetçi ve %31'i de, dindar olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Dindarlığı inanç, ibadetlere katılma, dini yaşantı, dini kanaatlerin pratikte kullanılması, kutsal kitabı okuma ve dini bilgi gibi faktörlerin bileşimi açısından değerlendirdiğimizde, kendini dindar olarak gören hastaların (%31.0), sadece, %61'i, bütün dini vecibelerini yerine getirdiklerini belirtmişlerdir. Bütün dini vecibeleri yerine getirdiklerini belirtenlerin de, sadece, %76.0'ı, kendilerini dindar olarak görmüşlerken, bu seçeneği işaretleyen diğerleri, kendilerini, muhafazakâr olarak nitelendirmişlerdir. Görüldüğü gibi, hastaların, dindarlıkları, dinin işlevsel gereklilikleri ile uyumsuz olup, varsayımsal olarak, onların sorunlarını ve ruhsal sıkıntılarını dengeleyebilecek bir pratikten yoksundur. Dinin işlevsel olmaması halinde, bireyler üzerinde huzursuzluk, suçluluk, değersizlik ve güçsüzlük duygularına neden olabileceğini vurgulayan Fromm, bu durumda, toplumsal bir nevrozun gelişebileceğini ileri sürer. Bugün, gittikçe modernleşen toplumumuzda, hastalarda gördüğümüz gibi, dini anlayışın ve dini davranışların çoğunun değiştiğini, dindarlığın altında yatan değerlerde, ciddi bir kayma olduğunu, anlam kaybına uğradığını dolayısıyla, dinin orijinal işlevlerinin, toplumsal, ruhsal yapı üzerindeki etkisinin azaldığını ifade edebiliriz.

Yaptığımız görüşmelerde, hastalar, inançlarıyla ilgili sarsılmaların, genelde, hastalıktan önce başlayıp, gittikçe arttığını ve daha sonra ise, inançlarının zamanla tekrar arttığını söylemişlerdir. Bu anlamda, hastaların inanç zayıflamalarıyla, geçirmekte oldukları hastalıklarının, birbirlerini tetikleyerek, onların ruhsal yapıları üzerinde, fazlasıyla basınç oluşturduğunu tahmin edebiliriz. Görüştüğümüz hastaların, özellikle de dindar olduklarını söyleyenlerin, sorunlarını, farklı bir bağlamda, yani, ahlaki, dini bir metafor kullanarak, değerlendirdiklerini söyleyemeyiz.

Konuşmalarımızda, birkaç hastanın dışında, dindar hastaların, günahlarından ötürü hastalandıkları düşüncesine ve manevi bir suçluluk duygusuna sahip olmadıklarını söyleyebiliriz. Yine, depresyonla ilgili sebepler içerisinde, kaderle ilgili seçeneğin, hastaların, sadece, %6 gibi az bir kısmı tarafından dile getirilmesi, kadercî bakışın etkinliğinde meydana gelen değişimleri göstermesi açısından, dikkat çekicidir. Yaşanılan üzücü olaylarda, erkeklerin sosyal rolleri icabı, kendilerini ve sosyo-ekonomik şartları (%35.1), kadınların ise, edilgen rollerinden ötürü, kaderi, sebep olarak algıladıkları söylenebilir. Hastaların, genelde, başarısızlıklarının ve sorunlarının kaynağı olarak, kaderi değil de, kendilerini sorumlu görmelerinin, onların kendilik algısını

bozarak, depresyona girmelerinde, önemli bir etkiye sahiptir. Kendini suçlama algısı, kaderle ilgili zihniyet değişiminin bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Sosyal ve kültürel değişimlerle birlikte, hastaların yaşadıkları olayları, kader düşüncesinin dışında, neden-sonuç bağlamında değerlendirmelerinin, bu olumsuz olayların sorumluları olarak kendilerini suçlamalarında, önemli bir rol oynadığını söyleyebiliriz.

Hurafelerin, cahilliğin, dini inançlardan daha etkili olabileceği ve yanlış inançların, yetersiz din bilgisinin, hastaların kadere, dine bakış açılarını belirleyerek, onların, yaşanan olaylar karşısında, olumsuz izlenimlere kapılmalarına neden olduğu belirtilebilir. Bu anlamda, sosyo-ekonomik ve eğitim seviyeleri düşüklüğünün bir sonucu olarak, dindar olduklarını söyleyen bazı hastaların, oldukça çelişkili inançları olduğunu ve dini anlayışı oldukça yanlış kurguladıklarını söyleyebiliriz. Örneğin, her abdest alışta, “hayır ve şerrin” Allah’tan olduğuna ilişkin bir ikrarın, bir yandan dindarların rahatlamasında, öte yandan, yanlış anlaşılması halinde, çaresizlik zihniyetin edinilmesinde belirleyici bir etkiye sahip olabileceğini söyleyebiliriz. Bir anlamda, bazı yanlış dinsel inançları nedeniyle, güvenliği sağlamak adına irade, aktivite ve özgürlüklerini sınırlayan, kadercı hastalar, yaşanan sorunlar karşısında, paradoksal olarak suçluluk duyguları yaşayabilirler.

Ferdin toplumdaki temel probleminin, hayatı anlamlandırma problemi olduğunu ve bunun da, din ve dünya görüşüyle yakından ilgili olduğunu biliyoruz. Kültürel değerler, acı ve hüzne yönelik bakışımızı belirleyerek, olumsuz olaylardan etkilenip etkilenmemede veya bu etkinin mahiyeti üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Hemen hemen bütün semavi dinlerde ve geleneksel anlayışta, acıya karşı sabrın, önemli bir ibadet olarak telakki edildiği, buna paralel olarak, üzücü olayların, hasta etmek yerine olgunlaştırma konusu olarak değerlendirildiği bilinir. Bir anlamda, din ve geleneksel anlayışta, olumsuzluklar karşısında, bireylerin yüceltme imkanlarını kanalize etme potansiyeliyle, bireylerin hayat karşısındaki kırılganlıklarını azaltmalarına ve yaşadıklarına anlam vermelerini sağlar. Arzuya, tatmine dayanan bu modern dünyada, her şeyin tahmin edilip, kontrol edilebilir olarak kurgulandığı bir anlayış nedeniyle, acı ve hüznü, bir hastalık; hastalığı ise, bir sapma olarak gördüğümüzden, sorunlara ve hastalıklara yönelik bakışımız, bilişsel olarak zaaf oluşturmaktadır. Sorunlarından muzdarip kişi, yaşamın, ahlaki bağlamda yeniden değerlendirerek, sıkıntılarını ahlaki metaforlarla bakıp, kendini gözden geçirip, onore etme imkanını yakalayamadığında,

daha doğrusu, sorunlarını yüceltebileceği mekanizmalardan yoksun olduğunda, ruhsal hastalık riski ortaya çıkabilmektedir. Geleneksel düşünce ve din, kapitalist yapılanmanın ve haz kültürünün etkisiyle, belirleyici etkinliğini kaybettiğinden, yine aynı sosyo-ekonomik nedenlerle ortaya çıkan hayal kırıklıkları karşısında, ruhsal sağaltımda bulunamamakta ve kültürel gecikme nedeniyle ortaya çıkan bu boşluk, ilaç ve terapistlerle doldurulamadığından, depresyonun gittikçe arttığı söylenebilir.

Hastaların, belirli bir tüketim seviyesine ulaşmanın yanı sıra, toplumdaki ilerleme ve sınıf atlama arzularıyla birlikte, mükemmeliyetçi arayışlarının, arttığını söyleyebiliriz. Hastaların artan bu beklentileri, zaaflarını kabullenip, itiraf etmeleri yönündeki eğilimlerini azaltarak, suçluluk duygularını arttırdığını ve bunun, onların depresyona girmelerinde bilişsel bir çarpıklığa yol açtığını ifade edebiliriz. Tüketim değerleriyle uyuşmayan geleneksel ve dinsel düşüncenin, önemli bir parçasını oluşturan kader, kanaat, sabır, şükür, rıza duygusunun, özellikle ümitle ilgili değerlerin, ruhsal yapıdaki önemini kaybedip, basit bir söyleme dönüşmesi, hastaların üzüntüleri karşısındaki dirençlerinin etkisini azaltmıştır, denilebilir. Değerlerde yaşanan değişim, öncelikle öz denetimi ve sonra da, sosyal kontrolü azalttığından, yaşanan sosyal çözümler sonucunda ortaya çıkan boşluk ve emniyetsizlik hissinin, hastalarda ruhsal sorunlara neden olduğunu ifade edebiliriz.

P. Berger, modern sekülerizmin, bireylerin acılarını telafi etmekten ve yaşadıkları adaletsizlikler karşısında, kendilerini teselli edebilecek bir araçtan yoksun olduğunu, bu anlamda, aydınlanmacı sekülerizmin, ilerleme nosyonunun, bedellerini karşılayabileceği bir donanıma sahip olmadığını ve bu nedenle, bireylerin acılarını telafi etmede, işlevsel olmadığını ifade etmiştir. Tıp, bir anlamda, dinin, psikiyatrlar da, din adamlarının yüklendiği misyonu yüklenmeye çalışarak, bilimsel, rasyonel değerlerin ve seküler bilincin taşıyıcılığını yapmaktadırlar. Rasyonelleşme ve artan yaşam beklentisiyle birlikte, hayatın medikalizasyonu, ruhsal sıkıntı ve sorunlarla başa çıkmada, dinsel ritüeller yerine, tıbbi müdahalelerin artan kullanımını getirmiştir.

Bu anlamda, duygu operatörlüğünün, iktidar-sosyal kontrol süreci bağlamında, dinden psikiyatriye uzanan ve dönüşen bir sürekliliği vardır. Bu süreçte, dinin uyuşturan kader anlayışı, psikiyatrinin biyolojik paradigmasında, “sakinleştiriciye” dönüşmüştür. Bir anlamda, değerler ve üretim tarzı farklılaştıkça; rıza, yerini hırs ve gösterişçi tüketime; üzüntü, depresyona; sabır ve mutluluk, sakinleştiriciye, bazı dini işlevler de

psikiyatriye bırakmaktadır. İnançlardaki değişmeye ve modernleşmeye bağlı olarak, dertlerle başa çıkmamanın, geleneksel biçimleri zayıflayınca, psikolojik ve psikiyatrik dil, hastaların sorunlarının ifade edilmesinde, oldukça yetersiz kalmıştır. Kültürel gecikme ve yetersiz eğitim, hastaların sorunlarını psikolojik, psikiyatrik veya ideolojik bir söylem içerisinde algılayıp, gerekli önlemleri almalarını engellediğinden, hastaların yaşadıkları olumsuz olaylara ilişkin düşünceleri, kontrol duygularını yıpratarak, depresyonda önemli bir zemin oluşturmaktadır.

Olumsuz olayların, duygusal, davranışsal ve bilişsel anlamda, ciddi sıkıntılar doğurarak, başta depresyon olmak üzere, birçok ruhsal hastalığa yol açtığını söyleyebiliriz. Araştırmamızda, aile, evlilik problemleri, boşanma, işten ayrılma, işsizlik, emeklilik sorunları, yasal ve maddi sıkıntılar, göç, yaşam koşullarındaki hızlı sosyal değişiklikler, bir yakının kaybı gibi duygusal yatırımı olan hayal kırıklıkları, inanç sarsıntıları, tutkusal başarısızlıklar, olumsuz yaşam olayları içerisinde değerlendirilebilir.

Beck, çöküntünün duygularda değil de, bilişsel dünyada yaşandığına ilişkin depresyon kuramında, olaylardan ziyade, bu olaylara yüklenen olumsuz, çarpıtılmış düşünce içeriklerinin, depresyona yol açtığını ifade eder. Halbuki, bireylerin, çekilmez olarak algıladıkları olayların, hakikaten dayanılması güç olaylar olduğunu ifade etmeliyiz. Üstelik, hastaların olumsuz bilişsel bakışı, belirli bir sosyo-kültürel yapıyla yakından alakalıdır. Değer ve normların yanı sıra, yaşam olaylarının niteliği, bu zihniyet kalıbını belirler. Depresyon oluşumunda, önemli olarak telakki edilen bu bilişsel şemalarla içsel çatışma zemini, sosyalleşme süreciyle edinilir. Olumsuz yaşam olaylarını telafi edebilmede, hastaların öfke, korku, suçluluk, zihinsel esneklik, problem çözme etkinliği, kişiler arası ilişki becerilerinin yanı sıra, dünyaya ve ölüme yönelik bakışın, sosyal desteklere sahip olup olmamanın, ümit ve gelecek düşüncesinin, önemli bir etkisi vardır. Halbuki, gördüğümüz hastaların çoğu, bu kriterler açısından, gerçekten oldukça dezavantajlı bir durumda olmalarından ötürü, hastalıklarını, yaşamlarının bir prototipi olarak algıyorlardı.

Travma, stress denilen çoğu sıkıntının, hastaları, bir anda etkileyip, sarsan ve o anda biten bir olay olmadığını ve psikolojik indirgemeciliğin savunduğunun tersine, sosyal yapıdan kaynaklanan bir problem olduğunu ve sonraki yaşamlarını da etkileyen bir süreklilik taşıdığını ifade edebiliriz. Olumsuz olayların yanı sıra, başlı başına bir

travma kaynağı olan hızlı yaşam değişikliklerinin de, bastığımız kişilik, kimlik ve gerçeklik zeminini kayganlaştırarak, geçmiş, şu an ve gelecek kavramlarının izafileşmesine neden olduğunu ve bu açıdan, değerlerdeki belirsizliklerle, yok olma duygusu yarattığını söyleyebiliriz.

Bireylerin, olumsuz olaylar esnasında, çözümler arayıp mücadele içerisine girmelerinden dolayı, kendilerini bırakıp, bu zaman diliminde hastalanmaları söz konusu olmayabilir. Bireylerin, bu mücadele sonrasında almış oldukları sonuçlar, daha sonraki zamanlarda ortaya çıktığından, hastalığın, sosyal zeminde gerçekleşen bireysel tarihi, bir süreç olarak, sosyolojik tahlile tabi tutulabilir. Bu anlamda, daha önceden edinilmiş hatalı inançlarla birlikte, geçmişte yaşanan sosyal sorunların ve değişimlerin yarattığı çelişkilerin, bu günkü sorunlarla birleşerek, depresyonda etkili olduğunu söyleyebiliriz.

Yaptığımız bu araştırmada, erkekler, çocukluk veya gençlik yıllarında, kendilerini en fazla sarsan olaylar olarak, öncelikle, geçim sıkıntısı (%34.5) ve aile huzursuzluğu (%25.5) yaşamalarını, daha sonra da sırasıyla, ailelerinden ayrı kalmalarını (%16.4) ve bir yakınlarının ölümünü (%14.5) dile getirmişlerdir. Kadınlar ise, çocukluk ve geçmiş yıllarında, en önemli sorun olarak, aile huzursuzluklarını (%35.5), ikinci olarak, geçim sıkıntılarını (%23.5) ve daha sonra da sırasıyla, bir yakının ölümünü (%17.6) ve ailelerinden ayrı kalmalarını (%14.7), en sarsıcı olaylar olarak ifade etmişlerdir. Maddi sorunları ve aile huzursuzluğunu birlikte işaretleyenlerin oranı, %13.0'tür. Ancak, bu sonuç, sadece, maddi sıkıntı şikâyeti veya aile huzursuzluğu seçeneğini işaretleyenlerin, bu iki sorunu, birlikte veya peş peşe yaşamadıkları anlamına gelmemektedir. Çünkü, hastalardan, en öncelikli sorunlarını işaretlemelerini istediğimiz için, cevaplarda bu şekilde bir yoğunlaşma belirmiştir.

Çocukluk ve gençlik yılları ile ilgili olarak, hastaların, dile getirdikleri sorunlarıyla, depresyon sebebi olarak, değerlendirdikleri problemleri karşılaştırıldığında, hem erkekler ve hem de kadınlar için bunların birbirlerine paralel oldukları, dikkat çekmektedir. Ancak, aynı sorunların, herkes için aynı şekilde devam ettiği söylenemez. Bunun yerine, geçmişteki sorunların, kısmen devam ettiği, yeni sorunların da önceki sorunlara eklendiğini veya bu sorunların da, farklı sorunlara neden olduğunu söylemek daha doğrudur. Erkek hastaların bir kısmı, maddi sıkıntıyı (%29.3) ve aile huzursuzluğunu (%24.1) kadınlar ise, başta, aile huzursuzluğunu (%52.4) ve



sonra da, maddi sorunlarını (%11.9) ve bir yakınlarının ölümünü, depresyon sebebi olarak, değerlendirmişlerdir. Genelde, anahtar rollerinin bir gereği olarak, erkeklerin, maddi sıkıntıları; kadınların ise, aynı sebeple, ailevi sorunlarını, depresyon sebebi olarak değerlendirmeleri, anlaşılır bir durumdur. Kadınların, daha duygusal ve sosyo-ekonomik açıdan daha bağımlı olmaları nedeniyle, bir yakının ölümünden, erkeklere kıyasla, daha olumsuz etkilendiklerini söyleyebiliriz. Erkek hastaların duygularını basturmalarını içeren kültürel rollerinin, onların, bir yakının ölümünden duydukları rahatsızlıktan daha az etkilenmelerine yol açtığını söyleyebiliriz. Geçmişlerinde yaşadıkları yakınlarının kayıplarıyla, aynı zamanda maddi desteklerini yitiren hastaların, sorun yaşadıklarını, erkek hastaların ise, bu endişelerle, ailelerinden ayrılarak, yaşadıkları farklı sorunlar nedeniyle hastalandıklarını söyleyebiliriz. Görüşülen kişilerin, farklı sorunları, hep birlikte, üst üste yaşadıkları ve bu nedenle de sıkıntılarının, oldukça fazla olduğu söylenebilir. Bu anlamda, hastaların sorunları farklılaşsa da, birbirlerine eklenerek, çarpıcı bir süreklilik taşımaktadırlar. Bununla ilgili olarak hastaların, kendilerini son dönemlerde, en fazla üzen olaylarla, depresyon sebeplerine ilişkin ifadeleri karşılaştırıldığında, gerek erkeklerin, gerekse kadınların, aile huzursuzluğuna ve maddi sıkıntılara ilişkin problemlerinin, hemen hemen aynı şekilde devam ettiği görülmektedir. Dolayısıyla, bu hastaların sorunlarının, süreklilik taşıması, belki de üzüntülerinin depresyona dönüşmesindeki, en önemli unsurlardan biridir. Hastaların sorunlarının kemikleşmiş olmasının, bu sorunların çözülemeyeceği beklentisine neden olduğundan, onların gelecek ümitlerini azaltarak, hastalıkları üzerinde belirleyici bir etki yaptığını söyleyebiliriz.

Hastaların, depresyon sebeplerine yönelik ifadelerinden farklı olarak, son dönemdeki üzüntülerine ilişkin değerlendirmelerinde, erkeklerin %35.1'i, kadınların %61.0'ı aile huzursuzluğunu, hemen hemen tümünü erkeklerin oluşturduğu hastaların %5.1'i yalnızlığı, %11.2'si işsizliği, %14.3'ü maddi sıkıntıyı ve çoğunu kadınların oluşturduğu, %7.1'lik hasta grubu ise, boşanmayı, son dönemlerdeki en önemli üzüntü kaynağı olarak dile getirmişlerdir. Genel olarak değerlendirildiğinde, ailevi sorunlarla, maddi sıkıntılarla, hastaların büyük bir kısmının (%80), ortak sorunu olduğu söylenebilir. Bu konuyla ilgili olarak, hastaların %33.7'si, para sıkıntısı çektiklerini, %22.4'ü, aşırı borçlanmaları olduğu için ve %10.2'sinin dolandırılma, %10.2'sinin de, işlerindeki kötü gelişmeler nedeniyle, maddi sıkıntı yaşadıkları ifade edilebilir. Görüştüğümüz hastaların, sahip oldukları birden fazla sorunun kombinasyonu, onların



bu hastalıkların anlamamızda, en doğru yaklaşım olacaktır. Çünkü, geçmişten itibaren, sürekli olumsuz olaylarla aşırı yüklenen bu hastaların, ne denli dirençli olurlarsa olsunlar, zor olayların, bir biri ardına harekete geçtiği durumlar nedeniyle veya üzücü bir olay sonucunda, fazlasıyla sarsılarak, hasta olduklarını ifade edebiliriz.

Yaşam olaylarında, yaşanan olumsuzlukların, nasıl algılanıp, yorumlandığı kadar, bu olaylarla baş etmede, bireysel donanım ve sosyal destek olanaklarının da hayati bir rolü vardır. Her bireyin, zorluklar karşısındaki durumu aynı olmayıp, sahip olduğu sosyal, kişisel, ailevi, eğitimsel ve mesleki pozisyonuna, göre ruhsal direnci ve kendisini kontrol edebilme kapasitesi vardır. Olumsuz yaşam olayları, bazen, başa çıkma becerilerini geliştirebilir. Ancak, başa çıkma becerisi, uygun ve yeterli bir toplumsal zeminine bağlıdır. Halbuki, gerek geçmiş potansiyelleri ve sosyal konumları, gerek bireysel, sosyal donanımları ve gerekse mücadele araçları itibariyle, hastaların sorunları karşısında, çaresiz durumda olduklarını söyleyebiliriz.

Yani, yaşamın bizatihi kendisi, bu hastaların çoğu için, sıkıntı veren, yıpratıcı anlamıyla depresyondur. Hastaların bütün bu sorunları, sosyal, ekonomik ve kültürel gelişmişlikle yakından ilgilidir. Dolayısıyla, bireyleri depresyona iten ruhsal çelişkilerin, daha derin bir kaynağa, yani onu şekillendiren toplumsal yapı ve çelişkilere bağlı olarak, anlam kazandıklarını ifade edebiliriz. Bu anlamda, hastaların ruhsal sıkıntıları, bireysel bir durum olmayıp, bizzat sosyo-ekonomik çelişkiler üzerinde somutlaşmaktadır. Bu nedenle, bireylerin dışarıda, sosyal hayatta yaşadıkları sıkıntılar, sorunlar, hastane tedavisiyle, ilaç içtikleri anda çözülmemektedir.

Araştırmamızda elde ettiğimiz bulgular çerçevesinde, ruhsal sağlığın korunması ve ruhsal hastalıkların engellenebilmesi açısından, aşağıda belirttiğimiz öneri ve önlemler tartışılabilir:

- Toplumsal ruh sağlığı profilinin ortaya çıkarılması, ruh sağlığıyla ilgili epidemiyolojik çalışmaların ve projeksiyon çalışmalarının ciddiyle yapılması;
- Ruhsal hastalıklarla ilgili sosyolojik çalışmaların artırılarak, bu konuda, sosyo-ekonomik politikaların oluşmasına katkıda bulunulması;
- Ruh sağlığının, ülkenin genel sosyo-ekonomik ve kültürel politikalarıyla yakından ilgili olduğu, gerekli platformlarda yeterince tartışılarak, ruh sağlığıyla ilgili ulusal politikaların oluşturulması ve uygulanması;

- Sosyal devlet anlayışının geliştirilerek, sınıfsal, sosyal uçurumların asgariye indirilmesi ve sosyal destek sistemlerinin risk grupları lehine oluşturulması;
- Genel olarak, işsizliğin azaltılması ve düzenli işleri olmayan ve işsiz olanların, sosyal güvencelerinin attırılması;
- Demokratikleşmenin hızlandırılması ve demokratik kültürün, aileden eğitime kadar bütün tabana yayılması için gerekli ortamın hazırlanması;
- Kamu vicdânını yaralayan idâri ve hukuksal boşlukların ve bozuklukların düzeltilerek, anomik ortamlara fırsat verilmemesi;
- Toplumun gereğini, sosyal kesimler arasında nefret ve kin duygusu oluşturan televizyon programlarının engellenmesi;
- Bölgesel farklılıkların azaltılıp, istihdamın ülke çapına yayılarak, nüfusu yoğunlaştıran, kozmopolit hale getiren göç olaylarına engel olunması ve sosyal dokuyu bozan çarpık kentleşmenin engellenmesi;
- Ruh sağlığı açısından, oldukça önem taşıyan, sosyal bütünleşme politikalarına önem verilmesi ve bunun sağlanabilmesi için, ahlaki değer, norm ve hukuka işlerlik kazandırılması;
- Sivil örgütlenmelere destek vererek, bireylerin aidiyet duygularının attırılması;
- Gönüllülük esasına dayalı yardımlaşma ve dayanışma vakıflarının ruh hastalarına yönelik ilgilerinin artırılması ve ruh hastalarıyla ilgili gönüllü kuruluşların oluşturulması;
- Dini ve kültürel değerlerin korunması; hurafeye dayalı inançlarla mücadele edilmesi. Bununla ilgili olarak yüksek eğitilmiş din görevlilerinin ruh hastalarına yönelik bilgilendirici, ümit aşılama çalışmaları yapmalarının organize edilmesi;
- Koruyucu sağlık bilincinin, eğitim aracılığıyla kazandırılması ve bir kültür haline getirilmesi. Koruyucu hekimlik anlayışıyla, hastalık öncesi önleyici tedbir ve çalışmalarla toplum içi ruhsal sağlık anlayışının ve sağaltımının uygulanması;
- Ruhsal sağlıkla ilgili bilgilendirici ve eğitici televizyon radyo programlarının, düzenli olarak yapılması. Ruhsal hastalıklarla ilgili etiketleyici tutumların azaltılması, hastalar ve ruhsal hastalık hakkındaki olumsuz yarguları azaltmak için bilgilendirici, öğretici televizyon programlarının yapılması;

- Duygusal ve hafif türdeki ruhsal bozuklukların, ağır vakalardan ayrı bir yerde yatırılması, izlenmesi ve tedavi edilmesi;
- Ruhsal sağlık alanında çalışanların sayılarının arttırılması ve ruhsal sağlık hizmeti kalitesinin arttırılması;
- Ruh sağlığıyla ilgili hastanelere, bölümlere alınacak, hasta bakıcı, hemşire gibi personelin rastgele seçilmemesi ve bu alanda çalışan personelin hizmet içi eğitimle yeterli hale getirilmesi;
- Ruhsal sağlık hizmeti veren kuruluş ve hastanelerde, sosyal hizmet elemanlarının sayılarının arttırılarak, işlevsel hale getirilmeleri, bu konuda uzman sosyologların istihdam edilmesi;
- Genel olarak boş zaman etkinliklerinin ciddi bir şekilde ele alınarak kültürel, sanatsal ve sportif etkinliklerin desteklenmesi. Ayrıca, hastanelerdeki tedavi anlayışının sadece ilaç verilmesinden ibaret bir bakım anlayışından çıkarılarak, sportif, sanatsal ve sosyal nitelikteki etkinliklerin, aktivitelerin arttırılması;
- Ruh sağlığı çalışmalarında, aile, iş yaşamı ve sosyal çevreyle iş birliğinin sağlanması ve tedavide, sosyo- ekonomik faktörlerin göz önünde tutulması;
- Çalışma hayatında, iş sektörlerinde, ruhsal sağlığı koruyucu danışmanlık hizmetlerinin geliştirilmesi;
- Anne eğitimi kapsamında, sağlık ocakları bünyesinde, yeni çocuk sahibi olan ailelerin, çocuk eğitimi ve ruh sağlığı hakkında eğitilmeleri;
- Eğitime önem verilmesi, eğitilmiş insan sayısının ve kalitelerinin arttırılması;
- İlköğretimin ilk kademelerinde, ders yükünün düşürülerek, kaynaştırıcı faaliyetlere yer verilmesi ve genel olarak, sosyal aktivitelere yer veren bir eğitim anlayışının uygulanması;
- Okul rehberlik faaliyetlerindeki, psikolojik danışmanlık yönlerinin arttırılması ve bu konuda uzman kadroların yetiştirilmesi;
- Eğitim bölgeleri içerisinde, okul psikiyatrlarının ve psikologlarının görevlendirilmesi;
- Aile-okul işbirliği geliştirilerek okullardaki eğitici faaliyetlerle ailenin, çocuk psikolojisi ve eğitimi hakkında bilgilendirilmesi, desteklenmesi;

- İlkokul kademesinden itibaren, travma geçiren çocukların tespit edilmesi ve risk grubu olarak değerlendirilerek, koruyucu ve engelleyici gerekli çalışmaların yapılması;
- Ruhsal tedavilerde, aile merkezli çalışmaların artırılması ve bu konuda, ailenin desteklenmesi, korunması için gerekli önlemlerin alınması;
- Toplumda, aile içi şiddetin önlenmesi ve aile içi ilişkilerin iyileştirilmesi için rehberlik içeren yayınların yapılması ve bu konuda bilgilendirici yayınların yapılması;
- Kadınlara, özellikle, ev kadınlarına yönelik olumsuz koşulların kaldırılması, onların sosyal güvencelerinin artırılması, sosyalleştirici, uğraş sağlayıcı uygun politikalarla yönlendirilmesi.

Ruhsal hastalıkların anlaşılıp tedavi edilmesinde, biyo-psiko-sosyal bakış açısının önemi gittikçe artmaktadır. Sosyal bakış açısının oluşturulmasında ise, elbette, sosyolojik çalışmaların önemli bir yeri vardır. Araştırmamızda, sosyal yapıyla ilgili tespit ettiğimiz çeşitli sorunların azaltılıp, yukarıda belirttiğimiz önerilerin hayata geçirilmeleri oranında, toplumumuzda sağlıklı ve dengeli bir insan profiline ulaşabileceği ve bunun da, sağlıklı bir toplum oluşturma çabalarına katkı sağlayacağı söylenebilir.

## 8. KAYNAKLAR

- Arkonacı A., Sibel (1999). *Psikolojide Yeni Tartışmalar*, Alfa Yay., İstanbul.
- Adler, Alfred (1997). *Psikolojik Aktivite*, (Çev.: Belkıs Çorakçı), Say Yay., İstanbul.
- Akbıyık, D. İren v.d. (1999). "Almanya'da Yaşayan Türkler'de 'Göçmen Olma' nın Depresyon ve Somatik Semptomlar Üzerine Etkisi", *Kriz Dergisi*, C: 7, S: 2, sh:25-29.
- Akbıyık, Derya İ; M.Emin Önder (1995). "Ruh Sağlığı Hizmetlerine Ulaşım Yolları ve Sorunlar", *3 P Dergisi*, C: 3, S: 1, sh: 44-48.
- Akers, Ronald L. (1977). *Deviant Behavior: A Social Learning Approach*. (2. nd ed.), Belmont, CA: Wadsworth.
- Alper, Yusuf (2001). *Depresyon Psikoterapisi*, Alfa Yay., İstanbul.
- Alper, Yusuf; Bayraktar, Erhan; Karaçam, Özgür (1997). *Herkes İçin Psikiyatri*, Era Yay., İstanbul.
- Altaş, Nurullah (1999). "Hastanelerde Dini Danışmanlık Hizmetleri", *Ankara İlahiyat Fakültesi Dergisi*, C: 34, sh: 599-625.
- Altındağ, Abdurrahman v.d. (2001). "Türkiye'deki İntihar Hızlarındaki Değişimler (1974-1998)", *Türkiye'de Psikiyatri*, C: 3, S: 2.
- Altınoğlu, İlkiz (1994). "Depresif Bozukluğa Kişilerarası Yaklaşım", *3 P Dergisi*, C: 2, S:Ek- 4, sh: 32-39.
- Ankan, Çiğdem; Ladiper, Dilek (1996). *Ruh Hastalıklarının Tedavisinde Psiko-Sosyal Bir Boyut*, Şafak Matbaacılık, Ankara.
- Arkar, Haluk(1991). "Akıl Hastasının Sosyal Reddedilimi", *Düşünen Adam Dergisi*, C: 4, S: 3, sh: 6-9.
- Arkon, Oğuz (1986). "Yüklenme-Zorlanma ve Depresyon", *Düşünen Adam Dergisi*, C: 1, S: 6, sh: 1-6.
- Aron, Raymond (1986). *Sosyolojik Düşüncenin Evreleri*, (Çev.: Korkmaz Alemdar), Bilgi Yay., İstanbul.

- Arslan, S. Halime v.d. (1998). "Distimik Bozuklukta Öfke, Kaygı ve Depresyon Eğilimlerinin Bilişsel Alt Yapısıyla İlgili Bir Çalışma", *Düşünen Adam Dergisi*, C: 2, S: 3, sh: 33-38.
- Aslan, S. Halime; Mehmet Ünal. (1997). "Patolojik Kumar Oynama: Bir Gözden Geçirme", *3 P Dergisi*, C: 5, S: 2.
- Aşkın, Rustem (1999). Depresyon El Kitabı (2.Baskı), Lilly A.Ş. Yay., Konya.
- Ateşin, H. Mehmet (1996). "Şehir ve Sosyal Davranışlar", *Habitat II Kent Zirvesi*, C: 2, sh: 61-74.
- Aydemir, Ömer v.d. (1997). "Major Depresyon, Anksiyete Bozukluğu ve Eşanlı Durumlarda Ayrışan ve Örtüşen Özellikler-2: Kişilik Bozuklukları Yönünden Karşılaştırmalı Bir Çalışma", *Türk Psikiyatri Dergisi*, C: 8, S: 1, sh: 21-28.
- Aytaç, Ömer (1991). Elazığ'ın Mustafa Paşa Mahallesinde Oturan Aile Başkanlarının Boş Zaman Etkinliklerinin Sosyolojik Açıdan İncelenmesi, (Basılmamış Y.Lisans Tezi), Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Elazığ.
- Baltaş, Zuhul (2000). Sağlık Psikolojisi, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Bastide, Roger (1972). The Sociology of Mental Disorder, (Trans.: J. Mc Neil), New York: McKay.
- Bekâroğlu, Mehmet v.d. (2000). "Trabzon'da 1995 Yılı İntihar Girişimi İnsidansı", *Türk Psikiyatri Dergisi*, C: 11, S: 2, sh: 95-102.
- Belek, İlker (1993). "Kapitalist Üretim Yapısı ve İnsan", *Toplum ve Hekim Dergisi*, sh: 18-24.
- Bell, Daniel (1976). The Cultural Contradictions of Capitalism, New York.
- Berger, Peter (2002). Sekülerizm Sorgulanıyor (Derleyen: Ali Köse) Ufuk Kitabevi, İstanbul.
- Bock, K.Philip (2001). İnsan Davranışının Kültürel Temelleri, (Çev.: N.Serpil Altuntek), İmge Kitabevi Yay., İstanbul.
- Boratav, Cumhuri (2000). "Duygudurum Bozuklukları ve Nozoloji: Eleştirel Bir İnceleme", *Duygudurum Dizisi*, S: 1, sh: 18-28.



- Bottomore, Tom ; Nisbet, Robert (1990). *Sosyolojik Çözümlemenin Tarihi*, Verso Yay., Ankara.
- Brenner, M. Harver (1973). *Mental Illness and the Economy*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brown, George v.d. (1989). *Social Origins Of Depression*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Carnegie, Dale (1998). *Üzüntüsüz Yaşama Sanatı*, Hayat Yay., İstanbul.
- Ceylan, M.Emin; Timuçin, Oral (2001). *Duygudurum Bozuklukları – Biyolojik Psikiyatri*, Lilly A.Ş. Yay., İstanbul.
- Cimilli, Can (1997). “Depresyonla İlişkileri Bağlamında Türkiye’nin Sosyal ve Kültürel Özellikleri”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, C: 8, S: 4, sh: 292-300.
- Cirhinlioğlu, Zafer (2001). *Sağlık Sosyolojisi*, Nobel Yay., Ankara.
- Cockerham, William C. (1992). *Sociology of Mental Disorder*, Prentice Hall, New Jersey.
- Cole, Stephan (1999). *Sosyolojik Düşünme Yöntemi*, Vadi Yay., Ankara.
- Coser, Rose Laub (1976). “Suicide and the Relational System”, *Journal of Health and Social Behavior*, V: 17, sh: 310-325.
- Cüceloğlu, Doğan (1996). *İnsan ve Davranışı*, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Cüceloğlu, Doğan (1998). *Yeniden İnsan İnsana*, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Çelikkol, Ahmet (1999). *Ruh Hastalıklarından Korunma*, Gendaş Yay., İstanbul.
- Çelikkol, Ahmet (2001). *Çağdaş İş Yaşamında Ruh Sağlığı*, Alfa Yay., İstanbul.
- Çevik, Abdulkadir; Bedriye Öncü (1995). “Yas Tepkileri”, *Depresyon, Karadeniz Ruh Sağlığı Yay.*, Trabzon.
- Çifter, İsmail (1993). *Depresyon Kavramının Gelişimi*, Depresyon Monoğrafları Serisi-1, Hekimler Yay., Ankara.
- Çorapçıoğlu, Ö., Aytül (1998). “Cezaevinde Yalnızlık ve Yalnızlığın Depresyonla İlişkisi”, *Kriz Dergisi*, C: 6, S: 1, sh: 21-31.
- Çuhadaroğlu, Füsun (1993). “Adolesan İntiharı ve Kendilik İmgesi”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, C: 4, S: 1, sh: 29-38.

- Dekkers, Wim (1996). "Neye Ölüm Deriz? Batı Kültüründe Yaşamın Sonu Hakkında Bazı Düşünceler", (Çev.: Yasemin Oğuz), *3 P Dergisi*, C: 4, S: Ek-3, sh: 9-16.
- Deleuze, Gilles; Guattari, Felix (1990). *Kapitalizm ve Şizofreni*, (Çev: Ali Akay), Bağlam Yay. , İstanbul.
- Demir, Ayhan; Esin Tezer (1995). "Grupla Psikolojik Danışmanın Üniversite Öğrencilerinin Depresyon ve Yalnızlık Düzeylerine Etkisi", *3 P Dergisi*, C: 3, S: 4, sh: 243-248.
- Demirarslan, Pınar v.d. (1999). "Kronik Depresyonda Sosyo-demografik ve Klinik Özellikler: İyileşen Major Depresyon Olguları ile Karşılaştırma", *Düşünen Adam Dergisi*, C: 12, S: 1, sh: 4-11.
- Demirci, Senai (1994). *Modern Tıbbın Ötesi*, İnsan Yay., İstanbul.
- Demirer, Temel; Sibel Özbudun (1998). *Yabancılaşma*, Öteki Yay., Ankara.
- Deniz, İdris (1995). Bir Grup Depresif Hastanın Bazı Ailesel ve Psikososyal Özellikleri Üzerine Bir Araştırma", (Karadeniz Teknik Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıbbi Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı), Trabzon.
- DİE (1990). 1990 Genel Nüfus Sayımları. Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri.
- Dilbaz, Nesrin (1993). "Umutsuzluk Kavramı: Depresyon ve İntiharda Önemi", *Kriz Dergisi*, C: 1, S: 3, sh: 134-138.
- Dilsiz, Ahmet ve Ferhan Dilsiz (1993). "İntihar Girişimlerinde Belirtilen Nedenler", *Kriz Dergisi*, C: 1, S: 3, sh: 124-128.
- Dinçmen, Kriton (1991). *Psikiyatri*, İletişim Yay., İstanbul.
- Doğan, Orhan (2000). "Depresyonun Epidemiyolojisi", *Duygudurum Dizisi*, S: 1, sh: 29-38.
- Dohrenwend, Barbara S. And Bruce, P. Dohrenwend (1974). *Stressfull life events: Their nature and effects*, Newyork: Wiley.
- Dönbak Ö, Sibel ve Diğerleri (1997). "Major Depresif Ataktan İyileşen Bir Grup Hastada Yineleme Oranı ve Ortaya Çıkan Etkenlerin Saptanması: İki Yıllık İleriye Dönük Bir İzlem Çalışması", *3 P Dergisi*, C: 5, S: 3.
- Dönmez, Ali (1994). *Eğer Hitler İsteseydi*, Gündoğan Yay., Ankara.

- Duhm, Dieter (1996). *Kapitalizmde Korku*, (Çev.: Sargut Şölçün), Ayraç Yay., Ankara.
- Dunham, H.Warren (1977). "Schizophrenia: The Impact of Sociocultural Factors" *Hospital Practice*, V: 12.
- Durkheim, Emile (1992). *İntihar*, (Çev: Özer Ozankaya), İmge Kitabevi Yay., Ankara.
- E. Berksun, Oğuz (1995). "İntihar Davranışı Gösteren Bireylerde İki Defekt: Kesitsel ve Gelişimsel Bir Faktör Olarak Aile", *Depresyon, Karadeniz Ruh Sağlığı Yay.*, Trabzon.
- Ehrenreich, John (1978). "Introduction: The Cultural Crisis of Modern Medicine", New York: Monthly Review Press.
- Elbi, Hayriye v.d.(1996). Spor ve Psikiyatri, *Psychomed Dergisi*, C: 2, S: 3, sh:90-93.
- Ercan, Şükrü v.d.(1997). "Mevsimsellik ve Mevsimsel Duygudurum Bozukluğu", *Türk Psikiyatri Dergisi*, C: 8, S: 1, sh: 55-60.
- Ergin, Canan (1996). "Kız ve Erkek Üniversite Öğrencilerinin Aile İçi Etkileşime İlişkin Algıları İle Toplumsal Cinsiyet Rolüne İlişkin Tutumları Arasındaki İlişki", *3 P Dergisi*, C: 4, S: 1, sh: 34-40.
- Erkan, Rustem (2002). *Kentleşme ve Sosyal Değişme*, Bilimadamı Yay., Ankara.
- Erkmen, Hüsnü (1989). "Depresyon ve Kayıp İlişkisi Literatürüne Genel Bir Bakış", *Düşünen Adam Dergisi*, C: 3, S: 1, sh: 47-49.
- Fichter, Joseph (1990). "Sosyoloji Nedir?", (Çev.: Nilgün Çelebi), Selçuk Üniv. Yay., Konya.
- Fidaner, Hüray, Caner Fidaner (1991). "Dünya'da Çocuk ve Adölesanlarda İntihar Epidemiyolojisi", *Düşünen Adam Dergisi*, C: 2, S: 3, sh: 211-215.
- Foucault, Michel (2000). *Psikoloji ve Ruhsal Hastalık*, (Çev.: Muhsin Hesapçıoğlu) Birey Yay, İstanbul.
- Foucault, Michel (2001). *Ders Özetleri*, (Çev.: Selahattin Hilav), Ayrıntı Yay., İstanbul.
- Fordham, Frieda (2001). *Jung Psikolojisinin Ana Hatları*, (Çev.: Aslan Yalçınar), Say Yay., İstanbul.

- Frager, Robert (1996). "Yabancılaşma, Anomi, Anlam ve Cemaate Karşı Zihinsel Sıkıntı ve Potansiyel Çözümlerdeki Bazı Temel Sosyal Unsurlara Bakış ", *Habitat II Kent Zirvesi*, Cilt: 2, sh: 47-66.
- Frankl, E. Victor (1996). *Duyulmayan Anlam Çığılığı*, Öteki Yay., Ankara.
- Freud, S. (1993). "Yas ve Melankoli", (Çev.:Uslu, R; Berksun, O.E.), *Kriz Dergisi*, C: 1, S: 2, sh: 98-103.
- Freud, Sigmund (2000). *Uygarlık ve Hoşnutsuzlukları*, İdea Yay., İstanbul.
- Fromm, Erich (1990). *Sağlık Toplum*, (Çev.: Selman Yurdanur), Payel Yay., İstanbul.
- Fromm, Erich (1993). *Sahip Olmak ya da Olmamak*, (Çev.: Aydın Arıtan), Arıtan Yay., İstanbul.
- Fromm, Erich (1998). *Toplumsal Bilinçaltının Araştırılması*, Arıtan Yay., İstanbul.
- Giddens, Anthony (2000). *Sosyoloji*, Ayraç Yay., Ankara.
- Gleick, J.(1995). *Kaos*, (Çev.: F. Üçcan), Tübitak Yay., Ankara.
- Glock, Charles Y. (1998). "Dindarlığın Boyutları", *Din Sosyolojisi*, (Derleyen: Yasin Aktay ve M. Emin Köktaş), Vadi Yay., Ankara.
- Gore, Susan (1978). "The Effect of Social Support in Moderating the Health Consequences of Unemployment", *Journal of Health and Social Behavior*, V: 19.
- Göka, Erol (1997). *Varoluşun Psikiyatrisi*, Vadi Yay., Ankara.
- Göka, Erol; Kemal Sayar (1992). *Bir Bilim Olarak Psikiyatri*, Ağaç Yay., İstanbul.
- Guattari, Felix (1990). *Üçekoloji*, (Çev.: Ali Akay), Hil Yay., İstanbul.
- Gulbenkian Komisyonu (1997). "Sosyal Bilimleri Açın", (Çev: Şirin Tekeli), Metis Yay., İstanbul.
- Güleç, Cengiz (1995). "Dirençli Depresyonlarda Tedavi Yaklaşımları", *Depresyon, Karadeniz Ruh Sağlığı Yay.*, Trabzon.
- Güleç, Cengiz (1999). "Transkültürel Açından Psikoterapiler", *Klinik Psikiyatri Dergisi*, S: 1, sh: 5-11.
- Güney, Melike (1995). "Depresyon ve Resim", *Depresyon, Karadeniz Ruh Sağlığı Yay.*, Trabzon.

- Güngör, Erol (1995). *Ahlak Psikolojisi ve Sosyal Ahlak*, Ötüken Yay., İstanbul.
- Güvenç, Gülden Berkem (1996). "Kız ve Erkek Üniversite Öğrencilerinin Aile İçi Etkileşime İlişkin Algıları İle Toplumsal Cinsiyet Rolüne İlişkin Tutumları Arasındaki İlişki", *3 P Dergisi*, C: 4, S: 1.
- Heggenhougen, H. K.; Shore, L. (1986). "Cultural Components of Behavioral Epidemiology; Implications for Primary Health Care", *Social Science and Medicine*, Vol: 22 , No: 11.
- Hollingshead, August B.; Frederick C. Redlich (1953). "Social Stratification and Psychiatric Disorders" *American Sociological Review*, V: 18, pp: 163-169.
- Hökelekli, Hayati (2001). *Din Psikolojisi*, T.D.V. Yayınları, Ankara.
- IV.Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Sonuç Bildirgesi (1999). *Kriz Dergisi*, C: 7, S: 2, sh: 45- 46.
- İlhan, İ. Özgür; Işıl Sayıl (1999). "Ankara'nın Mamak İlçesi'nde Yapılan Bir Alan Çalışması: Zorlayıcı Yaşam Olayları ve Ruhsal Bozukluklar İlişkisi", *Kriz Dergisi*, C: 7, S: 1, sh: 1-6.
- İnem, Cem; Teoman Çete ve Diğerleri (1998). "Şizofreni ve Major Depresyonda Yaşam Olayları İle Bireyin Algıladığı Duygu Dışavurum Düzeyi", *Düşünen Adam Dergisi*, C: 11, S: 4, sh: 12-20
- İnglis, Brian (1991). "Tıbbın Hastalığı-II", İnkılap Yay., İstanbul.
- İşcan, Cüneyt (1995). "DSM-III ve Amerikan Psikiyatrisinin Dönüşümü: Tarihçe" *3 P Dergisi*, 1995, C: 3, S: 1, sh: 56-58.
- İşcan, Cüneyt, v.d.(1996). *Psikodinamik Açıdan Sosyal Fobi: Utancı Anlamak*, *3 P Dergisi*, C: 4, S: Ek-1, sh: 25-27.
- Jakoby, Russel (1996). *Belleğini Yitiren Toplum*,(Çev.: Hakan Atalay), Ayrıntı Yay., İstanbul.
- Kanakis, Leledakis (2000). *Toplum ve Bilinçdışı*, (Çev.: Abdullah Yılmaz), Ayrıntı Yay., İstanbul.
- Karaca, Faruk (2000). *Ölüm Psikolojisi*, Beyan Yay., Erzurum.

- Karaca, Sıtkı (1996). "Psikiyatrik Bozukluklarda Başa Çıkma Biçimleri", *Psychomed*, C: 2, S: 1, sh: 25-30.
- Karadayı, Figen (1995). "Üniversite Öğrencilerinde Bazı Kişilik Özelliklerine Göre Psikolojik Belirtilerin İncelenmesi", *3 P Dergisi*, C: 3, S: 4, sh: 256- 262)
- Karaman, Taha; Büyükberker (1991). "Psikosomatik Hastalarda Aile Algısı ve Ruhsal Yapılanma", *Türk Psikiyatri Dergisi*, C: 2, S: 3, sh: 183-187.
- Kasapoğlu, M.Aytül (1984). "Medikal Sosyoloji Konu Alanları" , *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı: 3.
- Kasapoğlu, M.Aytül (1999). Sağlık Sosyolojisi, Sosyoloji Derneği Yay., Ankara.
- Kızılçelik, Sezgin (1992). Sosyoloji Teorileri-1, Mimoza Yay., Konya.
- Kızılçelik, Sezgin (1996). Türkiye'nin Sağlık Sistemi, Saray Kitabevi, İzmir.
- Kovel, Joel (2000). Arzu Çağı, (Çev.: Abdullah Yılmaz), Ayrıntı Yay., İstanbul.
- Köknel, Özcan (1982). Kişilik, Altın Kitaplar Yay., İstanbul.
- Köknel, Özcan (1989). Psikiyatri, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- Köknel, Özcan (1989a). Depresyon, Altın Kitaplar Yay., İstanbul.
- Köknel, Özcan (1995). Psikiyatri Birliği Derneği'nin Rolü ve Yeri, *Duygudurum Dizisi Dergisi*, C: 3, S: Ek-3, sh: 5-6.
- Köknel, Özcan (2000). "Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi", *Duygudurum Dizisi Dergisi*, S: 1, sh: 5-11.
- Köroğlu, Ertuğrul (1993). "Depresif Durumların Kliniği", Depresyon Monoğrafları Serisi-1, Hekimler Yay., Ankara.
- Kösemihal, N. Şazi (1971). Durkheim Sosyolojisi, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Küçükbayır, Dilek (1999). "İntihar Eğilimlerinin Bilişsel Davranışçı Yaklaşımla Değerlendirilmesi ve Müdahale Teknikleri", *Türk Psikoloji Bülteni*, S: 12, sh: 36-42.
- Küey, Levent (1995). Depresyonun Toplum İçi Görünümü, Depresyon, Karadeniz Ruh Sağlığı Derneği Yay., Trabzon.
- Küey, Levent; Cengiz Güleç (1993). "Depresyon Epidemiyolojisi", Depresyon Monoğrafları Serisi-2, Hekimler Birliği Yay., Ankara.



- Lichtman, Richard (1982). *The Production of Desire: The Integration of Psychoanalysis into Marxist Theory*. New York: Free Press.
- Link, G.Bruce; Lennon, M.Clare; Dorenwend P. Bruce (1993). "Socioeconomic Status and Depression: The Role of Occupations Involving Direction, Control and Planning", *American Journal of Sociology*, Chicago.
- Littauer, Florence (1997). *Depresyonu Yenmek*, (Çev.: Demet Dizman), Sitem Yay., İstanbul.
- Lupton, Deborah (2002). *Duygusal Yaşantı*, (Çev.: Mustafa Cemal), Ayrıntı Yay., İstanbul.
- Mannoni, Pierre (1992). *Korku*, (Çev.: Işın Gürbüz), İletişim Yay., İstanbul.
- Marcuse, Herbert (1986). *Tek Boyutlu İnsan*, (Çev.: Aziz Yardımlı), İdea Yay., İstanbul.
- Marshall, Gordon (1999). *Sosyoloji Sözlüğü*, Bilim ve Sanat Yay., Ankara.
- Marshall, James R.; George W. Dowdall (1982). "Employment and Mental Hospitalization: The Case of Buffalo" *Social Forces*, V: 60, New York.
- Martin, J., Steven Stack (1983). "The Effect of Religiosity on Alination", *Sociological Focus*, V: 16, sh: 65-76.
- McGrath, Joseph E. (1970). *Social and Psychological Factors in Stress*. New York: Holt, Rinehart&Winston.
- Mengüşoğlu, Takiyettin (1992). *Felsefeye Giriş*, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Murphy, H.B.M. (1961). "Social Change and Mental Health", *A Review of Epidemiological Knowledge*. New York: Milbank Memorial Fund.
- Mutlu, Kayhan (1984). Anomie and Normative Reactions to Normlessness, *Journal of Human Sciences*, C: 3, S: 2.
- Navarro, Vicente (1986). *Crisis, Health and Medicine: A Social Critique*. New York: Tavistock.
- Nedleman, Jakob; Skynner, A. C. Robin (1994). *Psikiyatri ve Kutsallık*, (Çev.: Abdullah Hakkı), İnsan Yay., İstanbul.

Newton, Tim; Jocelyn Handy (1997). *Stres Atma Yolları*, (Çev.: Ahmet Timur), Ankara.

Nutku, Özdemir (1995). "Tiyatro ve Psikiyatri", *3 P Dergisi*, C: 3, S:Ek-1, sh:14-20.

Öktem, Ferhunde (1997). "Genç ve Spor", *3 P Dergisi*, C: 5, S: Ek-4, sh: 18-20.

Örnek, Turan (1993). "Depresyonun İlaçla Tedavisi", Depresyon Monografları Serisi-8, Hekimler Birliği Yay., Ankara.

Örsel, Sibel v.d. (1997). "Melankolik ve Melankolik Olmayan Depresyonun Karşılaştırılması-ı: Psikososyal Değişkenler", *Türk Psikiyatri Dergisi*, C: 8, S: 4, sh: 255-259.

Özden, Salih Yaşar v.d. (1997). "Büyücü, Üfürükçü-Cinci ve Astrolog Gibi Hekim Olmayan Kişilerle Ruh Hastalıklarının İlişkilerinin Çeşitli Yönlerden Araştırılması", *Düşünen Adam Dergisi*, C: 10, S: 1, sh: 22-28.

Özen, Sevinç (1993). "Sosyolojide Bir Alan : Sağlık Sosyolojisi ve Sağlık-Toplumsal Yapı İlişkileri" , *Sosyoloji Dergisi*, E.Ü. Edebiyat Fak. Yay., Sayı: 4.

Özgen, Fuat; Hamdullah Aydın (1999). "Travma Sonrası Stres Bozukluğu", *Klinik Psikiyatri Dergisi*, S: 1, sh: 34-41.

Özkalp, Enver (1993). *Sosyolojiye Giriş*, Anadolu Üniversitesi Yay., Eskişehir.

Özmen, Erol v.d. (1997). Temel Sağlık Hizmetlerinde Depresyon: Tanı Sorunları ve Öneriler, *Türk Psikiyatri Dergisi*, C: 8, S: 2, sh: 93-101.

Özmen, Mine (1995). "Yaşlıda Depresyon Dinamikleri", Depresyon, Karadeniz Ruh Sağlığı Yay., Trabzon.

Öztürk, Hüseyin (1972). "Ruh Sağlığı", Sağduyu Yay., İstanbul.

Öztürk, M. Orhan (1996). "Göçle İlgili Kimlik Sorunları ve Psikoterapi İlkeleri", *Türk Psikiyatri Dergisi*, C: 7, S: 3, sh: 185-190.

Öztürk, M.Orhan (1997). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Hekimler Yayın Birliği Yay., Ankara.

Palabıykoğlu, R. v.d. (1993). "İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Depresiflerin Aile İşlevselliği", *Türk Psikiyatri Dergisi*, C: 1, S: 3, sh: 114-123.

Paz, Octavio (1999). *Yalnızlık Dolambacı*, (Çev.: Bozkurt Güvenç), Can Yay., İstanbul.

- Pazarcıklı, Mustafa (1975). 1925'ten 1975'e Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 50.Yıl Albümü, Elazığ.
- Pfeiffer, Wolfgang (1996). "Kültürlerin Karşılaşmasında Psikiyatri", *Türk Psikiyatri Dergisi*, C: 7, S: 4, sh: 249-255.
- Poloma, Margaret M. (1993). Çağdaş Sosyoloji Kuramları, (Çev.; Hayriye Erbaş), Gündoğan Yay., Ankara.
- Rank, Otto (2001). Doğum Travması, (Çev.: Sabir Yücesoy), Metis Yay., İstanbul.
- Rose, Laub Coser (1976). "Suicide and the Relational System", *Journal of Health and Social Behaviour*, V: 17.
- Rosen, David H. (1999). Depresyondan Kurtuluş, Timaş Yay., İstanbul.
- Rosenhan, David C. (1973). "On Being Sane in İnsane Places" Science, V: 179.
- Rubington, E. ; Weinberg , M.S. (1971). "The Study of Social Problems", Oxford University Press, ch: 7., pp: 209.
- Saatçioğlu, Ömer v.d. (1996). "Tutuklularda Depresyon", *Düşünen Adam Dergisi*, C: 9, S: 1, sh: 25-30.
- Sağduyu, Afşin v.d. (2000). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon, *Türk Psikiyatri Dergisi*, C: 11, Sayı: 1, sh: 3-16.
- Sartre, J.Paul (1999). Varoluşçuluk, (Çev.: Asım Bezirci), Say. Yay., İstanbul.
- Sayar, Kemal (1991). Sana Ruhtan Soruyorlar, İz Yay., İstanbul.
- Sayar, Kemal (1995). Hüzün Hastalığı, İz Yay., İstanbul.
- Sayar, Kemal (2000). Psikiyatri ve Kültür, İnsan Yay., İstanbul.
- Sayar, Kemal (2000). Sufi Psikolojisi, İnsan Yay., İstanbul.
- Sayar, Kemal; Birol Çotuk (1998). "Psikiyatri ve Kaos: Doğrusal ve Dengesel Olmayan Dinamik Sistemlerin Psikiyatride Kullanımı", *Türk Psikiyatri Dergisi*, C: 9, S: 3, sh: 213-220.
- Sayar, Kemal; Türkçapar, M.Hakan (1992). Antipsikiyatri, Ağaç Yay., İstanbul.
- Saydam, Bilgin (1995). "Yanlış Koltuktaki Depresyon: Depresif Terapist ve Hastaları", Depresyon, Karadeniz Ruh Sağlığı Yay., Trabzon.

- Saydam, Bilgin ve Diğlerleri (2000). *Kişilik ve Psikoterapi Yazıları*, Alan Yay., İstanbul.
- Sezal, İhsan (1991). "Sosyoloji Yazıları", Ağaç Yay., İstanbul.
- Simmel, George (1996). "Metropol ve Zihinsel Yaşam", (Çev: Bahar Öcal Düzgören) *Cogito Dergisi*, Sayı: 8 , sh: 81-89.
- Soygür, Haldun v.d. (1995). "Tiyatroda Psikoloji", *3 P Dergisi*, C: 3, S: Ek-1, sh: 8-13.
- Srole, Leo; T. S. Langer, S. T. Michael (1975). *Mental Health in Metroplis: The Midtown Manhattan Study*, New York: Harper&Row.
- Stack, Steven (1983). "The Effect of Religious Commitment On Suicide: A Cross National Analysis", *Journal Of Health and Social Behaviour*, V: 24.
- Stack, Steven (1992). "Religiosity, Depression and Suicide", in *Religion and Mental Health* (Ed:John F. Schumaker), Oxford University Press, Oxford.
- Stokes, Martin (1992). *Türkiye'de Arabesk Olayı*, (Çev.:Hale Eryılmaz), İletişim Yay., İstanbul.
- Stora, J. Benjamin (1992). *Stres*, (Çev.: Ayşe Kalın), İletişim Yay., İstanbul.
- Sungur, Celal (1989). "Sosyal Hastalıklar", *Toplum Hekimliği Dergisi*, A.Ü. Tıp Fak. Yay., Ankara .
- Sungur, Mehmet Z. (1993). "Depresyonda Kognitif Terapiler", *Depresyon Monoğrafları Serisi- 10*, Ankara.
- Sungur, Mehmet Z. (1994). "Kognitif Görüş Bağlamında Depresyon ve Antisipasyon", *3 P Dergisi*, C: 2, S: Ek-4.
- Sürmeli, B. Aksın v.d., (1993). *Affektif Durumlar ve Borderline Kişilik Bozukluğu*, *Depresyon Monoğrafları Serisi-2*, Hekimler Birliği Yay., Ankara.
- Şahin, Nesrin (1996). "Akıl Sağlığı İçin Temel Davranış Bilimleri Araştırmaları: Düşünce ve İletişim", *Türk Psikoloji Bülteni*, Cilt: 2, S: 5, sh: 1-11.
- Şahin, Nesrin (1996). "Akıl Sağlığı İçin Temel Davranış Bilimleri Araştırmaları: Düşünce ve İletişim", *Türk Psikoloji Bülteni*, C: 2, S: 5, sh:1-3.
- Şener, Şahnur (1993). "Çocuklarda ve Ergenlerde Depresyon", *Depresyon Monoğrafları Serisi-7*, Hekimler Birliği Yay., Ankara.

- Şener, Şahnur, Selahattin Şenol (1996). "İntihar Girişimi Nedeniyle Başvuran Ergenlerin Değerlendirilmesi ve Kısa Süreli İzlemi", *3 P Dergisi*, C: 4, S: 2, sh: 104-107.
- Teber, Serol (1980). "İşçi Göçü ve Davranış Bozuklukları", Konuk Yay., İstanbul.
- Teber, Serol (2001). Melankoli, (Normal Bir Anomali), Say Yay., İstanbul.
- Tezcan, Mahmut (1993). Sosyolojiye Giriş, A.Ü. Yay., Ankara.
- Tezcan, Mahmut (1994). Boş Zamanların Değerlendirilmesi Sosyolojisi, 4. Baskı, Atilla Kitabevi, Ankara.
- Tezcan, Mahmut (1997). "Türk Kişiliği ve Kültür-Kişilik İlişkileri", Kültür Bakanlığı Yay., Ankara.
- Tolan, Barlas ; İsen , Galip ; BATMAZ , Veysel (1981). Ben ve Toplum, Teori Yay., Ankara.
- Tolan, Barlas (1991). Toplum Bilimlerine Giriş, Adım Yay., Ankara.
- Tolstoy, L.N. (1999). İtiraflarım. (Çev.: Orhan Yetkin), Kaknüs Yay., İstanbul.
- Torrey, E. Fuller (1996). Psikiyatrinin Ölümü (Çev.: Reha Pınar), Öteki Yay., Ankara.
- Torun, Alev (1995). "Tükenmişlik, Aile Yapısı ve Sosyal Destek İlişkileri Üzerine Bir İnceleme", Yayınlanmamış Doktora Tezi, (Marmara Üniv. Sosyal Bilimler Enstitüsü Örgütsel Davranış Anabilim Dalı), İstanbul.
- TTB İzmir Tabip Odası İşçi Sağlığı İş Güvenliği Bürosu (1979). " Telefon Santral Memurlarında Görülen Psikolojik Bozukluklara İlişkin Bir Çalışma", *Toplum ve Hekim Dergisi*, S: 22, sh: 37-49.
- Tuğrul, Ceylan (1999). "Duygusal Zeka", *Klinik Psikiyatri*, S: 1, sh: 12-20.
- Tura, Saffet M. (1989). Freud'dan Lacan'a Psikanaliz, Ayrıntı Yay., İstanbul.
- Turner, R. Jay And Samuel Noh (1983). "Class and Psychological Vulnerability Among Woman: The Significance of Social Support and Personal Control", *Journal of Health and Social Behavior*, V: 24.
- Türkçapar, M.Hakan (1994). "Depresyonun Self Psikolojik Kuramı ve Tedavisi", *3 P Dergisi*, C: 2, S: EK-4, sh: 40-43.
- Türkdoğan, Orhan (1991). "Kültür ve Sağlık Hastalık Sistemi", M.E.B. Yay., Ankara.

- Tüzün, Ümran (1995). "Çocukluk Çağı Depresyonunda Etiyolojik Varsayımlar", Depresyon, Karadeniz Ruh Sağlığı Yay., Trabzon.
- Ülgener, Sabri F. (1981). İktisadi Çözülmenin Ahlak ve Zihniyeti, Der Yayınları, İstanbul.
- Ünal, Mehmet (1993). "Depresyon Tedavisinde Genel Yaklaşım İlkeleri", Depresyon Monografı-10, Hekimler Birliği Yay., Ankara.
- Volkan, Vamık; Adulkadir Çevik (1993). "Depresyonun Psikoanalitik Psikoterapisi", Depresyon Monografı Serisi-10, Hekimler Yayın Birliği Yay., Ankara.
- Who (1996). Equity in Health and Health Care, Genova, sh:22.
- Wirsing, Rolf L. (1985). "The Health of Traditional Societies and Effect Anthropology", Vol: 26, No:3.
- Wurtzel, Elizabeth (1997). Prozac Toplumu, (Çev: Mefkure Bayatlı), İletişim Yay., İstanbul.
- Y.Samancı, Armağan; Gıyasettin Ekici (1998). Aile Terapisi, *Düşünen Adam Dergisi*, C: 11, S: 3, sh: 45-51.
- Yakupoğlu, M. Mukadder (1997). Ahlak ve Şiddet, Göçebe Yay., İstanbul.
- Yalçiner, Betül; Lütfü Hanoğlu (2001). İç Bahçe: Toptaşı'ndan Bakırköy'e Akıl Hastalıkları, Okyanus Yayınları, İstanbul.
- Yalom, Irvin (1996). Divan, (Çev.: Özden Arıkan), Ayrıntı Yay., Ankara.
- Yalom, Irvin (1999). Aşkın Celladı ve Diğer Psikoterapi Öyküleri, (Çev.: Handan Saraç), Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Yaparel, Recep; Murat Yıldız (1998). "Ölüme İlişkin Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Normal Populasyonunda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması", *Türk Psikiyatri Dergisi*, C: 9, S: 3, sh: 198-204.
- Yıldırım, Ergun (1999). Değişen Din Anlayışının Sosyolojisi, Bilge Yay., İstanbul.
- Yıldırım, İbrahim (1996). "Eşi Dayak Atan Evli Bireylerin Özellikleri", *3 P Dergisi*, C: 4, S: 2, sh: 108-115.
- Yüksel, Nevzat (1998). "Dirençli Depresyonların Tedavisi", *Klinik Psikiyatri Dergisi*, S: 2, C: 115-119.



**Z.Sungur, Mehmet (1995). "Antisipasyon Kavramı Bağlamında Depresyonun Kognitif Modeli", Depresyon, Karadeniz Ruh Sağlığı Yay., Trabzon.**

**Zimmerman, Carle (1964). Yeni Sosyoloji Dersleri. (Çev.: Amiran Kurtkan), İstanbul.**



## 9. EKLER

### 9.1. Anket Formu

Bu anket formu, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı'nda yürütülmekte olan doktora tezi için hazırlanmıştır. Depresyon olgusunu anlamaya yönelik olan bu çalışmanın bilimsel niteliği, anket sorularına vereceğiniz doğru ve içten cevaplara bağlı olduğundan, lütfen, sizin için en uygun seçeneği işaretleyiniz. Anket formu isim, soy isim gibi kişisel bilgileri içermemektedir. Ayrıca, anket sorularına vereceğiniz cevaplar, kişisel gizlilik ilkesi ve bilim ahlakı gözetilerek sadece ve sadece depresyonun daha iyi anlaşılıp tedavisine katkı sağlamak amacıyla değerlendirilecektir. Ankette sizin durumunuzu ilgilendirmeyen soruları boş bırakınız. Bazı sorulardaki seçenekler, size uygun değilse, "Diğer(Belirtiniz.....)" biçimindeki seçeneğe kendi yanıtınızı yazınız. Cevabınız için boş bırakılan kısım yetmezse, anket formundaki boş yerleri kullanabilirsiniz. Soruları, ilgili seçeneklerin yanındaki parantez içine x işareti koyarak cevaplandırınız. Örnek: (x)

Bu anketin amacına ulaşmasında, sabırla yapacağınız değerli yardımlarınız için şimdiden TEŞEKKÜR ederiz.

Prof.Dr. Halil NARMAN  
Araştırma Yöneticisi

M.Ruhat YAŞAR  
Hazırlayan

### SORULAR

#### 1. Cinsiyetiniz ?

1.( ) Erkek

2.( ) Kadın

#### 2. Yaşınız ?

1.( ) 14 ve aşağısı

6.( ) 35 - 39

2.( ) 15 - 19

7.( ) 40 - 44

3.( ) 20 - 24

8.( ) 45 - 49

4.( ) 25 - 29

9.( ) 50 - 54

5.( ) 30 - 34

10.( ) 55 ve üstü

#### 3. Öğrenim durumunuz nedir ?

1.( ) Okur yazar değil

5.( ) Okur yazar ama okul mezunu değil

2.( ) İlkokul mezunu

6.( ) Lise veya dengi meslek okul mezunu

3.( ) Ortaokul mezunu

7.( ) Üniversite/ Yüksekokul mezunu

4.( ) Okuldan terk

8.( ) Lisans üstü mezunu

#### 4. Eğitiminizi devam ettiremediyseniz, bunun sebebi nedir ?

1.( ) Ekonomik zorluklar.

5.( ) Başarılı olamadım.

2.( ) Ailem göndermedi.

6.( ) Siyasi nedenler.

3.( ) Aile huzursuzluğu

7.( ) Okumayı sıkıcı buldum.

4.( ) Evlilik yaptım

8.( ) Diğer(Belirtiniz.....)

## 5. Medeni durumunuz nedir?

- |                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| 1.( ) Bekar     | 5.( ) Nişanlı / sözlü |
| 2.( ) Evli      | 6.( ) Çok eşli        |
| 3.( ) Boşanmış  | 7.( ) Evli ama ayrı   |
| 4.( ) Eşi ölmüş | 8.( ) İkinci evliliği |

## 6. Kaç yaşında evlendiniz ?

- |             |                      |
|-------------|----------------------|
| 1.( ) 15-19 | 5.( ) 35 - 39        |
| 2.( ) 20-24 | 6.( ) 40 - 44        |
| 3.( ) 25-29 | 7.( ) 45 - 49        |
| 4.( ) 30-34 | 8.( ) 50 ve yukarısı |

## 7. Evlenme biçiminiz, aşağıdakilerden hangisine uymaktadır ?

- |                                 |                               |
|---------------------------------|-------------------------------|
| 1.( ) Görücü usulüyle evlendik. | 3.( ) Anlaşarak evlendik.     |
| 2.( ) Kaçarak evlendik.         | 4.( ) Başka (Belirtiniz.....) |

## 8. Kaç çocuğunuz vardır?

- |                   |                           |
|-------------------|---------------------------|
| 1.( ) Çocuğum yok | 5.( ) 4 çocuk             |
| 2.( ) 1 çocuk     | 6.( ) 5 çocuk             |
| 3.( ) 2 çocuk     | 7.( ) 6 çocuk             |
| 4.( ) 3 çocuk     | 8.( ) 7 çocuk ve yukarısı |

## 9. Eşinizin öğrenim durumu nedir ?

- |                            |                                    |
|----------------------------|------------------------------------|
| 1.( ) Okuma yazma bilmiyor | 4.( ) Ortaokul mezunu              |
| 2.( ) Sadece okur-yazar    | 5.( ) Lise veya dengi meslek okulu |
| 3.( ) İlkokul mezunu       | 6.( ) Üniversite / Y.Okul mezunu   |

## 10. Yaşamınızın büyük kısmını daha çok nerede geçirdiniz? İsmiyle yazınız.

- |                  |                        |
|------------------|------------------------|
| 1.( ) Köy.....   | 4.( ) Büyük şehir..... |
| 2.( ) İlçe.....  | 5.( ) Yurtdışı.....    |
| 3.( ) Şehir..... |                        |

## 11. Yine, aynı yerde mi kalıyorsunuz ?

- |            |             |
|------------|-------------|
| 1.( ) Evet | 2.( ) Hayır |
|------------|-------------|

## 12. Şu anda nerede ikamet ediyorsunuz? Mahalle ismiyle beraber belirtiniz

- |                 |                        |
|-----------------|------------------------|
| 1.( ) Köy.....  | 3.( ) Şehir.....       |
| 2.( ) İlçe..... | 4.( ) Büyük şehir..... |

## 13. Kaldığınız yerle ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisine katılıyorsunuz?

- |   |
|---|
| 1.( ) Yeniden doğsam, yine aynı yerde yaşamak isterdim.   |
| 2.( ) Yeniden doğsam, yine aynı yerde yaşamak istemezdim. |
| 3.( ) Kendimi, bu şehre ait hissetmiyorum.                |
| 4.( ) Kendimi, bu şehre ait hissediyorum.                 |

## 14. İkamet yerinizi değiştirdiyse sebepini belirtiniz.

- |                              |                                   |
|------------------------------|-----------------------------------|
| 1.( ) Göç ettik.             | 4.( ) Ev oturmaya müsait değildi. |
| 2.( ) Mahalle uygun değildi. | 5.( ) Komşuyla problem yaşadık.   |
| 3.( ) Ev sahibi çıkardı.     | 6.( ) Diğer ( Belirtiniz.....)    |

## 15. Göç ettiyseniz, göç sebepleriniz nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- |                                 |                                   |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| 1.( ) Terör nedeniyle           | 6.( ) Kan davası nedeniyle        |
| 2.( ) İyi bir iş bulmak için    | 7.( ) Hanedeki birine bağımlı göç |
| 3.( ) Çocuklarının eğitimi için | 8.( ) Daha rahat bir hayat için   |
| 4.( ) Evlilik nedeniyle         | 9.( ) Sürgün nedeniyle            |
| 5.( ) Tayin-atama nedeniyle     | 10.( ) Diğer ( Belirtiniz.....)   |

16. Kimlerle birlikte göç ettiniz?

- |   |                               |
|---|-------------------------------|
| 1.( ) Ailemle                           | 4.( ) Eşim ve çocuklarımla    |
| 2.( ) Sadece kendim                     | 5.( ) Diğer( Belirtiniz.....) |
| 3.( ) Eşim, çocuklarım ve annem/babamla |                               |

17. Göçten sonra karşılaştığınız en önemli problemlerinizi neler oldu?

(Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 1.( ) Hiç sorun olmadı.             | 5.( ) Memleketi, akrabalarımızı özledik. |
| 2.( ) Düzenimiz bozuldu.            | 6.( ) Aile uyumumuz bozuldu              |
| 3.( ) İşsiz kaldık                  | 7.( ) Ekonomik problemlerimiz oldu.      |
| 4.( ) Yalnızlık, yabancılık çektik. |  |

18. Şu andaki işiniz?

- |                       |                                 |
|-----------------------|---------------------------------|
| 1.( ) Memur           | 6.( ) Ev hanımı                 |
| 2.( ) Üst düzey memur | 7.( ) Emekli                    |
| 3.( ) Serbest işçi    | 8.( ) Çiftçi                    |
| 4.( ) Kamu işçisi     | 9.( ) İşsiz                     |
| 5.( ) Esnaf           | 10.( ) Diğer ( Belirtiniz.....) |

19. Aylık ortalama geliriniz ne kadardır?

- |                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| 1.( ) 100 Milyon ve aşağısı | 6.( ) 501 - 600 Milyon   |
| 2.( ) 101 - 200 Milyon      | 7.( ) 601 Milyon ve üstü |
| 3.( ) 201 - 300 Milyon      | 8.( ) Geliri yok         |
| 4.( ) 301 - 400 Milyon      |                          |
| 5.( ) 401 - 500 Milyon      |                          |

20. İşinizle alakalı problemlerinizi nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- 1.( ) Herhangi bir problemim yok.
- 2.( ) Parası yeterli değil.
- 3.( ) İşim nedeniyle evimi çok ihmal ediyorum.
- 4.( ) Sıkıcı olduğundan, işimden zevk alamıyorum.
- 5.( ) İşim, çok yoğun ve yorucu.
- 6.( ) İşimin asıl mesleğim değil.
- 7.( ) Ben de dahil, işteki kişiler arasında problemler var.
- 8.( ) Terfi olanakları az ve itibarı düşük.
- 9.( ) Sosyal güvencesi yetersiz.
- 10.( ) Çalışanlar arasında ayırım yapıyor.
- 11.( ) Vardiyalı çalışma sorunu var.
- 12.( ) Çalışma ortamı, koşulları çok kötü.
- 13.( ) Görevim belirsiz.
- 14.( ) Diğer(Belirtiniz.....)

21. Babanızın mesleğini belirtiniz.

- |                       |                                |
|-----------------------|--------------------------------|
| 1.( ) Memur           | 6.( ) Emekli                   |
| 2.( ) Üst düzey memur | 7.( ) Çiftçi                   |
| 3.( ) Serbest işçi    | 8.( ) İşsiz                    |
| 4.( ) Kamu işçisi     | 9.( ) Diğer ( Belirtiniz.....) |
| 5.( ) Esnaf           |                                |

22. Eşinizin mesleğini belirtiniz.

- |                       |                                 |
|-----------------------|---------------------------------|
| 1.( ) Memur           | 6.( ) Çiftçi                    |
| 2.( ) Üst düzey memur | 7.( ) Emekli                    |
| 3.( ) Serbest işçi    | 8.( ) Ev hanımı                 |
| 4.( ) Kamu işçisi     | 9.( ) İşsiz                     |
| 5.( ) Esnaf           | 10.( ) Diğer ( Belirtiniz.....) |

23. Siz veya aileniz, son birkaç yıl içinde, iş ve ekonomiyle ilgili aşağıda belirtilen hadiselerden hangisini / hangilerini yaşadınız?
- |                                    |                               |
|------------------------------------|-------------------------------|
| 1.( ) Herhangi bir problem olmadı. | 6.( ) İş değişikliği.         |
| 2.( ) Aşırı borçlanma.             | 7.( ) Para sıkıntısı.         |
| 3.( ) Büyük zarar.                 | 8.( ) İflas ettik.            |
| 4.( ) İşlerdeki kötü gidişat.      | 9.( ) Dolandırılma            |
| 5.( ) İşteki görevim değişti.      | 10.( ) Diğer(Belirtiniz.....) |
24. Annenizin öğrenim durumuna uygun düşen seçeneği yazınız.
- |                           |                                  |
|---------------------------|----------------------------------|
| 1.( ) Okur -yazar değil.  | 4.( ) Lise mezunu.               |
| 2.( ) Sadece okur -yazar. | 5.( ) Üniversite/ Y.Okul mezunu. |
| 3.( ) İlk okul mezunu.    | 6.( ) Orta okul mezunu.          |
25. Babanızın öğrenim durumuna uygun düşen seçeneği yazınız.
- |                          |                                  |
|--------------------------|----------------------------------|
| 1.( ) Okur-yazar değil.  | 4.( ) Orta okul mezunu.          |
| 2.( ) Sadece okur-yazar. | 5.( ) Lise mezunu.               |
| 3.( ) İlk okul mezunu.   | 6.( ) Üniversite/ Y.Okul mezunu. |
26. Siz dahil, kaç kardeş olduğunuzu belirtiniz.
- |            |                      |
|------------|----------------------|
| 1.( ) Bir  | 5.( ) Beş            |
| 2.( ) İki  | 6.( ) Altı           |
| 3.( ) Üç   | 7.( ) Yedi ve yukarı |
| 4.( ) Dört | 8.( ) Kardeşim yok   |
27. Şu anda, evinizde, kimlerle birlikte yaşadığınızı belirtiniz.
- 1.( ) Yalnızım.
  - 2.( ) Ben ve çocuğum.
  - 3.( ) Eşim ve çocuklarımla.
  - 4.( ) Annem, babam ve kardeşlerimle.
  - 5.( ) Sadece eşimle.
  - 6.( ) Eşim, çocuklarım ve eşimin ailesiyle.
  - 7.( ) Sadece annem veya babamla.
  - 8.( ) Eşim, çocuklarım, ve anne-babamla.
  - 9.( ) Sadece kardeşlerimle
28. Boş zaman değerlendirmeleri ile ilgili size uygun seçeneği işaretleyiniz.
- 1.( ) Eskiden, hiç boş zamanım yoktu.
  - 2.( ) Eskiden, boş zamanımı daha iyi değerlendirirdim.
  - 3.( ) Boş zamanımı eskiye göre şimdi daha iyi değerlendiriyorum.
  - 4.( ) Boş zamanım olmadığından, istediğim şeyleri yapamıyorum.
  - 5.( ) Boş zamanım var ama yapmak istediğim şeyleri yapamıyorum.
  - 6.( ) Boş zamanım olsa da nasıl değerlendireceğimi, bilemem.
  - 7.( ) Boş zamanım olsa da bunu değerlendirme ortamı, imkanı yok.
  - 8.( ) Diğer (Belirtiniz.....)
29. En fazla, hangi müzik türünü seversiniz? Bir örnekle açıkça belirtiniz.
- |                         |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| 1.( ) Arabesk müziği    | 5.( ) Özgün müzik              |
| 2.( ) Türk halk müziği  | 6.( ) Yabancı müzik            |
| 3.( ) Pop müziği        | 7.( ) Diğer ( Belirtiniz.....) |
| 4.( ) Türk sanat müziği |                                |
30. Daha çok, hangi film veya program türlerini izlersiniz?
- |                             |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 1.( ) Romantik-aşk filmleri | 6.( ) Aksiyon filmleri         |
| 2.( ) Komedi filmleri       | 7.( ) Belgesel filmler         |
| 3.( ) Trajik-acıklı filmler | 8.( ) Eğlence programları      |
| 4.( ) Haber programları     | 9.( ) İzlemiyorum              |
| 5.( ) Korku filmleri        | 10.( ) Diğer( Belirtiniz.....) |

31. Hastaneye gelmeden önce, boş zamanınızı nasıl değerlendirirdiniz?
- |                                      |                              |
|--------------------------------------|------------------------------|
| 1.( ) Televizyon seyredirdim.        | 7.( ) Ev ve el işleriyle     |
| 2.( ) Müzik dinlerdim.               | 8.( ) Tatile çıkardım.       |
| 3.( ) Arkadaşlarla oyun oynardık.    | 9.( ) Kitap okurdum.         |
| 4.( ) Akrabalarımı ziyaret ederdim.  | 10.( ) Arkadaşlarla sohbetle |
| 5.( ) Evcil hayvanımla ilgilenirdim. | 11.( ) Spor yapardım.        |
| 6.( ) Yalnız kalmayı tercih ederdim. | 12.( ) Yürüyüş yapardım.     |
32. Başınızdan geçen üzücü olayları genelde nasıl değerlendirirsiniz ?
- 1.( ) Başımдан geçen üzücü olayları, öncelikle kadere bağlarım.
  - 2.( ) Başımдан geçen üzücü olaylar, öncelikle kendim yüzündendir.
  - 3.( ) Başımдан geçen üzücü olaylar, şanssızlığım yüzündendir.
  - 4.( ) Başımдан geçen üzücü olaylar, günahlarım yüzündendir.
  - 5.( ) Başımдан geçen üzücü olaylar sosyal, ekonomik şartlardandır.
  - 6.( ) Başımдан geçen üzücü olaylar, yakınlarım yüzündendir.
  - 7.( ) Başımдан geçen üzücü olaylar, hayat anlayışım yüzündendir.
  - 8.( ) Başımдан geçen üzücü olaylar, hep başkaları yüzündendir.
33. Duygu ve düşüncelerinizi ifade etmede nasıl davranırsınız?
- 1.( ) Doğru bildiğimi söylemek ya da yapmak uğruna bir dostluğu yitirme tehlikesini, göze alabilirim.
  - 2.( ) Sadece, doğruluğuna inandığım bir şeyi söylemek ya da yapmak uğruna bir dostluğu yitirme tehlikesini, göze alamam.
34. İnsanlarla ilişkilerinizde, aşağıdakilerden hangileri sizin için uygundur?
- 1.( ) Yaptığımın, başkalarınca beğenilmesine önem veririm.
  - 2.( ) Başkalarının ayıplamasından hiç çekinmem.
  - 3.( ) Başkalarının ayıplamasından çok çekinirim.
  - 4.( ) İnsanlar karşı çıksa da kendi fikrimi, sonuna kadar savunurum.
  - 5.( ) Kişinin, başkalarının gözündeki değerini yitirmesi, çok kötüdür.
35. Başkalarıyla ilişkilerinizde aşağıdakilerden hangisi sizin için uygundur?
- 1.( ) Kişi, sorunlarını arkadaşlarına yansıtıp, onları üzmemelidir.
  - 2.( ) Kişi, sorunlarını çözmek için, gerekirse, arkadaşlarını üzmeyi göze almalı.
  - 3.( ) Arkadaşları üzülmessin diye, kişi kendi isteklerinden vazgeçebilmeli.
  - 4.( ) Arkadaşlara ayıp olur diye, kişinin isteklerinden vazgeçmesi doğru değildir.
36. Ailenizde, çocukluk ve gençlik yıllarınızda olumsuz duygular, nasıl ifade edilirdi?
- 1.( ) Konuşarak ve olumlu bir şekilde tartışmak suretiyle ifade edilirdi.
  - 2.( ) Sert tartışmalar, küskünlükler ve karşılıklı suçlamalarla ifade edilirdi.
  - 3.( ) Hakaret ve dayakla ifade edilirdi.
37. Bir insanla aranızda problem çıktığında, nasıl davranmayı uygun görürsünüz?
- 1.( ) İçimden geleni, karşımdaki kişiye söylemek, uygun bir hareket olur.
  - 2.( ) İçimden geleni, karşımdaki kişiye söylemek yerine, sorunu içime atıp unutmamın, yerinde bir hareket olduğuna inanıyorum.
  - 3.( ) Kendimi, karşıdaki insanın yerine koyup, onu anlayarak problemi çözmenin, uygun bir hareket olduğuna inanıyorum.
38. Bir kötülükle karşılaştığınızda, nasıl bir davranışı uygun görürsünüz?
- 1.( ) Kötülüğe, kötülükle karşılık vermek gerekir.
  - 2.( ) Kötülüğe, karşılık vermeyip sabretmek gerekir.
  - 3.( ) Kötülüğün cezasını, Allah'a havale etmek gerekir.
  - 4.( ) Kötülüğe, iyilikle karşılık vermek gerekir.
39. Bir haksızlık veya ters bir durumla karşılaştığınızda nasıl davranırsınız?
- 1.( ) Fazla öfkelenmeden, hukuki yollardan hakkımı ararım.
  - 2.( ) Çok öfkelenirim ama hakkımı aramada çekingen davranırım.
  - 3.( ) Öfkelenirim ama sonuç değişmeyeceğinden, çaresizleşirim.



- 4.() Öfkelensem de, sabrederek bir mucize beklerim.  
 5.() Aldırış etmem, böyle gelmiş böyle gider, derim.  
 6.() Çok öfkelenir ve hukuki olmasa da sonuna kadar giderim.  
 7.() Fazla öfkelenmeden bundan olumlu dersler çıkarırım
40. Aşağıdaki davranışlardan hangileri sizin için daha uygundur?  
 1.() Karşılığımı veremeyeceğim durumlarda bile yardım isterim.  
 2.() Karşılığımı veremeyeceğim durumlarda yardım isteyemem.
41. Aşağıdaki ifadelerden hangisi sizin için uygundur?  
 1.() Kadınlar da erkekler kadar her bakımdan serbest olmalıdır.  
 2.() Kadınlar, her bakımdan, erkekler kadar serbest olmamalıdır.
42. Geçmişle ilgili aşağıdaki ifadelerden hangileri sizin için doğrudur?  
 1.() İstedğim gibi bir hayat yaşadım.  
 2.() İstedğim gibi bir hayat yaşayamadım, geçmişte yaşadıklarım üzültüyor.  
 3.() İstedğim gibi bir hayat yaşayamadım geçmişte yaşadıklarım pişmanlık hissediyorum.
43. İsteklerinize, hedeflerinize ne kadar ulaştınız  
 1.() İsteklerimin, hedeflerimin hepsine ulaştım.  
 2.() İsteklerimin, hedeflerimin çoğuna ulaştım  
 3.() İsteklerimin, hedeflerimin çoğuna ulaşamadım.  
 4.() Hiçbir isteğime, hedefime ulaşamadım.
44. İsteklerinize ulaşamadıysanız, sizce bunun sorumlusu kimdir?  
 1.() Kendim  
 2.() Kaderim  
 3.() Maddi imkansızlıklar  
 4.() Yaşadığımız bu bozuk düzen  
 5.() Eşim  
 6.() Ailem ve yakınlarım  
 7.() Eşimin ailesi  
 8.() Arkadaş çevrem
45. Aşağıdakiler içinde en fazla hangisiyle ilgili bir hayal kırıklığı yaşadınız?  
 1.() Hayal kırıklığım olmadı  
 2.() Anlamlı bir hayat  
 3.() İyi bir meslek, iş  
 4.() Zengin olmak  
 5.() Onurlu bir yaşam  
 6.() Huzurlu bir aile  
 7.() Geçimimi sağlamak  
 8.() Sevdiğime ulaşmak  
 9.() Diğer(Belirtiniz.....)
46. Gelecekle ilgili aşağıdaki ifadelerden hangileri sizin için uygundur?  
 1.() Gelecek, benim için ümit dolu görünüyor ve gelecekte endişem yok.  
 2.() Gelecek, benim için ümit dolu ama endişelerim de var.  
 3.() Gelecekte ümitsizim ve gelecekte endişe duyuyorum.  
 4.() Gelecekte oldukça endişe duyuyorum.
47. Sizce hayatın anlamı, amacı nedir?  
 1.() Hayatın bir amacı yoktur.  
 2.() Hayat bize tanınmış bir fırsattır.  
 3.() Hayata bir anlam veremiyorum, her şeyi anlamsız buluyorum  
 4.() Çoğu zaman hayat benim için bir yük ve hayal kırıklığından ibarettir.  
 5.() Hayatın bir anlamı olup olmadığını bilmiyorum.
48. Kendinizle ilgili aşağıdaki düşünce ve duygulardan hangisine sahip olduğunuzu belirtiniz. (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)  
 1.() Kendimi, değersiz hissediyorum.  
 2.() Kendimi, boş ve gayesiz hissediyorum.  
 3.() Kendimi, fiziki görünümümü beğenmiyorum.  
 4.() Kendimi, beceriksiz, suçlu hissediyorum.  
 5.() Kendimi, yalnız ve yabancı hissediyorum.  
 6.() Kendimden nefret ediyorum.

49. Çevrenizin, kişiliğinizle ilgili değerlendirmesi aşağıdakilerden hangisidir?

- |                            |                               |
|----------------------------|-------------------------------|
| 1.( ) İçe kapanık, utangaç | 9.( ) Kaygılı                 |
| 2.( ) Sabırlı, sakin       | 10.( ) Titiz                  |
| 3.( ) İyimser, hoşgörülü   | 11.( ) Ağırbaşlı              |
| 5.( ) Sinirli, öfkeli      | 12.( ) Sabırsız               |
| 6.( ) Alıngan              | 13.( ) Neşeli, şakacı         |
| 7.( ) Kötümser             | 14.( ) Diğer(Belirtiniz.....) |
| 8.( ) Fedakar              |                               |

50. Nasıl biri olmak isterdiniz?

- |                |                               |
|----------------|-------------------------------|
| 1.( ) Kaygısız | 6.( ) Bencil                  |
| 2.( ) Kararlı  | 7.( ) Şakacı                  |
| 3.( ) Sabırlı  | 8.( ) Sert, katı              |
| 4.( ) Neşeli   | 9.( ) Sakin                   |
| 5.( ) İyimser  | 10.( ) Diğer(Belirtiniz.....) |

51. "Güven duymak" ile ilgili, aşağıdaki ifadelerden hangisine katılıyorsunuz?

- 1.( ) İnsanların çoğuna güvenirim.
- 2.( ) İnsanların çoğuna güvenmem.
- 3.( ) İnsanların hiçbirine güvenmem.

52. Son birkaç yıl içinde, çevrenizdeki arkadaşlık ilişkileri nasıldır?

- 1.( ) Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım vardır.
- 2.( ) Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım yoktur.
- 3.( ) Arkadaşlık ilişkilerim olumsuz yönde değişti.

53. Son zamanlarda, ailenizde, aşağıdaki olaylardan hangisi/ hangileri yaşandı?

- |                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| 1.( ) Ayrılık (Gurbet) | 5.( ) Ölüm               |
| 2.( ) Boşanma          | 6.( ) Mahkumiyet         |
| 3.( ) Evlilik          | 7.( ) Askerlik           |
| 4.( ) Emeklilik        | 8.( ) Ciddi bir hastalık |

54. Gurbette olan bir aile yakınınız varsa , bunun kim olduğunu ve nedenini belirtiniz.

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| 1.( ) Kardeşim çalışmak için | 5.( ) Çocuğum çalışmak için. |
| 2.( ) Eşim askerlik için.    | 6.( ) Çocuğum okumak için.   |
| 3.( ) Eşim kaçtığı için.     | 7.( ) Çocuğum askerlik için. |
| 4.( ) Çocuğum ilk eşimde     | 8.( ) Çocuğum kaçtığı için.  |

55. Ailenizde sizi de ilgilendiren önemli kararları kim / kimler verir?

- |                      |                           |
|----------------------|---------------------------|
| 1.( ) Annem          | 5.( ) Eşim                |
| 2.( ) Babam          | 6.( ) Eşim ve ben         |
| 3.( ) Annem ve babam | 7.( ) Eşimin ailesi       |
| 4.( ) Kendim         | 8.( ) Ailece karar alınır |

56. Daha önceleri ve hastane öncesinde, ailenizde kimlerle geçinemediniz?

- |                                     |                                       |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 1.( ) Annemle iyi geçinemedim.      | 4.( ) Kardeşimle iyi geçinemedim.     |
| 2.( ) Babam ile iyi geçinemedim.    | 5.( ) Ninem veya dedemle geçinemedim. |
| 3.( ) İkişiyile de iyi geçinemedim. | 6.( ) Diğer( Belirtiniz.....)         |

57. Anne - baba tutumları ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi veya hangileri sizin için uygundur? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- 1.( ) Bir güçlükle karşılaştığımda yardım eder, ama kararı bana bırakırlardı.
- 2.( ) Ailem, bana aşırı bir ilgi ve itina gösterirdi.
- 3.( ) Üzüntülü anlarımda, bana pek ilgi göstermemişlerdir.
- 4.( ) Hakkımdaki kararları çoğu kez, kendileri verirlerdi.
- 5.( ) İstemediğim kararlara itaat ettirdikleri çok olurdu.
- 6.( ) Annem veya babam, tutarsız bir disiplin uygularlardı.
- 7.( ) Nerede olduğumu, ne yaptığımı merak eder görünmemişlerdir.

- 8.( ) Babamın beni hor görüp, utandırdığı çok olmuştur.  
 9.( ) Ailemlerimin davranışlarını emsal göstererek beni küçümsediği çok olmuştur.  
 10.( ) Ailem, öyle katı ve otoriterdi ki beni dövdükleri çok olmuştur.  
 11.( ) Diğer(Belirtiniz.....)

58. Yetiştirdiğiniz, büyüdüğünüz aile ortamını nasıl tanımlarsınız?

- 1.( ) Rahat, huzurlu ve kavgasız bir aile ortamımız vardı.  
 2.( ) Ailemizde, hiç tartışma olmazdı.  
 3.( ) Başka ailelere göre, ailemizde sevgi ve hoşgörü pek azdır.  
 4.( ) Ailemde sık sık kavgalar, dayaklar olurdu.  
 5.( ) Ailemde kardeşler veya kız-erkek arasında ayrım yapılırdı.  
 6.( ) Aile içi ilişkilerimiz, oldukça zayıf ve soğuktu.  
 7.( ) Ailemde ara sıra tartışma olurdu.  
 8.( ) Ailemde, alkol nedeniyle sorunlar yaşadık.  
 9.( ) Sorunlar nedeniyle bazen, evi bile terk etmek istemişimdir.  
 10.( ) Diğer(Belirtiniz.....)

59. Ailenizde alkol kullanılıyorsa, kimin kullandığını belirtiniz.

- 1.( ) Kendim  
 2.( ) Babam  
 3.( ) Kardeşim  
 4.( ) Eşim  
 5.( ) Çocuğum  
 6.( ) Diğer(.....)

60. Alkol kullanan bu kişinin ne kadar sıklıkla alkol aldığını belirtiniz?

- 1.( ) Her akşam  
 2.( ) Haftada bir  
 3.( ) Haftada birkaç defa  
 4.( ) Ayda bir  
 5.( ) Ayda birkaç kez  
 6.( ) Yılda bir  
 7.( ) Yılda birkaç kez  
 8.( ) Diğer(Belirtiniz.....)

61. Ev hanımıysanız, evle ilgili aşağıdaki problemlerden hangisine sahipsiniz?

- 1.( ) Evle ilgili herhangi bir problemim yok.  
 2.( ) Evde, yalnız olmamdan dolayı daralıyorum.  
 3.( ) Dışarıda çalıştığım için, ev ile işimi beraber yürütmek zor geliyor.  
 4.( ) Evde, aynı şeyleri yapıp durmaktan sıkılıyorum.  
 5.( ) Çocuklarımla yeterince ilgilenmediğimi düşünerek üzülüyorum.  
 6.( ) Dışarıda çalışmadığımdan, kendimi değersiz hissediyorum.  
 7.( ) Evde yapabileceğimden fazlasının beklenmesi beni rahatsız ediyor.  
 8.( ) Diğer(Belirtiniz.....)

62. Eşinizle ne kadar sıklıkla tartışıyordunuz?

- 1.( ) Hiç tartışmayız  
 2.( ) Çok az  
 3.( ) Ara sıra  
 4.( ) Sürekli

63. Eşinizle tartışıyordusanız, bu daha çok hangi nedenlerle olmaktadır ?

(Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- 1.( ) Evine ilgisizliği nedeniyle.  
 2.( ) Eşimin ailesi nedeniyle.  
 3.( ) Ekonomik sebeplerle.  
 4.( ) Sevgisizlik, geçimsizlik  
 5.( ) Eşimin beni aldatması  
 6.( ) Eşimin kötü alışkanlıkları  
 7.( ) Cinsel nedenlerle.  
 8.( ) Diğer( Belirtiniz.....)

64. Evlilikle ilgili aşağıdaki problemlerden sizinle ilgili olanlarını işaretleyiniz.

(Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- 1.( ) Herhangi bir problemimiz yoktu.  
 2.( ) Sorunlarımızı eşimle rahatlıkla konuşamıyordum.  
 3.( ) Eşimin kötü alışkanlıkları vardı.  
 4.( ) Eşim, evini ihmal ediyordu.  
 5.( ) Eşim, bana karşı acımasız ve sert davranıyordu.  
 6.( ) İkimiz, birbirimize denk değildik.  
 7.( ) Eşimin ailesi nedeniyle sorun yaşıyorduk.  
 8.( ) Eşimin evden uzakta çalışması, sorun yaratıyordu.  
 9.( ) Eşim, bana karşı ilgisiz davranıyordu.

65. Kadınlarla ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisine katılıyorsunuz?
- 1.( ) Erkek, gerektiğinde eşini dövebilir.
  - 2.( ) Erkek, hiçbir şekilde eşini dövmemeli.
  - 3.( ) Bir kadının, gelin gittiği evden ancak tabutu çıkar.
  - 4.( ) Bir kadın, hiçbir şekilde çile çekmemelidir.
66. Rahatsızlanmadan önce, depresyon, depresyon tedavisi ve psikiyatri hakkında herhangi bir yayın okudunuz mu?
- 1.( ) Depresyon ve tedavisi hakkında bir şeyler okudum.
  - 2.( ) Depresyon ve tedavisi hakkında bir şey okumadım.
  - 3.( ) Psikiyatri hakkında, bir şeyler okudum.
  - 4.( ) Psikiyatri hakkında, bir şey okumadım.
  - 5.( ) Tedavisi değil de sadece, depresyon hakkında bir şeyler okudum.
- 67."Allah, sevdiği insanları sıkıntılarla karşılaştırarak onları dener ve buna sabredenleri mükafatlandırır. " fikrine katılıyor musunuz?
- 1.( ) Evet
  - 2.( ) Hayır
68. Çok sıkıldığınız zamanlarda, genelde, sıkıntınızı aşmak için neler yaparsınız?
- 1.( ) Sıkıldığımda alkol alırım.
  - 2.( ) Allah'ın takdiri buymuş der, dua edip, sabrederim.
  - 3.( ) Bir hocaya gidip, dua okuturum.
  - 4.( ) Çözüm için, bir sağlık uzmanına başvururum.
  - 5.( ) Huzursuzlaşır, ağlar ve uyurum.
  - 6.( ) Saldırganlaşır ve kavgaya hazır hale gelirim.
  - 7.( ) Dostlarımla, yakınlarımla konuşurum, içimi dökerim.
  - 8.( ) El işi ile uğraşırım.
  - 9.( ) Dışarı çıkıp dolaşırım.
  - 10.( ) Diğer ( Belirtiniz.....)
69. Rahatsızlığınızla ilgili olarak aşağıdakilerden hangisine katılıyorsunuz?
- 1.( ) Rahatsız olduğumu sanmıyorum.
  - 2.( ) Rahatsızlığımın depresyon olduğunu sanmıyorum.
  - 3.( ) Depresyon geçirdiğimin farkındayım.
70. Bu rahatsızlıktan ötürü, ne kadar zamandır ilaç kullanıyorsunuz?
- 1.( ) 1 - 14 gün
  - 2.( ) 15 - 29 gün
  - 3.( ) 1 - 5 ay
  - 4.( ) 6 - 11 ay
  - 5.( ) 1 - 3 yıl
  - 6.( ) 4 - 7 yıl
  - 7.( ) 7 yıl ve üstü
71. İlk olarak, rahatsızlığınızın depresyon olduğunu nasıl öğrendiniz?
- 1.( ) Başka bir doktor, buraya sevk ettikten sonra anladım.
  - 2.( ) Ağrılarım nedeniyle gittiğim doktor söyledi.
  - 3.( ) Önce, psikiyatriste gittim , O söyledi.
  - 4.( ) Arkadaşlarım farkettiler.
  - 5.( ) Kendim anladım.
  - 6.( ) Ailem farkettiler.
  - 7.( ) Diğer(Belirtiniz.....)
72. Rahatsızlığınızın ilk belirtileri ortaya çıktığında, çözüm için neler yaptınız?
- 1.( ) Psikiyatriste başvurdum.
  - 2.( ) Psikiyatrist olmayan bir doktora gittim.
  - 3.( ) Hastalık olarak değerlendirmedimden pek önemsemedim.
  - 4.( ) Bir hocaya gidip dua okuttum / muska yaptırıldı.
  - 5.( ) Allah'ın takdiri buymuş deyip, sabrettim.
  - 6.( ) Hastaneye gitmeden önce, sorunlarımı bir dostumla paylaştım.
  - 7.( ) Sorunlarımı ailemle paylaştım.
  - 8.( ) Alkole başladım.

- 9.( ) Hiçbir şey yapmadım çaresizleşip bekledim.
- 10.( ) Diğer(Belirtiniz.....)
73. Bu rahatsızlığınızdan ötürü, bir hocaya gittiyseniz, ne tür bir faydası oldu?
- 1.( ) Hiçbir faydasını görmedim. 4.( ) Biraz faydası oldu.
- 2.( ) Geçici olarak rahatladım. 5.( ) Diğer(Belirtiniz.....)
- 3.( ) Manevi olarak çok rahatladım.
74. Aileniz rahatsızlığınızı öğrendiğinde bununla ilgili olarak neler yaptı?  
(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)
- 1.( ) Hastaneye gitmemi önerdiler.
- 2.( ) Başkalarından saklama gereği duyular.
- 3.( ) Hastaneye gitmeme gerek olmadığını, durumumun hastalık olmadığını söylediler.
- 4.( ) Hastanenin yanı sıra, hocaya gitmemi de önerdiler.
- 5.( ) Bir hocaya gitmemi önerdiler.
- 6.( ) Hasta olmadığımı, numara yaptığımı söylediler.
- 7.( ) Diğer(Belirtiniz.....)
75. Yakınlarınıza göre, sizi bu rahatsızlığa düşüren sebepler nelerdir?  
(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)
- 1.( ) Özel birini sorumlu tutuyorlar(Belirtiniz.....)
- 2.( ) Her şeye kafamı çok taktığımı söylüyorlar.
- 3.( ) Çevremle kurduğum yanlış ilişkilere bağlıyorlar.
- 4.( ) Büyü yapıldığını, nazar değiştiğini söylüyorlar.
- 5.( ) Cin veya peri çarptığımı söylüyorlar.
- 6.( ) Kendilerini sebep olarak görüyorlar.
- 7.( ) Maddi sıkıntıya bağlıyorlar.
- 8.( ) Herhangi bir sebep bulamıyorlar.
- 9.( ) Diğer(Belirtiniz.....)
76. Sizce, bir insan, depresyona daha çok, neden dolayı girer?
- 1.( ) Hayat, boş ve anlamsız olduğu için.
- 2.( ) Hayata anlam veremediği için.
- 3.( ) İnançlarını kaybettiğinden ve günahlından dolayı.
- 4.( ) Hayatındaki çelişkiler nedeniyle.
77. Hastaneye gelmeden önce, bu rahatsızlıkla ilgili olarak hastane tedavisi hakkında aşağıdaki düşünce ve endişelerden hangilerine sahiptiniz?
- 1.( ) Herhangi bir endişem yoktu.
- 2.( ) Hastane tedavisi ile ilgili bir rahatsızlığım olmadığını düşündüm.
- 3.( ) İnsanlar, bu rahatsızlığı ve hastane tedavisini yanlış anlarlar, diye tedaviye ilk başta tereddütle baktım.
- 4.( ) Hastanenin, bu konuda bir şey yapamayacağını düşündüm.
- 5.( ) Ailemin bu tedaviyi istememesi, beni etkiliyordu.
- 6.( ) Ailemin durumumu abartmasından, tedaviyi direktmesinden rahatsız oldum.
- 7.( ) Endişelendiğimden, rahatsızlığımı ve tedaviyi saklamayı düşündüm.
- 8.( ) Tedavinin, işlerimi aksatacağını düşündüm.
- 9.( ) Diğer(Belirtiniz.....)
78. Genel anlamda, depresyona girmenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
- 1.( ) Hayata yeni bir bakış için değerlendirilebilecek bir fırsat.
- 2.( ) Günahlarımın, ettiklerimin bedeli.
- 3.( ) Çarkı bozulmuş bir toplumun bendeki etkisi.
- 4.( ) Hayatın, boş ve anlamsız olduğunun habercisi.
- 5.( ) İstedğim yaşam tarzının, toplum değerleriyle çatışması.
- 6.( ) Üzüntü ve kederlerimin toplamı.
- 7.( ) Nasıl değerlendireceğimi bilmiyorum.
- 8.( ) Diğer(Belirtiniz.....)

79. Depresyonla birlikte, aşağıda belirtilen davranış değişikliklerinden hangilerini yaşadınız?

- 1.( ) Yakın ilişkilerimde soğumalar oldu.
- 2.( ) Yakın ilişkilerimde kopmalar oldu.
- 3.( ) Neyin doğru, neyin yanlış olduğuna karar veremez oldum.
- 4.( ) Birçok alışkanlığında değişmeler oldu. (Belirtiniz.....)
- 5.( ) Herhangi bir değişme olmadı.

80. Depresyona giriş nedeniniz, sizce, aşağıdakilerden hangileridir?

- 1.( ) Sevdiğim kişiden ayrılmam.
- 2.( ) Yakınımı kaybetmem.
- 3.( ) Aile huzursuzluğu.
- 4.( ) Maddi sıkıntılar.
- 5.( ) Haksızlığa uğramam.
- 6.( ) Kader
- 7.( ) Maddi sıkıntı ve aile huzursuzluğu birlikte
- 8.( ) Diğer ( Belirtiniz.....)

81. Hastaneyi ve şartlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1.( ) Hastane ve personelden yeterince memnunum.
- 2.( ) Personelin, yeterince ilgilendiğini söyleyemem.
- 3.( ) Hastane şartları ve personel yeterli değil.
- 4.( ) Tedavinin, istediğim sonucu vereceğinden emin değilim.
- 5.( ) Bir din adamının eksikliğini hissediyorum.
- 6.( ) Hastanede, ibadet fırsatım yok.
- 7.( ) Allah, kimseyi düşürmesin.
- 8.( ) Beni anlamıyorlar.
- 9.( ) Diğer(Belirtiniz.....)

82. Rahatsızlığınızın sebebi olarak en çok kimi/neyi görüyorsunuz?

- |                         |                               |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1.( ) Kendimi           | 6.( ) Eşimi                   |
| 2.( ) Annemi            | 7.( ) Eşimin ailesini         |
| 3.( ) Babamı            | 8.( ) Kaderimi                |
| 4.( ) Devleti ve düzeni | 9.( ) İnanç kaybımı           |
| 5.( ) Toplumu           | 10.( ) Diğer(Belirtiniz.....) |

83. Neden? (Belirtiniz.....)

84. "İlerleme" ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisine katılıyorsunuz?

- 1.( ) Eski adet ve örfleriyle bağlarını koparan bir millet ilerlemeyiz.
- 2.( ) İlerlememiz için eski adet, alışkanlık ve örfleri bırakmamız gerekir.

85. Aşağıdaki toplum ve yönetimle ilgili ifadelerden hangisine katılıyorsunuz?

- 1.( ) Ülkemizin, iyi bir şekilde yönetileceğinden ümitliyim.
- 2.( ) Ülkemizin, iyi bir şekilde yönetileceğinden ümitsizim.
- 3.( ) Ülkeyi yöneten idarecilere güveniyorum.
- 4.( ) Ülkeyi yöneten idarecilere güvenmiyorum.
- 5.( ) Ülke ve toplum sorunlarıyla pek ilgilenmem.

86. Hastalanmadan ve tedaviden önce, inançla ilgili olarak aşağıdaki seçeneklerden, sizin için uygun olanını işaretleyiniz.

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| 1.( ) Bir inancım yoktu.           | 6.( ) Beş vakit namaz kılardım.         |
| 2.( ) Sadece inanırdım.            | 7.( ) Ara sıra namaz kılardım.          |
| 3.( ) Sadece Kur'an okurdum.       | 8.( ) Bütün dini vecibeleri yapardım.   |
| 4.( ) Sadece cuma namazı kılardım. | 9.( ) Sadece düşkünlere yardım ederdim. |
| 5.( ) Sadece oruç tutardım.        | 10.( ) Diğer(Belirtiniz.....)           |



87. Bu hastalıkla birlikte, dini inanç ve davranışlarınızda, ne tür değişimler oldu?

- |  |                              |
|--|------------------------------|
| 1.( ) İnançım önce azaldı sonra arttı. | 5.( ) Bir değişim olmadı.    |
| 2.( ) İbadet etmeye başladım.          | 6.( ) İnançım zayıfladı.     |
| 3.( ) İbadet etmeyi terk ettim.        | 7.( ) Diğer(Belirtiniz.....) |
| 4.( ) Batıl inançlarımı terk ettim.    |                              |

88. Dini bilgilerinizi nasıl öğrendiniz?

- 1.( ) Aile, akraba çevremden edindim.
- 2.( ) Dini kaynaklardan edindim. (Kur'an ve hadis kitaplarından)
- 3.( ) Dini, ilmi çalışmalardan edindim.

89. Kendinizi, aşağıdaki sınıflardan hangisine yerleştirirsiniz?

- |                              |               |
|------------------------------|---------------|
| 1.( ) Liberal demokrat       | 4.( ) Dindar  |
| 2.( ) Sosyal demokrat        | 5.( ) Hiçbiri |
| 3.( ) Muhafazakar-milliyetçi |               |

90. Ailenizi, aşağıdaki sınıflardan hangisine yerleştirirsiniz?

- |                                       |                              |
|---------------------------------------|------------------------------|
| 1.( ) Ailemde farklı fikirler vardır. | 4.( ) Dindar                 |
| 2.( ) Liberal demokrat                | 5.( ) Muhafazakar-milliyetçi |
| 3.( ) Sosyal demokrat                 | 6.( ) Diğer(Belirtiniz.....) |

91. Hastalıktan önce ölümü ne kadar sıklıkla düşünürdünüz?

- |                               |                                  |
|-------------------------------|----------------------------------|
| 1.( ) Ölümü hiç düşünmezdim.  | 3.( ) Ölümü ara sıra düşünürdüm. |
| 2.( ) Ölümü çok az düşünürdüm | 4.( ) Ölümü sürekli düşünürdüm.  |

92. Ölüm hakkında ne tür şeyler düşünürsünüz?

- 1.( ) Ölümü düşündüğümde, yaşama sevincimi kaybederim.
- 2.( ) Ölümü düşündüğümde, içimi sıkıntı kaplar, üzülürüm.
- 3.( ) Ölümü düşündüğümde, içimi bir boşluk kaplar.
- 4.( ) Ölümü hayal ettiğimde, içimi korku kaplar.
- 5.( ) Sevdiklerimin ölümünü düşünmekten çok korkarım.
- 6.( ) Ölümü bu hayattan kurtuluş olarak görüyorum.
- 7.( ) Ölüm dayanılmaz bir yalnızlığı ifade eder.
- 8.( ) Ölüm sonrası düşünürüm.
- 9.( ) Ölüm hayatın anlamlılığını yok eder.
- 10.( ) Ölüm sonrası bir hayat olduğuna inanmıyorum.

93. Hayata son verme ile ilgili aşağıdaki seçenekleri değerlendiriniz.

- 1.( ) İntihar düşüncesine hiç sahip olmadım.
- 2.( ) İntihar düşüncelerim oldu.
- 3.( ) İntiharı değil de ölmüş olmayı istediğim oldu.
- 4.( ) İntihar planı yaptım ama böyle bir girişimim olmadı.
- 5.( ) İntihar girişimim oldu.

94. İntihar düşüncesinden sizi en fazla alıkoyan şey nedir?

- |                                    |                                |
|------------------------------------|--------------------------------|
| 1.( ) İyileşeceğim düşüncesi.      | 5.( ) Ölümden korkmam.         |
| 2.( ) Günah olur düşüncesi.        | 6.( ) Yaşamdan tümitsiz olmam. |
| 3.( ) Yakınlarım üzülür düşüncesi. | 7.( ) Hiçbir şey               |
| 4.( ) Cesaret edememem             |                                |

95. Çocukluk ve okul yıllarınızda ve genel olarak geçmişinizde, sizi en fazla sarsan olayları belirtiniz. (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- |                                   |                                 |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| 1.( ) Geçim sıkıntısı             | 6.( ) Bir rahatsızlık geçirdim. |
| 2.( ) Ailemden ayrı kaldım.       | 7.( ) Üzücü bir aşk yaşadım.    |
| 3.( ) Ailemdeki huzursuzluklar.   | 8.( ) Sıkıntılı bir askerlik.   |
| 4.( ) Bir yakınımı kaybettim.     | 9.( ) Bir mahkumiyet olayı.     |
| 5.( ) Okulda çok problem yaşadım. | 10.( ) Diğer(Belirtiniz.....)   |

96. Geçmişinizde, ailenizden ayrı kaldıysanız, kimin yanında kaldınız?

- |                        |                              |
|------------------------|------------------------------|
| 1.( ) Dayımın yanında  | 5.( ) Dedemin yanında        |
| 2.( ) Amcamın yanında  | 6.( ) Ninemin yanında        |
| 3.( ) Teyzemin yanında | 7.( ) Yalnız                 |
| 4.( ) Halamın yanında  | 8.( ) Diğer(Belirtiniz.....) |

97. Son birkaç yıl içinde ailenizde, mahkumiyet olayı yaşandıysa, kimin mahkumiyet olayı yaşadığını belirtiniz?

- |               |                              |
|---------------|------------------------------|
| 1.( ) Kendim  | 5.( ) Annem                  |
| 2.( ) Eşim    | 6.( ) Kardeşim               |
| 3.( ) Çocuğum | 7.( ) Diğer(Belirtiniz.....) |
| 4.( ) Babam   |                              |

98. Son zamanlarda, sizi üzen en önemli sorun veya olay/olaylar hangisi/ hangileridir?  
(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- |                              |                                  |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1.( ) İşsizlik               | 6.( ) Bir yakınımın rahatsızlığı |
| 2.( ) Yalnızlık              | 7.( ) Ayrılık                    |
| 3.( ) Aile huzursuzluğu      | 8.( ) Boşanma                    |
| 4.( ) Bir yakınımı kaybetmem | 9.( ) Maddi sıkıntı              |
| 5.( ) Sevdiğimden ayrıldım   | 10.( ) Diğer(Belirtiniz.....)    |

99. Herhangi bir yakınınızı kaybettiyseniz, kimi kaybettiğinizi belirtiniz.

- |                 |                              |
|-----------------|------------------------------|
| 1.( ) Sevdiğimi | 5.( ) Eşimi                  |
| 2.( ) Annemi    | 6.( ) Çocuğumu               |
| 3.( ) Babamı    | 7.( ) Arkadaşımı             |
| 4.( ) Kardeşimi | 8.( ) Diğer(Belirtiniz.....) |

100. Bu kayıp olayı sizi nasıl etkiledi?

- |   |
|---|
| 1.( ) O'nun yerini kimse dolduramaz, diye üzüldüm.                          |
| 2.( ) O'nu çok özleyorum.   |
| 3.( ) Ölümünü kabullenemiyorum.   |
| 4.( ) Kader olduğu için ve ölüm sonrasına inandığımdan ölümünü kabullendim. |
| 5.( ) Ölümünü, haksızlık olarak görüyorum.                                  |
| 6.( ) Daha yeni ölmüş gibi üzüldüyorum.                                     |
| 7.( ) Bazen, kıymetini bilemedim, diye kendimi suçluyorum.                  |
| 8.( ) Diğer(Belirtiniz.....)  |

101. Sağlığınız ve genel olarak hayatınızla ilgili olarak, söylemek istediğiniz başka şeyler var mı? (Belirtiniz.....)

.....

.....

## 9.2. Araştırma İlgili İzin Belgeleri

T.C..  
ELAZIĞ VALİLİĞİ  
Sağlık Müdürlüğü

ELAZIĞ

2 / 4 / 199 2001

rvis : T104TSM4230001  
yi : 121- 3874  
nu : Araştırma izni

ELAZIĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ELAZIĞ

İlgi: 28.03.2001 tarih ve 3840 sayılı yazı ile.

Üniversite konulu "Elazığ'da Psikolojik Durumun Psikolojik Anabilim Dalı Doçent Dr. Mustafa YAKAR" tarafından yapılan psikolojik incelemesi Elazığ "Kara" Köyü İlimiz Devlet Hastanesi ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde ailet uygulanması raporu değerlendirilince uygun görülmüştür.

İlgilerine arz/ rica ederim.

Dr. İhsan SAĞIN  
Sağlık Müdürü

T.C.  
ELAZIĞ VALİLİĞİ  
Sağlık Müdürlüğü

ELAZIĞ

2 / 4 / 1992

S : 1014230001

: 121 - 3874

: Araştırma işi

RUH SAĞLIĞI VE HAST. H. İBAŞ TAB.  
ELAZIĞ

F. Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyolojik Bilimler Dalı Doktora Öğrencisi N. Ruhat YAŞAR "Tepnelere yönelik Sosyolojik inceleme Elazığ Örneği" konulu tezi İlimiz Devlet Hastanesi ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde anket uygulaması yapması Müdürlüğünüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz/ rica ederim.

Pr. İhsan SAHİN  
Sağlık Müdürü

T.C.  
ELAZIĞ VALİLİĞİ  
Sağlık Müdürlüğü

ELAZIĞ

.....2...../.....4...../199 2001

is : F1041514230001  
: 121-3874  
u : Araştırma izni

DEVLET HASTANESİ BAŞ TBB.  
ELAZIĞ

F.Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji  
Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi M.Ruhet YAŞAR "Depres-  
yonun Sosyolojik incelemesi Elazığ Örneği" konulu tezi  
İlimiz Devlet Hastanesi ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları  
Hastanesinde anket uygulaması yapması Müdürlüğümüzce  
uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz/ rica ederim.

Pr. İhsan SAHİN  
Sağlık Müdürü

## SOSYAL SİGORTALAR KURUMU

ELAZIĞ HASTANESİ BAŞTABIPLIĞI  
(Personel servisi)

I. B.13.2.SSK.4.23.02.00/X1- 62

Kod : ELAZIĞ

U. Araştırma izni

/ /199

13.04.2001\* 13950

T.C.

FIRAT ÜNİVERSİTESİ

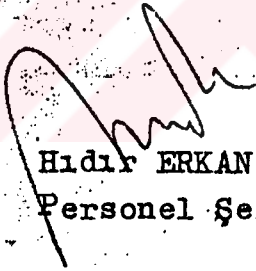
REKTÖRLÜĞÜ

ELAZIĞ

İlgi: 29.03.2001 tarih ve 41002 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızda adı geçen M.Ruhat YAŞAR'ın Hastanemiz  
ile anket çalışması yapması Baştabipliğimizce uygun görülmüştür.  
Bilgilerinize arz ederiz.

Ek: -

  
Hıdır ERKAN Op.Dr.Neyzat AÇIK  
Personel Şefi Baştabip



### 9.3. Özgeçmiş

1972 yılında Elazığ'da doğdum. İlk, orta ve lise öğrenimimi aynı şehirde tamamladıktan sonra, 1990 yılında, Fırat Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümünü kazandım. 1994 yılında, lisans programını tamamladıktan sonra, yine, aynı üniversitenin Sosyoloji Bölümü'nde yüksek lisans programına kaydoldum. 1995 yılında, öğretmen olarak Bursa'ya atandım ve Büyükşehir ilçesinin ücra bir köyünde, iki yıl görev yaptım. 1996 yılında, yüksek lisansı bitirerek 1997 yılında doktora programına kaydoldum. Halen, beş yıldır görev yaptığım Keban Lisesi'nde Felsefe öğretmeni olarak çalışıyorum.

Elazığ  
Mayıs-2003

M. Ruhat YAŞAR

