

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Psikiyatri Anabilim Dalı

**CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ PSİKIYATRI
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN DEPRESİF BOZUKLUKLU
HASTALARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE
İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLER**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Pınar ÇELİK

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Oryal TAŞKIN

Manisa, 2012

ÖNSÖZ

Tezimin hazırlanmasında ve uzmanlık eğitimim süresince bana yardımcı olan; Doç.Dr.Oryal TAŞKIN'a , uzmanlık eğitimime katkıda bulunan, Prof.Dr.Ayşen ESEN DANACI'ya, Prof.Dr.Ömer AYDEMİR'e, Prof.Dr.Erol ÖZMEN'e, Prof.Dr.Mehmet Murat DEMET'e, Doç.Dr.Artuner DEVECİ'ye, asistanlık sürecimde dostluklarını ve yardımlarını hissettiğim tüm asistan arkadaşlarıma ve hayatıma girdiği için çok şanslı olduğum hayat arkadaşım Diren ÇELİK' e çok teşekkür ederim.

Pınar ÇELİK

İÇİNDEKİLER

Önsöz.....	ii
İçindekiler.....	iii
Kısaltmalar.....	v
I. Giriş.....	1
II. Genel Bilgiler.....	3
2.1. Damgalama.....	3
2.2. İçselleştirilmiş Damgalanma.....	8
2.3. Depresyon, Damgalama ve İçselleştirilmiş Damgalanma.....	11
2.4. Depresyon.....	12
III. Gereç ve Yöntemler.....	15
3.1. Örneklem.....	15
3.2. Veri Toplama Araçları.....	16
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	16
3.2.2. Hastalık Veri Formu.....	16
3.2.3. DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu.....	16
3.2.4. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği.....	17
3.2.5. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği.....	18
3.2.6. Beck Depresyon Envanteri.....	18
3.2.7. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği.....	19
3.2.8. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	19
3.3. Uygulama ve İstatistiksel Değerlendirme.....	20

IV. Bulgular.....	22
V.Tartışma.....	40
VI.Sonuç ve Özet.....	48
VII.Summary.....	53
VIII.Ekler.....	55
VIII.1.Ek.1. Sosyodemografik Veri Formu	55
VIII.2.Ek.2. Hastalık Veri Formu	58
VIII.3.Ek.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği.....	60
VIII.4.Ek.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	62
VIII.5.Ek.5. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ..	63
VIII.6.Ek.6. Etik kurul onayı.....	67
IX. Kaynaklar.....	68

KISALTMALAR

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

DSM-IV-TR: Mental bozuklukların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı
IV. baskı

SCID-CV: Structured Clinical Interview for DSM-IV

HAM-D: Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği

HAM-A: Hamilton anksiyete derecelendirme ölçeği

BDE: Beck depresyon envanteri

RBSÖ: Rosenberg benlik saygısı ölçeği

RHİDÖ: Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği

I. GİRİŞ

Damgalama bir kişiyi diğerlerinden ayıracak şekilde o kişinin gözden düşürülmesi, diğer insanlardan aşağı görülmesi, genel anlamda kötülenmesidir.(1) Damgalamanın en fazla etkilediği gruplardan biri psikiyatri hastalarıdır.(2) Ruhsal hastalığı olan bireylerin damgalanması, bu kişilerin tedaviye başvurmalarında, devam etmelerinde ve uyum göstermelerinde sorunlara yol açtığı gibi onların sosyal ilişkilerinde de ciddi sorunlarla yüz yüze kalmalarına neden olabilmektedir.(3,4,5) Ülkemizde damgalanma üzerine yapılan çalışmalar da, ruhsal hastalığı olan kişilerin damgalandığını ve dışlandığını göstermektedir.(6,7,8) Damgalanma algısı, kişinin ruhsal hastalık tanısı (etiketi) alması sonucu ortaya çıkan, damgalama ve dışlama deneyimleri gibi nesnel yaşantılardan bağımsız olan, toplumdaki damgalama eğilimleri ile paralellik gösteren damgalanmışlık, toplum tarafından dışlanmışlık duygusudur.(9) Damgalanma ile ilgili ilk çalışmalarda, daha çok insanların zihinlerindeki çeşitli gruplara ilişkin damgalamalar üzerinde durulmuş, damgalanan kişilerin damgalanmaya ilişkin öznel duygu ve düşünceleri konusunda ise daha az çalışılmıştır.(2) Damgalanmanın “içsel boyutu”nu oluşturan damgalanan kişilerin damgalanmaya ilişkin öznel yaşantıları ilk kez 1980’li yıllarda eşcinsel örneklemelerde çalışılmaya başlanmıştır.(10) İçselleştirilmiş damgalanma, bireyin toplumdaki olumsuz kalıp yargıları kendisi için kabullenmesi ve bunun sonucunda değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdan geri çekmesidir. (11) Hasta olan kişide ruhsal hastalığı olan kişileri damgalama eğilimi ne kadar yüksekse , kendisi de kendini o derecede damgalanmış hissetmektedir. Daha önceden de kendisi hakkında olumsuz yargıları olan kişilerde damgalanma duygusu daha fazla yaşanmaktadır. Düşük benlik saygısı olan kişilerin hem diğer hastaları damgalama eğilimleri daha fazladır hem de bu kişilerin hasta olduklarında yaşadıkları damgalanma algısı daha fazladır.(9) Psikiyatri hastalarıyla yapılan bir çalışmada erkekler ve düşük gelire sahip kişilerde

içselleştirilmiş damgalanmayı yansıtan ölçek puanları daha yüksek saptanmıştır.(2) Depresyonun varlığı da bilişsel süreçleri etkilemekte ve ruhsal olarak hasta olan kişilerle ilgili olumsuz kalıp yargılar aktive olmaktadır.Bu süreç de damgalanma duygusunun artmasına neden olmaktadır.(4) Daha şiddetli depresyonun daha yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili olduğunu saptayan çalışmalar mevcuttur.(12) Tayvan' da yapılan bir çalışmada majör depresyonu olan hastalarda depresyonu olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma düzeyi saptanmıştır.(13) Türkiye'de depresyon şiddeti ile içselleştirilmiş damgalanma ilişkisinin karşılaştırıldığı çalışmaya rastlanmamıştır.

Damgala(n)ma sağaltım sürecinde ve hastaların iyilik haline ulaşmalarında önemli bir engel oluşturmaktadır. Damgala(n)ma, hastaların psikiyatrik sağaltıma uyumunu önemli oranda bozmaktadır.(9) Ruhsal bozuklukların tanı ve tedavilerinin önündeki en büyük engellerden birisi toplumun ruhsal bozukluklar karşısında damgalama, önyargılı düşünme/davranma ve ruhsal bozukluğu olanlara karşı ayrımcılık uygulamasıdır. Tüm hastalar içinde, ruhsal bozukluk tanısı konulmuş olan hastalar damgala(n)manın olumsuz sonuçlarına en çok maruz kalan ve zarar gören bireyler olarak nitelenebilir. (14)

Bu çalışmada, depresif bozuklukta hastalık şiddeti ve özelliklerinin, eşlik eden anksiyete varlığının, sosyodemografik özelliklerin ve benlik saygısının içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Türkiyede içselleştirilmiş damgalanma düzeyini araştıran az sayıda çalışma mevcut olup, depresyon şiddeti ile içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ilişkisini araştıran çalışmaya rastlanmamıştır, bu çalışma ülkemizdeki literatür eksikliğine katkı sağlayacaktır ve ileride yapılacak olan çalışmalara örnek teşkil edecektir.

II. GENEL BİLGİLER

1. DAMGALAMA

Damgalama bir kişiyi diğerlerinden ayıracak şekilde o kişinin gözden düşürülmesi, diğer insanlardan aşağı görülmesi, genel anlamda kötülenmesidir.(1) Stigma sözcüğü anormal, kötü ve kaçınılması gereken insanları göstermek için vücutlarının yakılarak veya kesilerek işaretlenmesi anlamındaki Yunanca terimden gelmektedir. Damgalama bir bireyi kötüleyen bir insanı diğerlerinden farklı yapan ve aslında bireyin statüsünü tam ve alışılmış olandan lekelenmiş ve azalmış hale getiren özelliklere sahiptir.(15) Damgalamanın aynı zamanda insanı olumsuz stereotiplerle ilişkilendiren (16) , bunu takip eden ayrımcılık (17) ve etiketleme, ayırma, statü kaybı bileşimlerine sahip olduğu düşünülmektedir.(18) Bireyin damgalanmaya duyarlılığında rol oynayan birçok boyut tanımlanmıştır. (16) Damgalanmaya eğilim yaratan durumları ve özellikleri tanımlayan altı boyut olduğu düşünülmektedir; gizlenebilirlik, seyir, yıkıcılık tehlikesi, dışa vuran görünüm, başlatan neden. Gizlenebilirlik; durumun veya özelliklerin ne kadar kolay algılanabildiğiyle ilgilidir. Ruhsal hastalıklar göz önüne alındığında herhangi bir semptomun sergilenmesi damgalamayı etkinleştirecektir. Semptomları saklanamayıp sergilenen daha ciddi psikiyatrik tanı alanlar, hastalığı ve etkileri gizlenebilir olanlara kıyasla daha çok damgalanmaya maruz kalırlar. Seyir bir durumun zaman karşısında ne kadar sağlam, istikrarlı olduğuyla ilgilidir. Kronik olan ruhsal hastalıklarda damgalanma riski daha fazladır. Ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkilere zarar verdiği algısı ve ruhsal hastalığa sahip kişilerle karşı karşıya gelme ile ilgili olumsuz beklentiler damgalamaya katkıda bulunur.(19) Tehlike durumun ne kadar tehdit edici korkutucu olduğuyla ilgilidir. Yaygın bir görüş, ruhsal hastalığa sahip

insanların tehlikeli olduğudur. Ruhsal hastalığa sahip olanlar tarafından tehdit edilmişlik hissi damgalamaya sebep olabilir çünkü insanlar saldırgan davranışları ruhsal hastalık ile ilişkilendirdiğinde ayrımcılığa daha istekli olmaktadırlar. (20) Dışa vuran görünüm; durumun görsel olarak ne kadar endişelendirici olduğuyula ilgilidir. Bazı ruhsal hastalıklarda tikler , bozulmuş motor fonksiyonlar, darmadağınık görünüş, sıradışı giysiler giyme ve istemdişi hareketlere yol açan ilaç yan etkileri sosyal dışlanmaya yol açabilir. (19) Başlatan neden, duruma neyin neden olduğuyula ilgilidir. Bazı araştırmalar ruhsal hastalıkların genetik veya biyolojik temelli olduğuna inanmanın daha yüksek damgalama ile ilişkili olduğunu savunsa da baskın görüş insanlar ruhsal hastalığı kişinin kendi kontrolü dışında olarak algıladıklarında damgalama daha az olmaktadır. (20,21); insanlar, bireyin kendi hatası sonucunda ruhsal hastalığa yakalandığını düşündüklerinde, ruhsal hastalık sonucu bireyin tehlikeli olduğu düşünülüyorsa ve ruhsal hastalık alışılmamış, tuhaf olarak algılandığında daha fazla sosyal mesafe istemektedir. Ruhsal hastalıklarda toplumsal damgala(n)ma ve içselleştirilmiş damgalanma olmak üzere iki tür damgalanma tanımlanmıştır. Her bir tür damgalanma kişiyi farklı etkilemekle birlikte, birbirlerini etkileyerek damgalanmanın oluşunu ve olumsuz etkilerini şiddetlendirirler. Toplumsal damgala(n)ma ruhsal hastalığı olanları ve bu kişilerin arkadaşlarını, aile üyelerini ve ruhsal sağlık profesyonellerini etkiler. (22,23) Toplumsal damgala(n)ma ruhsal hastalığa sahip bireylerin kazançlı işi kaybetmelerine veya iş bulamamalarına yol açabilir.(24,25) Etiketleme teorisine göre; toplumsal damgala(n)ma, ruhsal hastalık etiketi ile gelen kınama, suçlama ağır yükü nedeniyle etiketlenme ile ilişkilidir. Etiketleme halk arasında korku ve öfke gibi olumsuz duyguları harekete geçirir ve damgalayıcı tepkilere neden olur. (22) Etiketleme olduğunda, etiketlenen kişinin kimliği ve özellikleri artık çok da önemli değildir. Etiketli bir kişi, normal dışı davranışlar göstermese bile sadece etiket nedeni ile önyargılı ve ayrımcı tutumlara maruz kalmaktadır. Bu konuda Türkiye 'de yapılan çalışmalarda da özellikle "akıl hastalığı" etiketinin damgalayıcı etkisinin "ruhsal hastalık" etiketinden

daha fazla olduğu gösterilmiştir.(26) Etiketleme insanın etiketle uyum içinde davranmasına, ruhsal hastalığın şiddetlenmesi veya sürmesine neden olabilir. (22) Damgalanma bir insanda ruhsal hastalık varlığına dair işaret, belirti veya gösterge olması ile başlayan bir süreç olarak tanımlamak olanaklıdır. Psikiyatrik semptomlar, sosyal beceri kaybı, anormal fiziksel görünüm ve etiketler toplum tarafından ruhsal hastalık göstergesi olarak kullanılan dört ana işarettir. (24) Bu işaretler stereotipleri ortaya çıkarır. Stereotipi terimi Latince'de "stereos" (katılık) ile "tupos" (iz) sözcüklerinin birleşmesinden oluşmuştur ve "bir kez oluştuktan sonra hiç değişmeyen" anlamında kullanılmaktadır. (26) Stereotipler insanları kavramsal olarak kategorize etme ve toplumdaki öğrenilen düşüncelere göre bu insanlarla ilgili beklentileri yaratmanın yollarıdır. Ruhsal hastalığı olan bireylerle ilgili stereotipler veya damgalayıcı düşünceler genelde olumsuzdur ve kabul edilirse önyargıya yol açarlar. Önyargı ruhsal hastalığı olanlara karşı çoğu kez, olumsuz değerlendirici ve duygusal komponenti mevcut olan damgalayıcı bir tutumdur. (27) Önyargılar sonucu hastalara karşı oluşan duygular genellikle korku ve öfkedir. Korkunun en önemli nedeni hastaların tehlikeli kişiler olduğu düşüncesidir. Öfkenin kökeninde ise daha çok hastaların toplum huzurunu bozan kişiler olarak değerlendirilmelerinin yanında işe yaramaz, beceriksiz ve kendilerine bakamayan kişiler olarak değerlendirilmeleri de yatmaktadır. (26) Gerek bilişsel gerek duygusal reaksiyonlar sonucu, damgalanan kişiler artık toplumda eski konumlarında olamayacaklardır. Toplum, bu kişilerden uzak durma eğiliminde olduğu gibi hastaları da kendilerinden ve toplumdaki uzak tutmak istemektedirler. Sonrasında önyargının davranışsal görünümü olan ayrımcılık ortaya çıkar. Ayrımcılık ruhsal hastalığı olan bireylere zarar verebilecek olumsuz hareketleri veya ruhsal hastalığı olmayanlara karşı açık bir ayrımcılık sergilenmesini içerebilir. (27) Ayrımcılık, yakın olmak istememe karşı olma durumundan başlayarak hastaların kısıtlanması, engellenmesi ve toplumdaki dışlanması süreçlerini içermektedir. (26) Bu süreç hem toplumsal damgala(n)ma hem de içselleştirilmiş damgalanma için uygulanabilir. Her iki

tür damgalanma için ilk iki basamak aynıdır (ruhsal hastalığa ait işaretler, belirtiler ve stereotipiler) çünkü toplum üyelerinin birbirleriyle etkileşip sosyalleşmesinden köken alırlar. Toplumsal damgala(n)mada; önyargı ruhsal hastalığa sahip olmayan bireylerin bir ruhsal hastalığa sahip olanlarla ilgili stereotipleri kabullenmesini içerir. (ör:ruhsal hastalığa sahip olanların yetersiz olduğuna inanma), içselleştirilmiş damgalanmada ise ruhsal hastalığa sahip bir bireyin o hastalıkla ilgili stereotipleri içselleştirmeleri ve o stereotipleri kendilerine de uygulayarak inanmalarıdır. (ör: ruhsal hastalığım olduğu için yetersizim) Toplumsal damgala(n)mada bir insan veya sistem (hükümet, sağlık sistemi, adalet sistemi) ruhsal hastalığa sahip insanların değerini önyargı yüzünden düşürdüğünden onları olumsuz etkileyen haksız davranışlara yol açmış olur. (ör: işveren ruhsal hastalığa sahip bireyi yetersiz olarak algıladığından işe almaz.) İçselleştirilmiş damgalanmada ayrımcılık veya damgalayıcı davranışlar, bir insanın ruhsal hastalığa sahip olduğu için kendini daha aşağı görmesi ve kişinin kendine zarar verici davranışlar göstermesi şeklinde ortaya çıkabilir. (ör: ruhsal hastalığından dolayı yetersiz olduğunu düşündüğü için iş başvurusunda bulunmamak) (24) Ruhsal bozuklukların tanı ve tedavilerinin önündeki en büyük engellerden birisi toplumun ruhsal bozukluklar karşısında damgalama, önyargılı düşünme/davranma, stereotipik davranışlar sergileme ve ruhsal bozukluğu olanlara karşı ayrımcılık uygulamasıdır. Tüm hastalar içinde, ruhsal bozukluk tanısı konulmuş olan hastalar damgalanmanın olumsuz sonuçlarına en çok maruz kalan ve zarar gören bireyler olarak nitelenebilir. (14) Herhangi bir ruhsal bozukluğun toplum içinde fark edilmesi ve dikkat çekmesi ne kadar çoksa, toplum tarafından damgalanması da o denli çok olmaktadır. Bu fark ediş ve dikkat yöneltmede belirleyici olan etmenler; toplumsal olarak yadırganan, garip, acayip bulunan ve onaylanmayan davranışlar, saldırgan ve tehlikeli davranışlar, kişinin toplumsal ve mesleki işlevlerini yerine getirmedeki yetersizlikler ve bedenselleştirme davranışıdır. Psikiyatri Kliniğinde veya Ruh Hastalıkları Hastanesinde yatmış olmak, elektrokonvülsif tedavi uygulanmış olmak, psikotik özellik göstermek ve saldırganlık olumsuz

tutum geliştirilmesindeki en önemli etmenlerdir. Damgalanma karşısında belirgin bir duygusal zedelenme yaşayan hasta ve yakınlarının benlik saygıları azalır, aile ilişkileri zarar görür. Toplumsal ilişkiler, arkadaş edinme ve sürdürme güçlükleri ortaya çıkar. Çalışmak için motivasyonu ve gücü olan hasta bile engellerle karşılaşır. Tüm bunların bir sonucu olarak hasta ve yakınları hastalığı kabul etmekte isteksiz davranırlar ve tedavi ya gerçekleştirilemez ya da aksar. (28) Halkın hastalarla kişisel bağlantı gerektiren durumlarda daha mesafeli olmak gerekliliği duyduğu, sosyal yakınlık içeren ortamlarda “akıl hastası” olarak tanımlanmış kimselerle etkileşimi kesme eğiliminin olduğu, göreceli olarak kişisel olmayan ortamlarda ise hastaların sosyal kabulünün daha fazla olduğu bilinmektedir. Hastaların saldırgan olarak algılanmaları ve psikopatolojinin tipi de olması istenilen sosyal mesafeyi önemli ölçüde etkilemektedir. (29) Ruhsal hastalık etiketinin, kişinin davranışlarından bağımsız olarak, olumsuz ve reddedici tutumlara neden olduğunu gösteren çok sayıda çalışma vardır. (30) Yapılan araştırmalara göre, toplum içinde statü (eğitim ve sosyo-ekonomik düzey), yaşanan çevre (köy, kent), yaş, cinsiyet gibi değişkenlerin bu hastalıklara karşı tutumları etkilediği anlaşılmıştır. Kronik ruh hastalıklarına karşı başlıca olumsuz ve önyargılı tutumların yaşlı, eğitimsiz ve düşük sosyo-ekonomik düzey gösteren alt gruplarda görüldüğü bildirilmiştir Hastaların kendilerini daha çok etiketlenmiş algıladığı durumlar ise, onların yüksek sosyal statüde, yüksek eğitilmiş ve genç olmaları ile ilişkili bulunmuştur. (31) Bazı araştırmalara göre hastalar sosyal statüleri arttıkça kaybettiklerinin daha çok farkına varmakta, yüksek eğitim kişiyi hassaslaştırarak damgalanma algısını artırmaktadır. Genç hastalar ise kaderine boyun eğmiş yaşlı hastalara göre hastalığın getirmiş olduğu zararları daha çok algılamaktadırlar. (32)

2. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA

Damgalanma ile ilgili ilk çalışmalarda, daha çok insanların zihinlerindeki çeşitli gruplara ilişkin damgalamalar üzerinde durulmuş, damgalanan kişilerin damgalanmaya ilişkin öznel duygu ve düşünceleri da az incelenmiştir. Damgalanmanın “içsel boyutu” nu oluşturan damgalanan kişilerin damgalanmaya ilişkin öznel yaşantıları ilk kez 1980’li yıllarda eşcinsel örneklerde çalışılmaya başlanmıştır. (10) Bu noktada algılanan damgalanmadan (damgalanma algısı) söz etmek gerekir. Algılanan damgalanma ruhsal hastalığı olan kişilerin dış çevreden gelen olumsuz tutum ve dışlayıcı yaklaşımlardan kaynaklanan ya da hiçbir uyarı olmaksızın damgalanmışlık duygusu taşımasıdır. Bazı bireyler psikiyatriye başvurduktan sonra açık bir ayrımcılıkla karşılaşmasalar bile kendilerini damgalanmış hissetmektedirler. Bu hastalarda durumdan utanma, yetersizlik duyguları olumsuz otomatik düşüncelerde artma, sosyal ilişkilerden kaçınma, kendilik değerinde düşme görülmüştür. Kullanılan psikiyatrik tanının damgalayıcı içeriği ne kadar fazla ise bu belirtilerin şiddeti o denli fazladır. (9) İçselleştirilmiş damgalanma, bireyin toplumdaki olumsuz kalıp yargıları kendisi için kabullenmesi ve bunun sonucunda değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdan geri çekmesidir. (11) Birey ruhsal hastalık ile etiketlendiğinde ruhsal hastalığa sahip bireyi toplumun nasıl gördüğüyle ilgili fikirler aktifleşir. Ruhsal hastalığa sahip insanlar bu nedenle bu etiketi sır olarak saklayabilir, diğer insanlardan uzaklaşabilir veya hastalıkları hakkında diğer insanları bilgilendirebilirler. Etiketlemenin olumsuz sonuçları ve bireyin etikete tepkisi bireyi ileri sağlık problemlerine duyarlı hale getirebilir. (33) Bazı kişiler bu etiketler ve damgalamalar sonucu kendilerini daha güçlü hissedebilirler bazıları ise farklılık veya etkilenme göstermeyebilirler. (34,35,36) Bir bakıma damgalanma algısı kişinin damgalandığını hissetmesiyken, içselleştirilmiş damgalanma kişinin kendisini damgalamasıdır. Bu kavram nesnel olarak dışlanma ya da ayrımcılığa maruz kalma eğiliminden bağımsızdır ve ruhsal hastalık tanısı ve etiketi alma ile

birlikte kendisini göstermektedir. En önemli kaynak kişinin kendisidir. Hastanın yakın çevresi ve toplumdaki damgalama eğilimiyle artış gösterir. (9) İçselleştirilmiş damgalanma utanç, düşük benlik saygısı ve azalmış kendilik değeri gibi olumsuz duygusal tepkilere ve olumsuz otomatik düşüncelere yol açar. (27) Başka bir deyişle ruhsal hastalığa sahip kişiler hastalıkları yüzünden daha az onaylanıp, kabullenilip saygı duyulduklarına inanırlar, bu da demoralizasyona, azalmış benlik saygısına ve azalmış kendilik değerine yol açar. (24) Bu duygusal reaksiyonlar ruhsal problemleri şiddetlendirebilir. İçselleştirilmiş damgalanma bireyin diğer insanlarla ilişkilerinde olumsuz beklentilere sahip olmalarına, bireyin kendini korumacı davranmasına, daha az güven duymasına ve sosyal ilişkileri zorlaştıran tepkilere yol açabilir. (18) Ruhsal hastalığa sahip bireyler, kendilerini damgalanan grubun parçası olarak hissetmek istemedikleri için yanlış giden bir şeyler olmasına rağmen tedavi arayışına girmeyerek tanısız etiketlenmeden kaçınmaya çalışırlar.(23,24) İçselleştirilmiş damgalanma, ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumda var olan damgalamayla da baş etmelerini güçleştirmektedir. Toplumdaki damgalamanın içselleştirilmesi, bireylerin ciddi şekilde örselenmesine yol açmaktadır. (18) Toplumun diğer bireyleri gibi, ruhsal hastalığı olanlar da toplumdaki kalıp yargılarla karşı karşıya kalırlar. Damgalanmanın içselleştirilmesiyle birlikte bu olumsuz kalıp yargılar kendileri için de geçerli “gerçekler” haline gelir ve kişide utanç duygusuna yol açar. Bu durum, içselleştirilen eleştirel figürlerin kişinin içinde utanç duygusuna yol açması sürecine benzer bir süreçtir. Bu utanç duygusu, özellikle içgörüyönelimli psikoterapötik müdahalelerde, üzerinde çalışılması gereken bir hedef oluşturur. Ruhsal hastalıkların tedavisinde iyileştirilebilen bir sorun olması bakımından içselleştirilmiş damgalamanın üzerinde çalışılması bir yanıyla umut verici bir durumdur. Diğer bir deyişle, içselleştirilmiş damgalanma, tedavi sürecinde üzerinde durularak, elimine edilmesi gereken önemli bir sorundur. (2) Son zamanlarda içselleştirilmiş damgalamanın olumsuz etkileri üzerinde daha fazla durulmaya başlanmıştır. (37) Toplumsal düzlemdeki gerçek damgalanma yaşantılarının mı, yoksa içselleştirilmiş

damgalanmanın mı kişi üzerinde daha etkili olduğu tartışmalı olmakla birlikte, hastaların zihnindeki damgalanma, damgalamaya karşı verilen savaşıta üzerinde daha kolay çalışılabilir ve daha kolay ulaşılabilir bir hedef olarak değerlendirilmektedir. (38) Damgalamayla ilgili ilk geliştirilen değerlendirme ölçeklerinde daha çok toplumun ruhsal hastalığı olanlara karşı tutumlarının değerlendirilmesi hedeflenmişken, Ritsher ve ark. (2003) tarafından geliştirilmiş olan 'Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği–RHİDÖ (The Internalized Stigma of Mental Illness Scale-ISMI) ruhsal hastalığı olanların damgalanmaya ilişkin içsel yaşantılarını yansıtan "içsel damgalanmayı" değerlendirmektedir. (39) İçselleştirilmiş damgalanma ile yapılmış az sayıda araştırma mevcuttur. (40, 41)

2010 yılında yapılan içselleştirilmiş damgalanma ve ilişkili değişkenleri saptamaya çalışan bir meta-analiz çalışmasında; çalışmalarda sosyodemografik değişkenlerden en çok yaş ve cinsiyet ile içselleştirilmiş damgalanma ilişkisi araştırılmış olup, çalışmaların %31.4 inde yaş ve %18.4 inde cinsiyet, içselleştirilmiş damgalanma ile anlamlı ilişki içinde bulunmuştur. Yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma durumu, eğitim durumu, gelir ve etnik köken gibi sosyodemografik değişkenlerin çalışmaların daha büyük bir kısmında içselleştirilmiş damgalanma ile anlamlı ilişkisi olmadığından meta-analize dahil edilmemiştir. Aynı çalışmada içselleştirilmiş damgalanmanın anlamlı olarak daha yüksek psikiyatrik semptom şiddeti ile, daha düşük tedavi uyumu ve daha düşük benlik saygısı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Başlangıçtaki içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri uzun dönemde artmış psikiyatri başvuruları, daha zayıf sosyal uyum, artmış depresif semptom şiddeti, daha düşük benlik saygısı ve daha düşük tedavi uyumu ile ilişkili saptanmıştır. Artmış baskı algılanması, daha düşük benlik saygısı, psikotik olmayan ruhsal hastalıklar, artmış pozitif semptom şiddeti ve ruhsal hastalığın utanç ile ilgili olumsuz ilişkisinin olması uzun dönemde daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur. (42)

3. DEPRESYON, DAMGALAMA ve İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA

Toplumda ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlar, toplum içinde yaygınlık oranı yüksek olan depresyon için de geçerlidir. 1998 yılında İngiltere’de yapılan bir çalışmada, halkın ciddi depresyonlu hastaların başkaları için tehlikeli ve davranışlarının öngörülemesiz olduğunu düşündüğü, toplumda bu hastaların kendilerini kontrol edemeyeceği ve iyileşmelerinin güç olduğu yargılarının bulunduğu belirlenmiştir.(43) Chung ve ark (2009) algılanan damgalanmanın duygudurum bozuklukları üzerindeki etkilerinin yakın zamanda dikkati çeken bir konu olduğunu vurgulamışlardır. (44) Algılanan damgalanma sosyal işlevsellikte bozulma ve tedaviyi yarım bırakmanın yordayıcısı olarak bildirilmiştir.(45) Şizofreni hastalarında damgalanmanın kabullenilip içselleştirilmesi ile kişilerin kendileri hakkındaki algıları ve duyuları değişmekte, hayattaki amaç ve planları değişerek onların diğer insanlardan kaçınan ve depresyon yaşayan bireyler olmasına yol açmakta, sonuçta içselleştirilmiş damgalanma depresyon semptomlarını olumsuz yönde etkilemektedir. (46) Bipolar bozukluk veya depresyon tanılı hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın, azalmış hayat kalitesi (12), azalmış benlik saygısı (47,48) depresyon düzeyinde artma (48), artmış kaçınma davranışı (49,50), daha şiddetli depresyon (12,48,49,50,51,52) depresyon tedavisinin halen devam etmesi (49,52) tedaviyle ilgili daha olumsuz tutumlara sahip olma (53), depresyon tanılı hastalarda daha düşük tedavi uyumu (54) ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

4. DEPRESYON

Depresyon sözcüğü; çökkünlük, kendini kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılmaktadır. Kelimenin kökeni olan 'depress' sözcüğü ise, Latince 'depressus' tan gelmektedir. Ruhsal bir rahatsızlığın tanımlanması için kullanımı, geçen yüzyılın sonunda Kraepelin tarafından yapılmıştır. (55) Klinikte ruhsal bir rahatsızlık olarak kabul edilen 'depresif bozukluk', duygusal bir tepkiden çok daha şiddetli ve kişinin yaşamını olumsuz etkileyen, hatta onun tüm yaşamsal işlevlerini bozan, belirli belirti kümelerinden oluşan bir sendromdur.(55,56) Depresyon psikiyatrik hastalıklar içinde en sık görülenlerden biridir. Kabaca toplumda her on kişiden birinde görülmekte olup, her dört kadından birisi ve her 8-10 erkekten birisi yaşamları boyunca en az bir kez depresif epizod geçirmektedir. Kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görülmektedir. Genel olarak çökkünlüklerde yaygınlık oranı %9-20 arasında bildirilmiştir. Yaşam boyu major depresyon yaygınlığı (prevalans) % 4,4-%19,6 olarak verilmiştir.(57) 1 yıllık yaygınlık kadınlarda %8, erkeklerde %3 civarındadır. Yaşam boyu distimi yaygınlığı %3,1-3,9 oranlarındadır.(57) Major depresyonun ailesel özelliği birçok çalışmada belirtilmiştir, bunlara göre, depresyonu olan hastaların çocukları, aile öyküsü olmayanlara göre üç ya da dört kat daha fazla risk altındadır.(58) Major depresyon için kalıtsallık olasılığı yaklaşık olarak %37-38 olarak tanımlanmaktadır ancak daha fazla yineleyici depresyon epizodu olanlar veya erken başlangıçlı olanlar için ise bu oranın daha fazla olduğu düşünülmektedir.(58,59) Biyolojik ve psikososyal etkenler birbirleriyle etkileşerek, duygudurum bozukluklarına neden olurlar.Hastalar dikkatle incelendiğinde, özellikle hastalığın başlangıcında, psikososyal etkenlerin payı olduğu görülür. Ancak zamanla hastalık ilerlediğinde duygudurum dönemleri açık psikososyal etki olmaksızın kendiliğinden ortaya çıkabilmektedir. Manide ve yineleyici depresyonlarda, biyolojik etkenlerin daha çok rol oynadığı kabul edilir. Yineleyici depresyon geçiren hastaların birinci derece akrabalarında, hastalanma riski genel nüfustaki riske göre iki

üç kat daha yüksektir. İkiz çalışmalarına dayanarak, kalıtımla geçiş oranının %31-42 arasında olduğu belirtilmektedir. Yineleyici ve erken başlangıçlı depresyonda, kalıtımın rolünün daha fazla olduğu belirtilmektedir. (55,56)

DSM-IV TR'ye göre major depresyon tanı ölçütleri:

İki haftalık bir dönem sırasında,daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

1) ya hastanın kendisinin bildirmesi, ya da başkalarının gözlemlemesi ile belirli, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.

2) hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma, ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alıyor olmama(ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)

3) perhizde değilken, önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması,(örneğin ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması.

4) hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnianın (aşırı uyku) olması

5) hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir)

6) hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması

7) hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

8) hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemlemiştir)

9) yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil) özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar düşünceleri, intihar girişimi ya da

intihar etmek üzere özgül bir tasarı kurmaksın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması

B) Bu semptomlar bir karma epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C) Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D) Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. Hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E) Bu semptomlar Yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir. (61)

III. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmanın başlangıcında Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Çalışma alanı Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Psikiyatri Polikliniği olarak belirlenmiştir.

3.1. Örneklem

05.01.2012-05.03.2012 tarihleri arasında Celal Bayar Üniversitesi Genel Psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre bir Depresif Bozukluk tanısı (MDB, distimi, BTA Depresif Bozukluk) alan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalardan oluşturulmuştur. Tanı ölçütlerini karşılayan hastalara çalışmanın amacı anlatılıp sözel onayları alındıktan sonra yazılı onam formu doldurulup onayları alınmıştır. 05.01.2012-05.03.2012 tarihleri arasında Celal Bayar Üniversitesi Genel Psikiyatri polikliniğine ayaktan 450 depresif bozukluk hastası başvurmuştur. 83 kişi çalışmaya alınmıştır. 54 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Yaklaşık 40 kişi beklemeye vakti olmadığı için önce kabul etmiş olmasına rağmen haber verip gitmiş, bir kısmı da imza atmayı kabul etmediğinden çalışmaya alınamamıştır. Diğerlerine ise fiziki şartlar nedeniyle, poliklinik hekimi ile temas sağlanamadığından veya hastaya çalışmaya katılıp katılmayacağı sorulmadığından ulaşılamamıştır.

Araştırmaya Alma Ölçütleri: 1. Araştırmaya katılmayı kabul etmek, 2. 18-65 yaş arasında olmak, 3. SCID-CV kullanılarak yapılan görüşme tekniğine göre, DSM-IV-TR tanı kriterlerine uyan Majör Depresif Bozukluk, Distimik Bozukluk, Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk tanısı almak, 4. Okur-yazar olmak

Araştırmadan dışlama ltleri:1. 18 yaş altı ve 65 yaş üstü olmak, 2. Eşlik eden Bipolar Bozukluğu, Psikotik Bozukluğu, Madde Kullanım Bozukluğu, Demans tanıları olması, 3. Mental retardasyon olması

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1.Sosyodemografik Bilgi formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulan, yaş, doğum yeri, cinsiyet, öğrenim düzeyi, medeni durum, sosyoekonomik düzey, yaşadığı yer, ruhsal hastalığı sebebiyle işten çıkarılıp çıkarılmadığı, işten çıkmak zorunda kalıp kalmadığı, kötü davranışa, negatif ayrımcılığa veya olumlu davranışa, kazanç, pozitif ayrımcılığa maruz kalıp kalmadığı, ruhsal hastalığını ve tedavisini gizleme ihtiyacı hissedip hissetmediği, yakınlarında ruhsal hastalık olup olmadığı, fiziksel hastalığı olup olmadığıyla ilgili bilgileri almaya yönelik formdur.

3.2.2. Hastalık Veri Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulan, ruhsal hastalığın başlangıç tarihi, ilk kez hangi doktora başvurduğu, ilk kez psikiyatriye ne zaman başvurduğu, kontrollerine düzenli gelip gelmediği, ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadığı, toplam ne kadar zaman psikiyatrik tedavi aldığı, psikiyatri servisine yatıp yatmadığı, intihar girişiminde bulunup bulunmadığı ile ilgili bilgileri almaya yönelik formdur.

3.2.3. DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu (Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID-CV)

DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (DYKG-I), First ve ark. Tarafından geliştirilmiştir. DYKG-I'nin eğitim toplantılarında görüşmeciler arası güvenilirliğinin iyi düzeyde olduğu bildirilmiştir. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu (DYKG-I/KV)'nin Türkçe ye çevrilip uyarlanması yapılmıştır. Daha sonra iki merkezde yürütülen çalışmayla DYKG-I/KV'nin görüşmeciler arası güvenilirliği ortaya konmuştur. DYKG-I/KV'nin görüşmeciler arası güvenilirliğinde Kapa katsayıları 0.52-1.00 arasında saptanmıştır.(62) DSM-III-R için Yapılandırılmış Klinik Görüşme nin Türkçe formunun güvenilirliğinde bu katsayılar 0.57-1.00 arasında bulunmuştur. DYKG-I, altı modülden oluşmaktadır ve toplam 38 tane I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri ile ve 10 tane I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. İki modül duygudurum epizotları ve duygudurum bozuklukları, iki modül psikotik semptomlar ve psikotik bozukluklar için ayrılırken, madde kullanım bozuklukları ve anksiyete ve diğer bozukluklar birer modulde yer almaktadır. Önceki DSM-III-R için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Kılavuzun dan farklı olarak, posttravmatik stres bozukluğu tüm ölçütleriyle sorgulanırken, bazı bozukluklar tanı ölçütü olmadan yalnızca birkaç soruyla araştırılmaktadır. Bu bozukluklar arasında fobiler, yaygın anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluklar ve yeme bozuklukları bulunmaktadır. DYKG-I'nin 18 yaşından büyüklerde kullanılması önerilmektedir. Ağır bilişsel kusurlarda, ağır psikotik belirtileri olan ve ajite bireylerde kullanımı uygun değildir. Bilgi kaynakları arasında hasta, hastanın ailesi ve yakınları, klinik ortamındaki gözlemler ve tıbbi kayıtlar kabul edilmektedir. Her ne kadar yapılandırılmış görüşme olarak belirtilse bile, kullanımı yarı-yapılandırılmış görüşme biçimindedir ve görüşmeci DYKG-I nin sorularına ek sorular sorarak araştırmayı sürdürebilir. Ortalama kullanım süresi 45-90 dakika arasındadır.(61)

3.2.4. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

1961 yılında Hamilton tarafından depresif hastaların incelenmesi ve belirtilerinin faktör analizi sonucunda geliştirilen ve 1967’de aynı araştırmacı tarafından gözden geçirilerek bir takım değişikliklerle son şekli verilen HAM-D, depresif hastalarda belirtilerin şiddetini saptamak amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada, değişik belirti sayısı içeren formları arasından 17 soruluk formu kullanılmıştır. Derecelendirmede, her belirti için ayrıca belirlenmiş, 0’dan 4’e kadar gidebilen bir puanlama dizgesi kullanılmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır.(62)

3.2.5. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A)

Hamilton (1959) tarafından geliştirilen bu ölçek, anksiyete şiddetini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Ruhsal ve somatik anksiyete kadar depresif semptomları da ölçmektedir. 14 madde oluşmuş bu ölçekte, belirtilerin varlığı ve şiddeti, görüşme anında görüşenin kanaatine dayanmaktadır. Derecelendirme her belirti için ayrıca belirlenmiş, 0 ile 4 arasında bir puanlama dizgesi yardımıyla yapılmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır.(63)

3.2.6. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Bu envanter ilk kez 1961’de Aeoron T. Beck tarafından geliştirilmiş olup 1971’de tekrar gözden geçirilmiştir.(64) 1989’da Hisli tarafından Türkçe’ye çevrilmiş, geçerliği ve güvenilirliği gösterilmiştir.(65) Depresyonun duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel bileşenlerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. ‘0’ ile ‘3’ arasında derecelendirilen dördümlü Likert tipinde

cevaplanan 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde 0'dan 3'e kadar puanlanan 4 seçenek içermektedir. 21 maddenin toplamında 0-63 puan elde edilir ve toplam skorun artması depresif semptomların da arttığını gösterir. Türk toplumu için kesme puanı genel olarak 17 kabul edilmektedir.(66)

3.2.7. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ)

İçselleştirilmiş damgalanma 'Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)' kullanılarak belirlenmiştir. Ritsher ve ark. (2003) tarafından geliştirilmiş olan RHİDÖ 29 maddeden oluşan ve içsel damgalanmayı değerlendiren bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçek, "Yabancılaşma", "Kalıp Yargıların Onaylanması", "Algılanan Ayrımcılık", "Sosyal Geri Çekilme" ve "Damgalanmaya Karşı Direnç" olarak adlandırılan beş alt ölçek çerçevesinde kişilerin öznel damgalama yaşantılarını değerlendirmektedir. (39) RHİDÖ'nde yer alan maddeler "kesinlikle aynı fikirde değilim" (1 puan), "aynı fikirde değilim" (2 puan), "aynı fikirdeyim" (3 puan), "kesinlikle aynı fikirdeyim" (4 puan) şeklinde dördü bir Likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. "Damgalanmaya karşı direnç" alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Beş alt ölçeğe ait puanların toplanmasıyla elde edilen toplam RHİDÖ puanı 4 ile 116 puan arasında değişmektedir. RHİDÖ'nde yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir. Ersoy ve ark. (2007) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır.(2) RHİDÖ alt ölçeklerine ait Cronbach's alpha katsayısı sırasıyla 0.84, 0.71, 0.87, 0.85, 22 0.63' tür. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Yabancılaşma (6 madde):1, 5, 8, 16, 17, 21. Kalıp Yargıların Onaylanması (7 madde):2, 6, 10, 18, 19, 23, 29. Algılanan Ayrımcılık (5 madde):3, 15, 22, 25, 28. Sosyal Geri Çekilme (6 madde):4, 9, 11, 12, 13, 20. Damgalanmaya Karşı Direnç (5 madde):7, 14, 24, 26, 27.

3.2.8. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

1963'de Morris Rosenberg tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenirliği Çuhadaroğlu (1986) tarafından gösterilmiştir. (67) Ölçekte on madde yer almaktadır. Olumlu ve olumsuz yüklü maddeler ardışık olarak sıralanmıştır. Ölçeğin kendi içindeki değerlendirme sistemine göre denekler 0 ile 6 arasında puan almaktadırlar. Sayısal ölçümlerle yapılan karşılaştırmalarda benlik saygısı yüksek (0-1) puan, orta (2-4) puan, düşük (5-6) puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekte işaretli maddeler puan almaktadır. Madde I için 3 sorudan 2'sinde işaretli cevabı seçerse 1 puan, Madde II ve Madde VI, için 2 sorudan 1'inde işaretli cevabı seçmesi 1 puan alması için yeterli olacaktır. Diğer maddelerde ise her işaretli cevap 1 puan değerindedir. (67)

3.3. Uygulama ve İstatiksel Değerlendirme

Araştırmaya alınan kişilere ilk olarak SCID-I (SCID-CV) görüşmesi yapılmış olup hasta grubuna DSM-IV'e göre tanı konulmuştur. SCID-I uygulaması sonucu depresif bozukluk saptanan hastalara Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) verilip doldurulmuştur. Sosyodemografik veri formu, hastalık veri formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Örneklemden elde edilen veriler SPSS for Windows 15.0 paket programı ile analiz edilmiştir. Temel frekans analizleri ardından yapılan istatistiksel değerlendirmede, içselleştirilmiş damgalanma puanları iki grupta

karşılaştırıldığında t testi, ikiden fazla grupta karşılaştırıldığında varyans analizi kullanılmıştır; gruptaki birey sayısı normal dağılım göstermediğinde ise non-parametrik testlerden Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Varyans analizinde anlamlılık belirlenirse anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemede Bonferroni testi kullanılmıştır. HAM-D, HAM-A, BDE, RBSÖ puanları ile içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişki için pearson korelasyon analizi yapılmıştır.

IV.BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya katılan 83 deneğin yaş ortalaması 41.76' dır. (ortalama \pm standart sapma=41,76 \pm 11,827, Minimum:18, Maksimum:64) Deneklerin 72 (%86.7) si kadın, 11 (%13.3) i erkek katılımcıdır. Deneklerin 62 (%74.7) si evli, 13 (%15.7) ü bekar, 5 (%3.6) i ayrı yaşayan, 3 (%3.6) ü duldur. Deneklerin eğitim durumu değerlendirildiğinde 5 (%6) inin okur yazar/öğrenimi yok, 50 (%60.2) sinin ilköğretim mezunu, 18 (%21.7) inin lise mezunu, 10 (%12) unun yüksek okul mezunu olduğu saptanmıştır. Deneklerin 46 (%55.4) sı evhanımı, 12 (%14.5) si çalışan, 15 (%18.1) i emekli, 4 (%4.8) ü öğrenci ve 6 (%7.2) sı işsizdir. Aylık hane gelir durumlarına bakıldığında 44 (%53) ü 1000 TL ve altında, 39 (%47) u 1000 TL üstünde kazanca sahiptir. Yaşadıkları yere bakıldığında 51 (%61.4) i şehirde, 31 (%37.3) i ilçe/kasabada, 1 (%1.2) i köyde yaşamaktadır. Deneklerin 32 (%38.6) sinde soygeçmişlerinde psikiyatrik hastalık öyküsü varken , 51 (%61.4) inde yoktur. Soygeçmişlerdeki psikiyatrik hastalıklara bakıldığında; 18 (%21.7) inde depresyon, 4 (%4,8) ünde şizofreni, 5 (%6) inde anksiyete bozukluğu, 1 (%1.2) inde somatoform bozukluk, 1 (%1.2) inde alkol bağımlılığı, 1 (%1.2) inde patolojik yas, 1 (%1.2) inde depresyon + OKB, 1 (%1.2) inde depresyon + somatoform bozukluk olduğu saptanmıştır. Deneklerde kronik bedensel hastalık varlığına baktığımızda; 16 (%19.3) sında kronik bedensel hastalık varken, 67 (%80.7) sinde saptanmamıştır. Deneklerin; 8 (%9.6) inde hipertansiyon (HT), 3 (%3.6) ünde diabetes mellitus (DM), 2 (%2.4) sinde HT + DM, 1 (%1.2) inde anemi, 1 (%1.2) inde parkinson hastalığı, 1 (%1.2) inde kifoskolyoz saptanmıştır. Deneklerin sosyodemografik özellikleri tablo 1 de gösterilmiştir.

Tablo 1. Deneklerin sosyodemografik özellikleri

CİNSİYET	n	%
Kadın	72	86,7
Erkek	11	13,3
MEDENİ DURUM		
Evli	62	74,7
Bekar	13	15,7
Ayrı yaşıyor	5	6
Dul	3	3,6
EĞİTİM DURUMU		
Okur yazar/öğrenimi yok	5	6
İlkoğretim	50	60,2
Lise	18	21,7
Yüksekokul	10	12
MESLEK		
Ev hanımı	46	55,4
Çalışıyor	12	14,5
Emekli	15	18,1
Öğrenci	4	4,8
İşsiz	6	7,2
AYLIK GELİR		
0-1000	44	53
1000 üstü	39	47
YAŞADIĞI YER		
Şehir	51	61,4
İlçe kasaba	31	37,3
Köy	1	1,2

SOYGEÇMİŞTE PSİKİYATİK HASTALIK ÖYKÜSÜ		
Var	32	38,6
Yok	51	61,4
SOYGEÇMİŞTE PSİKİYATRİK HASTALIKLAR		
Depresyon	18	21,7
Şizofreni	4	4,8
Anksiyete Bozukluğu	5	6
Somatoform Bozukluk	1	1,2
Alkol Bağımlılığı	1	1,2
Patolojik Yas	1	1,2
Depresyon + OKB	1	1,2
Depresyon + Somatoform Bozukluk	1	1,2
Yok	51	61,4
KRONİK BEDENSEL HASTALIK ÖYKÜSÜ		
Var	16	19,3
Yok	67	80,7
KRONİK BEDENSEL HASTALIKLAR		
HT	8	9,6
DM	3	3,6
DM + HT	2	2,4
Anemi	1	1,2
Parkinson	1	1,2
Kifoskolyoz	1	1,2
Yok	67	80,7

4.2. Deneklerin Psikiyatrik Hastalık ve Tedavi İle İlgili Algı ve Deneyimleri

Araştırmaya katılan deneklerin sahip oldukları psikiyatrik hastalık nedeniyle işten çıkmak zorunda kalıp kalmadıkları sorulduğunda; 6 (%7.2) sının işten çıkmak zorunda kaldığı, 1 (%1.2) inin işten çıkarıldığı saptanmıştır. Deneklerin 15 (%18) inin negatif ayrımcılığa maruz kaldığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan deneklerin 15 (%18) inde arkadaş ilişkilerinde bozulma meydana gelmiştir. Deneklerin 5 (%6) i psikiyatrik hastalıkları sebebiyle çevreden olumlu davranış görmüştür. Deneklerin 3 (%3.6) ü psikiyatrik hastalıkları sebebiyle pozitif ayrımcılık ve kazanç elde etmiştir. Deneklerin 36 (%43.4) sı psikiyatrik hastalığını gizleme gereksinimi duymuş, 47 (%56.6) si gizleme gereksinimi duymamıştır. Psikiyatrik hastalığını gizleme gereksinimi duyanların 35 (%97.2) i psikiyatrik hastalığını sadece yakınları ile paylaşmış olup, 1 (%2.8) i hiçkimse ile paylaşmamıştır. Deneklerin 34 (%41) ü psikiyatrik tedavi aldıklarını gizleme gereksinimi duymuştur. Psikiyatrik hastalığını gizleme gereksinimi duyanların 34 (%100) ü bunu sadece yakınları ile paylaşmıştır. Deneklerin mevcut psikiyatrik tablolarını nasıl tanımladıkları sorgulandığında ise 40 (%48.2) i mevcut durumunu ruhsal hastalık olarak, 1 (%1.2) i bedensel hastalık olarak, 42 (%50.6) si sinir hastalığı olarak tanımlamıştır. Deneklerin psikiyatrik hastalık ve tedavi ile ilgili algı ve deneyimleri tablo 2 de gösterilmiştir.

Tablo 2. Deneklerin psikiyatrik hastalık ve tedavi ile ilgili algı ve deneyimleri

İŞTEN ÇIKMA	n	%
Evet	6	7,2
Hayır	77	92,8
İŞTEN ÇIKARILMA		
Evet	1	1,2
Hayır	82	98,8
NEGATİF AYRIMCILIĞA MARUZ KALMA		
Evet	15	18
Hayır	68	82
ARKADAŞ İLİŞKİLERİNDE BOZULMA		
Evet	15	18
Hayır	68	82
OLUMLU DAVRANIŞ GÖRME		
Evet	5	6
Hayır	78	94
POZİTİF AYRIMCILIK ve KAZANÇ ELDE ETME		
Evet	3	3,6
Hayır	80	96,4
PSİKIYATRİK HASTALIĞINI GİZLEME GEREKSİNİMİ		
Evet	36	43,4
Hayır	47	56,6
PSİKIYATRİK HASTALIĞINI		

KİME SÖYLEDİĞİ		
Yakınları	35	97,2
Hiçkimse	1	2,8
PSİKİYATRİK TEDAVİYİ GİZLEME GEREKSİNİMİ		
Evet	34	41
Hayır	49	59
PSİKİYATRİK TEDAVİYİ KİME SÖYLEDİĞİ		
Yakınları	34	100
MEVCUT DURUMUNU TANIMLAMA		
Ruhsal Hastalık	40	48,2
Bedensel Hastalık	1	1,2
Sinir Hastalığı	42	50,6

4.3. Deneklerin Psikiyatrik Hastalık Özellikleri

Çalışmaya katılan deneklerin 62 (%74.7) sinde Majör Depresif Bozukluk (MDB) tanısı, 19 (%22.9) unda Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk (BTA Depresif Bozukluk) tanısı, 2 (%2.4) sinde Distimi tanısı saptanmıştır. Psikiyatrik eştanılara bakıldığında, 8 (%74.7) inde Anksiyete Bozukluğu, 3 (%3.6) ünde Somatoform Bozukluk, 72 (%86.7) inde ise eştanı saptanmamıştır. Deneklerin 40 (%48.2) ı DSM-IV ölçütlerine göre MDB epizodu içinde olup, 43 (%51.8) ü epizod içinde saptanmamıştır. Deneklerin 50 (%60.2) sinin belirtilerinde düzelme yok veya çok az düzelme olduğu saptanmış olup, 25 (%30.1) inde belirtilerde kısmi düzelme olduğu, 8 (%9.6) inde belirtilerde tam düzelme olduğu saptanmıştır. Deneklerin psikiyatrik hastalık süresi (psikiyatrik hastalık başlangıcından bu yana geçen süre)

ortalama 72.49 ay olarak saptanmıştır. Deneklerin psikiyatrik şikayetlerle ilk başvurdukları uzman hekime bakıldığında; 67 (%80.7) sinin psikiyatriste, 7 (%8.4) sinin nöroloji uzmanına, 3 (%3.6) ünün dahiliye uzmanına, 3 (%3.6) ünün pratisyen doktora, 2 (%2.4) sinin göğüs hastalıkları uzmanına, 1 (%1.2) inin kardiyoloji uzmanına başvurdukları saptanmıştır. Deneklerin ilk kez psikiyatri polikliniğine ortalama 49.75 ay önce başvurdukları saptanmıştır. Deneklerin 9 (%10.8) unun psikiyatri polikliniğine ilk kez başvurduğu, 74 (%89.2) ünün kontrol hastası olduğu saptanmıştır. Kontrol hastası olanların 30 (%40.5) unun kontrol sayısı 2-5 arası, 15 (%20.3) inin 5-10 arası, 29 (%39.2) unun 10 ve daha fazla kontrol sayısına sahip olduğu saptanmıştır. Kontrol hastalarının düzenli gelip gelmediklerine bakıldığında; 36 (%48.6) sının kontrollere düzenli geldiği, 38 (%51.4) inin ise düzenli gelmediği bulunmuştur. Kontrol hastalarının tedaviye uyumuna bakıldığında ise 46 (%62.2) sının en fazla ayda 1 doz atladığı, 28 (%37.8) inin ise ayda 1 den fazla doz atladığı saptanmıştır. Deneklerin 7 (%8.4) sinin psikiyatri servisine yatış öyküsü bulunduğu saptanmıştır. Deneklerin 9 (%10.8) unda intihar girişimi öyküsü saptanmış olup, 74 (%89.2) ünde intihar girişimi öyküsü saptanmamıştır. Deneklerin psikiyatrik hastalık özellikleri tablo 3 de gösterilmiştir.

Tablo 3. Hastalık özellikleri

PSİKİYATRİK TANI	n	%
MDB	62	74,7
BTA depresif Bozukluk	19	22,9
Distimi	2	2,4
PSİKİYATRİK EŞTANI		
Anksiyete Bozukluğu	8	9,6
Somatoform Bozukluklar	3	3,6
Yok	72	86,7

MDB EPİZODU		
Epizod içinde	40	48,2
Epizod içinde değil	43	51,8
MEVCUT PSİKİYATRİK HASTALIK BELİRTİLERİ		
Belirtilerde düzelme yok veya çok az düzelme	50	60,2
Belirtilerde kısmi düzelme	25	30,1
Belirtilerde tam düzelme	8	9,6
PSİKİYATRİK HASTALIK SÜRESİ (ay) (ortalama ± standart sapma)	72,49±77,3	
	n	%
İLK BAŞVURU		
Psikiyatri	67	80,7
Nöroloji	7	8,4
Dahiliye	3	3,6
Pratisyen	3	3,6
Göğüs Hastalıkları	2	2,4
Kardiyoloji	1	1,2
PSİKİYATRİYE BAŞVURU SÜRESİ (ay)(ortalama ± standart sapma)	49,75±55,9	
	n	%
PSİKİYATRİK BAŞVURU		
İlk Başvuru	9	10,8
Kontrol	74	89,2
PSİKİYATRİK KONTROL SAYISI		

2-5	30	40.5
5-10	15	20.3
10 dan fazla	29	39.2
KONTROLLERE DÜZENLİ GELİP GELMEDİĞİ		
Evet	36	48,6
Hayır	38	51,4
TEDAVİYE UYUM		
Ayda en fazla 1 doz	46	62.2
Ayda 1 den fazla doz atlama	28	37.8
PSİKİYATRİ SERVİSİNE YATIŞ ÖYKÜSÜ		
Var	7	8,4
Yok	76	91,6
İNTİHAR GİRİŞİMİ		
Var	9	10,8
Yok	74	89,2

4.4.Deneklerin HAM-D, HAM-A, BDE, RBSÖ ve RHİDÖ Puanları

HAM-D ölçeği puan ortalaması 14.78 olarak saptanmış olup, ölçekten minimum 1, maksimum 29 puan alınmıştır. HAM-A ölçeği puan ortalaması 5.59 olarak saptanmış olup, ölçekten minimum 1, maksimum 26 puan alınmıştır. BDE puanlarına bakıldığında, ortalaması 19.24 olan ölçekten minimum 1, maksimum 45 alınmıştır. RBSÖ puan ortalaması 2.75 olup, 0-6 puan arası alınmıştır. Ölçekten 0-1 puan alınması benlik saygısı yüksek, 2-4 puan benlik saygısı orta, 5-6 puan benlik saygısı düşük olarak değerlendirilmektedir. RHİDÖ puan ortalaması ise 61.93 olarak saptanmış

olup, minimum 33, maksimum 94 olarak puan alınmıştır. Ölçek puanları tablo 4 de gösterilmiştir.

Tablo.4. HAM-D, HAM-A, BDE, RBSÖ ve RHİDÖ Puanları

Ölçekler	ortalama ± standart sapma	Minimum	Maksimum
HAM-D	14.78±7.738	1	29
HAM-A	5.59±4.874	0	26
BDE	19.24±10.462	1	45
RBSÖ	2.75±1.853	0	6
RHİDÖ	61.93±16.148	33	94

4.5.Sosyodemografik Verilerin İçselleştirilmiş Damgalanma Puanları ile İlişkisi

Sosyodemografik veriler olarak yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, yaşadığı yer, soygeçmişte psikiyatrik hastalık olup olmaması ve kronik bedensel hastalık olup olmaması ile ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği (RHİDÖ) puanları karşılaştırıldığında; sadece yaşadığı yerin il veya ilçe/kasaba olması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır.(Tablo 5) İlçe/kasaba da yaşayanların RHİDÖ puanları şehir merkezinde yaşayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.(t= 3.639, p=0.001) Köyde yaşayan 1 kişi istatistiksel analize dahil edilmemiştir.

Tablo 5. Sosyodemografik Verilerin İçselleştirilmiş Damgalanma Puanları ile İlişkisi

ÖZELLİKLER		Sayı	RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ (RHİDÖ)	İstatistiksel Analiz	
			Ortalama± Standart Sapma		
YAŞ	18-41 yaş	46	61,52± 16,376	t= 254	p=0.800*
	42-64 yaş	37	62,43±16,070		
CİNSİYET	Kadın	72	60,83±16,024	z= 1.552	p=0.121**
	Erkek	11	69,09±15,814		
MEDENİ DURUM	Evli	62	61,45±16,489	χ²=1.786	p=0.618***
	Bekar	13	60,31±16,183		
	Ayrı yaşıyor	5	71,00±16,401		
	Dul	3	63,67±7,371		
EĞİTİM DURUMU	Okur yazar/öğrenimi yok	5	61,80±20,413	χ²=0.641	p=0.887***
	İlkoğretim	50	62,74±16,547		
	Lise	18	61,89±14,990		
	Yüksekokul	10	58,00±15,958		
MESLEK	Ev hanımı	46	61,59±17,155	χ²=2.793	p=0.593***
	alıőıyor	12	59,67±15,447		
	Emekli	15	59,80±12,061		
	ÖĞrenci	4	66,50±22,605		
	İşsiz	6	71,33±15,462		
GELİR DURUMU	0-1000	44	64,07±17,293	t=1.301	p=0.197*
	1000 üstü	39	59,51±14,594		
YAŞANAN YER	Şehir	51	57,35±13,850	t= 3.639	p=0.001*
	İlçe kasaba	31	70,19±16,410		
SOYGEMIŐTE PSİKİYATİK HASTALIK	Var	32	64,09±15,779	t=0.976	p=0.332*
	Yok	51	60,57±16,382		

ÖYKÜSÜ					
KRONİK BEDENSEL HASTALIK ÖYKÜSÜ	Var	16	65,56±15,513	z= 1.010	p=0.312**
	Yok	67	61,06±16,288		

*t testi , **Mann-Whitney U, ***Kruskal-Wallis Testi

Sosyodemografik verilerden olan yaş, deneklerin yaş ortalaması 41.76 olduğundan dolayı 18-41 ve 42-64 yaş olarak bölünerek analize alınmıştır.

4.6. Hastaların Psikiyatrik Hastalık ve Tedavi İle İlgili Algı ve Deneyimleri ile İçselleştirilmiş Damgalanma Puanları İlişkisi

Hastaların psikiyatrik hastalık ve tedavi ile ilgili algı ve deneyimleri ile içselleştirilmiş damgalanma puanları ilişkisine bakıldığında; psikiyatrik hastalık nedeniyle işten çıkma ve içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında anlamlı istatistiksel ilişki olduğu saptanmıştır. (z= 2.313, p=0.021) Psikiyatrik hastalık nedeniyle arkadaş ilişkilerinde bozulma ile içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında anlamlı istatistiksel ilişki olduğu saptanmıştır. (z=2.824,p=0.005) Psikiyatrik hastalıklarını gizleme gereksinimi duyma ile içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmıştır. (t=2.343,p=0.022) Psikiyatrik tedaviyi gizleme gereksinimi duyma ile içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında anlamlı istatistiksel ilişki olduğu saptanmıştır.(t=3.323, p=0.001) Hastaların psikiyatrik hastalık nedeniyle negatif ayrımcılığa maruz kalıp kalmadıkları, çevreden olumlu davranış görüp görmedikleri, pozitif ayrımcılık ve kazanç elde edip etmedikleri ve mevcut durumlarını ruhsal hastalık veya sinir hastalığı olarak görüp görmemeleri ile içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Hastalardan mevcut durumunu bedensel hastalık olarak gören 1 kişi istatistiksel analize alınmamıştır. İşten çıkarılma analize alınmamıştır.(1 kişi olduğu

için) istatistiksel analize dahil edilmemiştir. Psikiyatrik hastalığını kime söylediği analize alınmamıştır. (1 kişi olduğu için) (tablo 6)

Tablo 6. Hastaların Psikiyatrik Hastalık ve Tedavi İle İlgili Algı ve Deneyimleri ile İçselleştirilmiş Damgalanma Puanları İlişkisi

ÖZELLİKLER		Sayı	RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ (RHİDÖ)	İstatistiksel Analiz	
			Ortalama± Standart Sapma		
İŞTEN ÇIKMA	Evet	6	77,17±12,156	z= 2.313	p=0.021**
	Hayır	77	60,74±15,870		
NEGATİF AYRIMCILIĞA MARUZ KALMA	Evet	15	67,07±17,417	z= 1.308	p=0.191**
	Hayır	68	60,79±15,765		
ARKADAŞ İLİŞKİLERİNDE BOZULMA	Evet	15	73,13±14,942	z= 2.824	p=0.005**
	Hayır	68	59,46±15,433		
OLUMLU DAVRANIŞ GÖRME	Evet	5	69,00±23,601	z= 1.024	p=0.306**
	Hayır	78	61,47±15,662		
POZİTİF AYRIMCILIK ve KAZANÇ ELDE ETME	Evet	3	51,67±16,442	z= 0.940	p=0.347**
	Hayır	80	62,31±16,114		
PSİKİYATRİK HASTALIĞINI GİZLEME GEREKSİNİMİ	Evet	36	66,58±16,265	t=2.343	p=0.022*
	Hayır	47	58,36±15,283		
PSİKİYATRİK TEDAVİYİ GİZLEME GEREKSİNİMİ	Evet	34	68,62±15,378	t=3.323	p=0.001*
	Hayır	49	57,29±15,138		

MEVCUT DURUMUNU TANIMLAMA	Ruhsal Hastalık	40	63,73±16,123	t=0.952	p=0.344*
	Sinir Hastalığı	42	60,31±16,371		

*t testi , **Mann-Whitney U

4.7. Hastalık Özellikleri ile RHİDÖ Puanları Arasındaki İlişki

Hastalık özellikleri ile RHİDÖ puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; psikiyatrik hastalık süresi ile içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında $p=0.497$), psikiyatriye başvuru süresi ile içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında $p=0.642$), psikiyatrik tedavi süresi ile içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. ($p=0.560$) (tablo 7)

Tablo 7. Hastalık Özellikleri ile RHİDÖ puanları arasındaki ilişki

	r	P
Psikiyatrik Hastalık Süresi (ay)	- 0.076	0.497*
Psikiyatriye Başvuru Süresi (ay)	0.052	0.642*
Psikiyatrik Tedavi Süresi (ay)	- 0.065	0.560*

*Pearson Korelasyon Analizi

Hastaların ilk başvuru ve kontrol hastası olup olmadıkları ($z=1.824, p=0.068$), psikiyatri polikliniği kontrol sayıları ($\chi^2= 1.476, p=0.478$), psikiyatri poliklinik kontrollerine düzenli geliş olup olmaması ($t=1.191, p=0.238$), psikiyatrik tedaviye uyum açısından; ayda en fazla 1 doz atlama ve ayda 1 den fazla doz atlama ile içselleştirilmiş damgalanma puanları ile ilişkilerine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamamıştır.

($t = -0.585, p = 0.561$) Psikiyatri servisine yatışı olan ve olmayanlar ile içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış olup, psikiyatri servisine yatışı olanların içselleştirilmiş damgalanma puanları yatışı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. ($z = 2.582, p = 0.010$) İntihar girişimi olan ve olmayan hastalar içselleştirilmiş damgalanma puanları açısından karşılaştırıldığında; intihar girişimi olanların içselleştirilmiş damgalanma puanları intihar girişimi olmayanlarınkinden istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. ($z = 3.194, p = 0.001$)

Tablo 8. Hastalık Özellikleri ile RHİDÖ puanları arasındaki ilişki

ÖZELLİKLER		Sayı	RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ (RHİDÖ)	İstatistiksel Analiz	
			Ortalama± Standart Sapma		
PSİKİYATRİK BAŞVURU	İlk Başvuru	9	71,78±17,057	z= 1.824	p=0.068**
	Kontrol	74	60,73± 15,735		
PSİKİYATRİ KONTROL SAYISI	2-5	30	61,87±15,067	$\chi^2 = 1.476$	p=0.478***
	5-10	15	56,33±14,879		
	10 dan fazla	29	61,83±16,933		
KONTROLLERE DÜZENLİ GELİŞ	Evet	36	58,50±15,484	t= 1.191	p=0.238*
	Hayır	38	62,84±15,884		
TEDAVİYE UYUM	Ayda 1 den az doz atlama	46	59,89±15,798	t= 0.585	p=0.561*
	Ayda 1 den fazla	28	62,11±15,822		

	doz atlama				
PSİKIYATRİ SERVİSİNE YATIŞ ÖYKÜSÜ	Var	7	77,57±13,290	z=2.582	p=0.010**
	Yok	76	60,49±15,685		
İNTİHAR GİRİŞİMİ	Var	9	78,22±11,987	z= 3.194	p=0.001**
	Yok	74	59,95±15,506		

*t testi , **Mann-Whitney U, ***Kruskal-Wallis Testi

4.8. Psikiyatrik tanı, epizod içinde olma ve eştanı ile RHİDÖ puanları arasındaki ilişki

Psikiyatrik tanı, epizod ve eştanı ile RHİDÖ puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; MDB tanılı hastaların içselleştirilmiş damgalanma puanları BTA Depresif Bozukluk tanılı hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.(z= 3.167, p=0.002) Psikiyatrik eştanı olup olmaması ile içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.(z= 0.766,p=0.444) Hastalardan MDB epizodu içinde olanların olmayanlara göre içselleştirilmiş damgalanma puanları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. (t=6.486 p<0.001) Hastaların mevcut psikiyatrik hastalık belirtilerinde düzelme olmayan veya çok az düzelme olanlarla, belirtilerde kısmi düzelme olanlar ve belirtilerde tam düzelme olanlar arasında içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. ($\chi^2=29.236,p<0.001$) Yapılan ileri analizlerde; psikiyatrik hastalık belirtilerinde düzelme olmayan veya çok az düzelme olanlarla, belirtilerde kısmi düzelme olanların içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (Bonferroni:p<0.001); hastalık belirtilerinde düzelme olmayan veya çok az düzelme olanlarla belirtilerde tam düzelme olanların içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (Bonferroni:p<0.001) saptanmıştır. (tablo 8)

Tablo.8 Psikiyatrik Tanı, Epizod İçinde Olma ve Eştanı İle RHİDÖ Puanları Arasındaki İlişki

ÖZELLİKLER		Sayı	RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ (RHİDÖ)	İstatistiksel Analiz	
			Ortalama± Standart Sapma		
PSİKİYATRİK TANI	MDB	62	65,44± 15,775	z= 3.167	p=0.002**
	BTA Depresif Bozukluk	19	52,11± 13,161		
EŞTANI	Var	11	58,27± 14,325	z= 0.766	p=0.444**
	Yok	72	62.49± 16.427		
MDB EPİZODU	Epizod içinde	40	71,70± 14,342	t=6.486	p<0.001*
	Epizod içinde değil	43	52,84± 11,938		
MEVCUT PSİKİYATRİK HASTALIK BELİRTİLERİ	Belirtilerde düzelme yok veya çok az düzelme (a)	50	69,46± 14,479	χ ² =29.236 a>b****, a>c****	p<0.001***
	Belirtilerde kısmi düzelme (b)	25	52,36± 11,313		
	Belirtilerde tam düzelme(c)	8	44,75± 8,876		

*t testi , **Mann-Whitney U, ***Kruskal-Wallis Testi, ****post hoc p<0.001, *****post hoc p<0.001

4.9. HAM-D, HAM-A, BDE, RBSÖ Ölçek Puanlarının RHİDÖ Puanları ile İlişkisi

Ölçek puanlarının RHİDÖ puanları ile ilişkisine bakıldığında; HAM-D (p<0.001), BDE (p<0.001), HAM-A (p<0.001) ve RBSÖ puanları ile

içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. ($p < 0.001$) (tablo 9) RBSÖ puanı artışı benlik saygısında düşmeyi gösterdiğinden dolayı, benlik saygısı düşüklüğü ile içselleştirilmiş damgalanma arasında anlamlı ilişki saptanmış diyebiliriz.

Tablo.9. HAM-D, HAM-A, BDE, RBSÖ Ölçek Puanlarının RHİDÖ Puanları ile İlişkisi

	r	P*
HAM-D	0.604	< 0.001
BDE	0.515	< 0.001
HAM-A	0.355	0.001
RBSÖ	0.689	< 0.001

*Pearson Korelasyon Analizi

V. TARTIŞMA

Bizim çalışmamızda, depresif bozuklukta hastalık şiddeti ve özelliklerinin, eşlik eden anksiyete varlığının, eştanı varlığının, sosyodemografik özelliklerin ve benlik saygısının içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Sosyodemografik özellikler ile içselleştirilmiş damgalanma ilişkisi

Bizim çalışmamızda, sosyodemografik özellikler açısından yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, soygeçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü ve kronik bedensel hastalık öyküsü ile içselleştirilmiş damgalanma arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. İçselleştirilmiş damgalanma ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırıldığı çalışmalara bakıldığında; çalışmaların çoğunda sosyodemografik değişkenlerin hiçbirisi ile içselleştirilmiş damgalanma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.(42, 46,48,68) Çeşitli sosyodemografik değişkenler ile içselleştirilmiş damgalanma ilişkisini anlamlı saptayan çalışmalar da vardır: 60 yaş üstü depresyonlu hastalarla yapılan bir çalışmada gelir ve eğitim düzeyi düşüklüğü ile artmış içselleştirilmiş damgalanma ilişkisi saptanmıştır.(70) Türkiye' de psikiyatri hastalarıyla yapılan bir çalışmada erkeklerde kadınlara göre içselleştirilmiş damgalanma düzeyi anlamlı olarak daha fazla saptanmışken, geliri yüksek olanlarda ise düşük olanlara göre içselleştirilmiş damgalanma düzeyi anlamlı olarak daha az bulunmuştur. (2) Bir çalışmada çalışanların içselleştirilmiş damgalanma puanları çalışmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuşken (71) ,başka bir çalışmada 35-44 yaş arası psikiyatrik tanısı olan hastaların içselleştirilmiş damgalanma puanları diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek olarak bulunmuştur. (72) Depresif bozukluk tanısı olan hastalarla yapılan bir çalışmada ise daha düşük eğitim düzeyine sahip hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri daha yüksek saptanmıştır. (12)

Bizim çalışmamızda il merkezinde yaşayanların içselleştirilmiş damgalanma puanları ilçe/kasaba'da yaşayanlara göre anlamlı olarak daha düşük olarak bulunmuştur. Kırsal kesimde yaşamanın daha fazla damgalanma algısı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. (9) Angermeyer ve arkadaşları (2004) kent ve kasaba örneklemelerinde yaptıkları karşılaştırmalı bir çalışmada kasabada yaşayan hastaların kentlilere göre daha fazla damgalandıklarını düşündüklerini göstermiştir.(69) İl merkezine göre ilçe/kasabada yaşayanların daha yakın ilişki içinde olmaları nedeniyle olumsuz tutum, psikiyatrik hastalıkla ilgili kalıp yargılara daha çok maruz kalmaları ve bu nedenle de utanç duygusu hissetmeleri içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin artmasına neden olabilir. Toplumsal damgala(n)manın kırsal kesimde daha yüksek olmasının da içselleştirilmiş damgalanmanın artmasında payı olabilir. Ruhsal hastalık ile etiketlenmenin utanç hissi ve bunun sonucu olarak artmış içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. (73)

Psikiyatrik hastalık ve tedavi ile ilgili algı ve deneyimlerin içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkisi

Bizim çalışmamızda deneklerin psikiyatrik hastalık ile ilgili algı ve deneyimleri açısından içselleştirilmiş damgalanma puanları değerlendirildiğinde psikiyatrik hastalık nedeniyle işinden ayrılanlarda (kendi isteği ile) , psikiyatrik hastalık nedeniyle arkadaş ilişkilerinde bozulma olanlarda ve psikiyatrik hastalık ve tedavilerini gizleme gereksinimi duyanlarda içselleştirilmiş damgalanma puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Toplumdaki damgalamaların kabullenilip içselleştirilmesi ile insanların kendileri hakkındaki algıları ve duyguları değişir, hayattaki amaç ve planlarının değişmesini sağlayarak onların diğerlerinden kaçınan bireyler olmalarına yol açar (46) Bizim çalışmamızdaki gibi çalıştıkları işten ayrılmalarına, sosyal çevrelerinden geri çekilme de arkadaş ilişkilerinde

bozulmaya yol açabilir. İçselleştirilmiş damgalanma bireyin diğer insanlarla ilişkilerinde olumsuz beklentilere sahip olmasına, bireyin kendini korumacı davranmasına, başkalarına daha az güven duymasına ve sosyal ilişkilerinde zorluklara yol açabilir. (18) Bu durum sadece iş ilişkisinde değil arkadaşlık gibi sosyal ilişkilerde de olumsuzluklara neden olabilir. Bireyler psikiyatrik hastalık tanısı aldıklarında, toplumun onları dışlayacağına ve önemsiz, değersiz göreceğine inanırlar ve moral bozukluğu, azalmış benlik saygısı, sosyal uyumda bozulma, psikiyatrik tedaviye uyumda azalma gibi olumsuz sonuçlara neden olabilir. (4,18,74,75,76) İçselleştirilmiş damgalanmada en önemli kaynak kişinin kendisidir. Hastanın yakın çevresi ve toplumdaki damgalama eğilimiyle artış gösterir. Kişinin diğer insanları damgalama eğilimi ne kadar fazlaysa toplumdaki damgalamayı da o kadar içselleştirmektedir. (9) Bu nedenle içselleştirilmiş damgalanması daha yüksek olanlar başkalarının da kendisini daha fazla damgalayacağını düşünürler. Bizim çalışmamızda da içselleştirilmiş damgalanma, damgalanma kaygısını beraberinde getirmektedir. Algılanan ayrımcılığın fazla olmasının içselleştirilmiş damgalanmanın öngörücüsü olduğunu bildiren çalışmalar olmakla beraber (71) ayrımcılığın veya kalıp yargıların ancak kişinin kabullenmesi ile içselleştirilmiş damgalanmaya neden olacağı belirtilmiştir.(82) Hastaların negatif ayrımcılığı haksız olarak algılamaları sonucunda içselleştirilmiş damgalanmalarının artmadığı belirtilmiştir. (35,73) Bizim çalışmamızda da olumlu yada olumsuz davranışlar (negatif,pozitif ayrımcılık) içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili bulunmamıştır. Depresyonlu hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri dışarıdan gelen veya diğer insanlardan gelen olumlu yada olumsuz davranışlardan etkilenmemektedir. Ancak depresyonlu hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri, kişinin kendisini damgaladığını gösteren davranışlarla (işten ayrılma, arkadaş ilişkilerinde bozulma, psikiyatrik hastalığını veya tedavisini gizleme gereksinimi gibi) ilişkilidir.

Psikiyatrik hastalık özellikleri ve içselleştirilmiş damgalanma ilişkisi

Bizim çalışmamızda psikiyatrik hastalık süresi ile içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında, psikiyatriye başvuru süresi ile içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında, psikiyatrik tedavi süresi ile içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Benzer çalışmalarda da depresyonlu hastalarda hastalık süresi ile içselleştirilmiş damgalanma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (12,42,48)

Bizim çalışmamızda psikiyatri servisine yatış öyküsü daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili bulunmuştur. Uzunlamasına izlem çalışmalarında başlangıçtaki içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yüksekliği ileri dönemdeki hastaneye yatış sayısında artma ile anlamlı ilişki içinde bulunmuştur.(42) İçselleştirilmiş damgalanmanın tedavi uyumunu bozduğu ve semptom şiddetinde artmaya neden olduğu (42) göz önüne alındığında içselleştirilmiş damgalanması daha yüksek olan hastaların psikiyatri servislere daha çok yatışları oluyor olabilir. Psikiyatri servisine yatış sayısının hastayı etiketlemeyi arttırdığı bildirilmiştir.(77) Yatışı olan hastalar toplum tarafından daha fazla damgalanmaktadır. Hastalar yatışın getirdiği olumsuz kalıp yargıları da içselleştiriyor olabilir. Borderline kişilik bozukluğu gibi kronik ve ağır ruhsal hastalığa sahip hastalarla yapılan bir çalışmada psikiyatri servisine yatışın sosyal etiketlemeye sebep olduğu bulunmuştur. (73) Yüksek içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile intihar girişimi varlığı arasında bir ilişkili vardır, yüksek içselleştirilmiş damgalanma puanları intihar girişimiyle ilişkilidir. Bu hem psikopatolojinin ağırlığı ile hem de intiharın getirdiği ek damgalanma ile ilişkili olabilir. Ancak bu ilişkinin ilerideki çalışmalarda araştırılması gerekmektedir.

Depresyon ile içselleştirilmiş damgalanma ilişkisi

Bizim çalışmamızda MDB tanılı hastaların içselleştirilmiş damgalanma puanları BTA Depresif Bozukluk tanılı hastalara göre anlamlı olarak daha

yüksek saptanmıştır. MDB epizodu içinde olanların içselleştirilmiş damgalanma puanları olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Yapılan ileri analizlerde; psikiyatrik hastalık belirtilerinde kısmi ve tam düzelme olanların içselleştirilmiş damgalanma puanları düzelme olmayan veya çok az düzelme olanların içselleştirilmiş damgalanma puanlarından anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. İçselleştirilmiş damgalanmanın: anlamlı olarak depresif semptomların bir öngörücüsü olduğu yani içselleştirilmiş damgalanmanın başlangıçtaki yüksekliğinin ileri dönemde depresyon şiddetinde artmayı öngördüğü (48), depresyon semptomlarını kötü yönde etkilediği, iyileşmeyle ilgili olumsuz sonuçlara yol açtığı (46) , kesitsel çalışmalarda depresyon ölçek puanları ile içselleştirilmiş damgalanma puanlarının anlamlı olarak ilişkili bulunduğu çok sayıda çalışmada gösterilmiştir(12,70,78,79). Ancak Türk toplumunda depresyon hastaları ile içselleştirilmiş damgalanma ilişkisini araştıran bu desende bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim çalışmamız bildiğimiz kadarıyla Türkiye’ de bu alanda yapılan ilk çalışmadır. Sadece psikiyatri genel polikliniğine başvuran hastalarla yapılan “Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeğinin” geçerlilik ve güvenilirlik çalışması bulunmaktadır.(2) İçselleştirilmiş damgalanma kişilerin umutsuzluk ve demoralizasyon yaşamasına neden olur.(48) Daha şiddetli depresyon yaşayanların toplum tarafından dışlandıkları ve bilişsel çarpıtmalar yüzünden değil de damgalayıcı davranışlara maruz kaldıkları için daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma düzeyine sahip oldukları şeklinde görüşler bulunmaktadır. (79) Ancak bizim çalışmamızdan da olumlu veya olumsuz davranışların içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini etkilemediği görülmüştür. Öte yandan kuramsal açıdan depresyonun da kişiyi hem kendisini hem yaşamı hem de geleceği olumsuz değerlendirmeye eğilimli hale getirdiği (80) için içselleştirilmiş damgalanmayı artıracak gibi artan içselleştirilmiş damgalanmanın da kişiyi daha depresif bir tabloya sokabileceği düşünülebilir. Yani büyük bir olasılıkla depresyon şiddeti ile içselleştirilmiş damgalanma arasında çift yönlü bir ilişki vardır. Bizim çalışmamızda hem MDB tanısına sahip olma hem de MDB

epizodunda olma ve hastaların belirtilerinde düzelme olmaması ile içselleştirilmiş damgalanmanın daha yüksek olması hem de HAM-D ve BDE ölçek puanları ile içselleştirilmiş damgalanma arasında anlamlı olarak pozitif ilişki olması literatür ile uyumlu gözükmektedir.(2,12,13,48) Daha şiddetli depresyon daha fazla içselleştirilmiş damgalanma ile çift yönlü bir ilişki içindedir.

Yapılan çalışmalarda hastalık şiddeti yada semptom şiddetiyle içselleştirilmiş damgalanma arasında pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Psikiyatrik bozukluk tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada anksiyete düzeyi ile içselleştirilmiş damgalanma arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. (81) Semptom şiddeti ile içselleştirilmiş damgalanma arasında pozitif ilişki olduğu bilinmektedir.(42) İçselleştirilmiş damgalanmanın artmış semptom şiddeti (82), şizofrenide artmış pozitif semptomlar (46,83), şizofrenide artmış negatif semptomlar (40, 83) ve depresif semptomlar (12,46,48,78) ile ilişkili olduğu çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda da HAM-A puanları ile içselleştirilmiş damgalanma arasında anlamlı olarak pozitif ilişki saptanmıştır. Psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi depresyonlu hastalarda da yüksek anksiyete ile yüksek içselleştirilmiş damgalanma puanları koreledir.

Benlik saygısı ile içselleştirilmiş damgalanma ilişkisi

Bizim çalışmamızda içselleştirilmiş damgalanma yüksekliği benlik saygısı düşüklüğü ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Bu mevcut bulgular literatür ile uyumludur. (2,39,46,84, 85,86,87) Uzunlamasına izlem çalışmalarında başlangıçtaki içselleştirilmiş damgalanmanın daha sonraki benlik saygısı düzeyini öngördüğü bildirilmiştir.(48) Uzunlamasına izlem çalışmasında içselleştirilmiş damgalanma ile benlik saygısı ters yönde ilişkili saptanmıştır.(73) Benlik saygısındaki azalma içselleştirilmiş damgalanmanın bilinen bir sonucudur.(88) İçselleştirilmiş damgalanma benlik saygısını azaltıyor olabilir ama azaltan tek faktör değildir. (88) Ruhsal hastalığa sahip olanlarda; depresyon seviyesi (89) , utanç gibi olumsuz duygulara eğilimli

olma da (90) benlik saygısının azalmasında rol oynamaktadır. Damgalanmanın da benlik saygısına zarar verdiği saptanmıştır.(88) Başlangıçtaki benlik saygısı düşüklüğünün daha sonraki takipte artmış içselleştirilmiş damgalanma düzeyini öngördüğü de bildirilmiştir. (42) Bizim çalışmamız kesitsel bir çalışma olduğu için benlik saygısı ve içselleştirilmiş damgalanma arasındaki negatif ilişkiyi göstermekle birlikte neden sonuç ilişkisini belirleme açısından yeterli değildir.

İçselleştirilmiş damgalanma ruhsal hastalığa sahip bireylerin hayatlarındaki birçok alanı etkilemektedir. İçselleştirilmiş damgalanma hem benlik saygısını hem de sosyal ilişkiler, tedavi uyumu ve tedavi arayışı üzerine olan olumsuz etkileri sonucu ruhsal hastalığın iyileşmesini kötü yönde etkiler. İçselleştirilmiş damgalanma, toplumsal damgala(n)maya veya açık ayrımcılığa göre hastaları izlerken daha faydalı ve üzerinde çalışılabilir bir klinik belirtidir.(48) Çeşitli damgala(n)malar arasında bireye psikolojik olarak en fazla zarar veren içselleştirilmiş damgalanmadır.(48) İçselleştirilmiş damgalanmayı azaltmayı amaçlayan tedavi yaklaşımları tüm bu olumsuz sonuçları tersine çevirebilir.(48) İçselleştirilen eleştirel figürlerin kişinin içinde utanç duygusuna yol açmasına benzer bir süreçtir. Bu utanç duygusu, özellikle içgörü-yönelimli psikoterapötik müdahalelerde üzerinde çalışılması gereken bir hedef oluşturur. Diğer bir deyişle, içselleştirilmiş damgalanma tedavi sürecinde üzerinde durulacak, elimine edilmesi gereken önemli bir sorundur. (39) Ruhsal hastalığa sahip bireylere yalnız olmadıkları ve onlar gibi olan başkalarının hayatta istediklerini başarabildikleri mesajı verilmelidir. (48)

İçselleştirilmiş damgalanma ile çeşitli psikososyal değişkenler arasında neden sonuç ilişkisine varabilmek için uzunlamasına izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır. Bu alanda yapılacak ileri araştırmalar içselleştirilmiş damgalanmanın daha iyi anlaşılmasına, psikososyal değişkenler ile olan ilişkisinin daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunacaktır.

Üstünlükler ve Kısıtlılıklar

Bildiğimiz kadarıyla Türkiye’de depresyon ve içselleştirilmiş damgalanma ilişkisini ölçen başka bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma bu alandaki ilk çalışmadır. Literatürde çeşitli ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ile ilgili çalışmalar olmakla beraber depresyon tanılı hastalar ve içselleştirilmiş damgalanma ilişkisini araştıran çalışmalar ancak son yıllarda giderek önem kazanmıştır.

Araştırmanın kısıtlılıkları olarak; çalışmaya alınan hasta sayısının az olması, çalışmaya katılmayı reddeden hastaların içselleştirilmiş damgalanma açısından yüksek risk altındaki grubu temsil edebilme ihtimali, kesitsel çalışma olduğu için neden sonuç ilişkisi kurulamaması sayılabilir.

VI.SONUÇ ve ÖZET

Sonuç olarak çalışmamızda, olumlu yada olumsuz davranışlar (negatif,pozitif ayrımcılık) içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili bulunmamıştır. Depresyonlu hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri dışarıdan veya diğer insanlardan gelen olumlu yada olumsuz davranışlardan etkilenmemektedir. Ancak depresyonlu hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri, kişinin kendisini damgaladığını gösteren davranışlarla (işten ayrılma, arkadaş ilişkilerinde bozulma, psikiyatrik hastalığını veya tedavisini gizleme gereksinimi gibi) ilişkilidir. Türk toplumunda depresyon hastaları ile içselleştirilmiş damgalanma ilişkisini araştıran bu desende bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim çalışmamız bildiğimiz kadarıyla Türkiye' de bu alanda yapılan ilk çalışmadır. Kuramsal açıdan depresyonun da kişiyi hem kendisini hem yaşamı hem de geleceği olumsuz değerlendirmeye eğilimli hale getirdiği için içselleştirilmiş damgalanmayı artıracığı gibi artan içselleştirilmiş damgalanmanın da kişiyi daha depresif bir tabloya sokabileceği düşünülebilir. Yani büyük bir olasılıkla depresyon şiddeti ile içselleştirilmiş damgalanma arasında çift yönlü bir ilişki vardır. Depresyonlu hastalarda yüksek anksiyete düzeyi yüksek içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile ilişkilidir. İçselleştirilmiş damgalanma yüksekliği benlik saygısı düşüklüğü ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Benlik saygısındaki azalma içselleştirilmiş damgalanmanın bilinen bir sonucudur. Başlangıçtaki benlik saygısı düşüklüğünün de daha sonraki takipte artmış içselleştirilmiş damgalanma düzeyini öngördüğü de bildirilmiştir. Bizim çalışmamız kesitsel bir çalışma olduğu için benlik saygısı ve içselleştirilmiş damgalanma arasında neden sonuç ilişkisi kurulamamaktadır. Sosyodemografik değişkenlerin içselleştirilmiş damgalanma üzerinde önemli bir etkisi yoktur. Ancak kırsal kesimde yaşıyor olmak artmış içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkilidir. İçselleştirilmiş damgalanma ruhsal hastalığa sahip bireylerin hayatlarındaki birçok alanı etkilemektedir. İçselleştirilmiş damgalanmayı azaltmayı amaçlayan tedavi

yaklaşımları tüm bu olumsuz sonuçları tersine çevirebilir. Ruhsal hastalığa sahip bireylere yalnız olmadıkları ve onlar gibi olan başkalarının hayatta istediklerini başarabildikleri mesajı verilmelidir.

ÖZET

Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Depresif Bozukluklu Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma ve İlişkili Değişkenler

Dr. Pınar Çelik

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi

Psikiyatri Anabilim Dalı

E-mail: pinar82unal@yahoo.com

Amaç: Bu çalışmada, depresif bozuklukta hastalık şiddeti ve özelliklerinin, eşlik eden anksiyete varlığının, sosyodemografik özelliklerin ve benlik saygısının içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Türkiyede depresyon hastalarında depresyon şiddeti ile içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ilişkisini araştıran çalışmaya rastlanmamıştır, bu çalışma ülkemizdeki literatür eksikliğine katkı sağlayacaktır ve ileride yapılacak olan çalışmalara örnek teşkil edecektir.

Yöntem: Hasta grubu 05.01.2012-05.03.2012 tarihleri arasında Celal Bayar Üniversitesi Psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre Depresif Bozukluk tanısı alan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalardan oluşturulmuştur. Tanı ölçütlerini karşılayan hastalara çalışmanın amacı anlatılıp sözel onayları alındıktan sonra yazılı onam formu doldurulup onayları alınmıştır. Araştırmaya alınan kişilere ilk olarak SCID-I (SCIDCV) görüşmesi yapılmış olup hasta grubuna DSM-IV'e göre tanı konulmuştur. SCID-I uygulaması sonucu depresif bozukluk saptanan hastalara Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) verilip doldurtulmuştur. Sosyodemografik veri formu, hastalık veri formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), Hamilton

Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) araştırmacı tarafından uygulanıp doldurulmuştur.

Bulgular: Sosyodemografik özellikler ile içselleştirilmiş damgalanma arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Yaşanan yerin il veya ilçe/kasaba olmasına göre içselleştirilmiş damgalanmanın anlamlı olarak değiştiği saptanmıştır ($t = -3.639, p=0.001$). Psikiyatrik hastalık nedeniyle işten çıkma ve içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında ($z = -2.313, p=0.021$); psikiyatrik hastalık nedeniyle arkadaş ilişkilerinde bozulma ile içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında ($z = -2.824, p=0.005$); psikiyatrik hastalıklarını gizleme gereksinimi duyup duymadıkları ile içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında ($t=2.343, p=0.022$) ; psikiyatrik tedaviyi gizleme gereksinimi duyma ile içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında anlamlı istatistiksel ilişki olduğu saptanmıştır ($t=3.323, p=0.001$). MDB tanılı hastaların içselleştirilmiş damgalanma puanları BTA Depresif Bozukluk tanılı hastalara göre ($z = -3.167, p=0.002$) anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. MDB epizodu içinde olanların içselleştirilmiş damgalanma puanları olmayanlara göre ($t=6.486, p<0.001$) anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. HAM-D ve BDE ölçek puanları ile içselleştirilmiş damgalanma arasında anlamlı olarak pozitif ilişki saptanmıştır. Benlik saygısı ile içselleştirilmiş damgalanma arasında ters ilişki saptanmıştır. ($p < 0.001$)

Sonuç: Depresyonlu hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri dışarıdan gelen veya diğer insanlardan gelen olumlu yada olumsuz davranışlardan etkilenmemektedir. Ancak depresyonlu hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri, kişinin kendisini damgaladığını gösteren davranışlarla (işten ayrılma, arkadaş ilişkilerinde bozulma, psikiyatrik hastalığını veya tedavisini gizleme gereksinimi gibi) ilişkilidir. Türk toplumunda depresyon hastaları ile içselleştirilmiş damgalanma ilişkisini araştıran bu desende bir çalışmaya rastlanmamıştır. Kuramsal açıdan depresyonun da kişiyi hem kendisini hem yaşamı hem de geleceği olumsuz

değerlendirmeye eğilimli hale getirdiği için içselleştirilmiş damgalanmayı artıracak gibi artan içselleştirilmiş damgalanmanın da kişiyi daha depresif bir tabloya sokabileceği düşünülebilir. Yani büyük bir olasılıkla depresyon şiddeti ile içselleştirilmiş damgalanma arasında çift yönlü bir ilişki vardır.

İçselleştirilmiş damgalanma yüksekliği benlik saygısı düşüklüğü ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Benlik saygısındaki azalma içselleştirilmiş damgalanmanın bilinen bir sonucudur. Başlangıçtaki benlik saygısı düşüklüğünün daha sonraki takipte artmış içselleştirilmiş damgalanma düzeyini öngördüğü de bildirilmiştir. Bizim çalışmamız kesitsel bir çalışma olduğu için benlik saygısı ve içselleştirilmiş damgalanma arasında neden sonuç ilişkisi kurulamamaktadır.

Anahtar sözcükler: İçselleştirilmiş damgalanma, damgalama, depresyon, benlik saygısı, sosyodemografik özellikler

VII. SUMMARY

Internalized Stigma and Associated Variables in Depressive Disorder Patients That Refer To Psychiatry Clinic of Celal Bayar University

Objective: In this study, our aim is to investigate the relationship between symptom severity and characteristics of disease, presence of comorbid anxiety, sociodemographic variables and self esteem in depressive disorder with internalized stigma. In Turkey, there is not any study about the relationship between levels of internalized stigma with the severity of depression in people with depressive disorders. This study will contribute to the literature deficiency in our country and set an example for other studies.

Methods: Patients, referred to Celal Bayar University Psychiatry Unit at the date of 05.01.2012-05.03.2012, diagnosed with depressive disorder according to DSM-IV-TR diagnose criterias and were voluntary for were included to the study. Aim of the study was explained to the patients. Written and spoken informed consents were taken. First of all, SCID-I (SCIDCV) interviews were made to patient group and diagnosed according to DSM-IV. Then, sociodemographic data form and psychiatric disorder data form were applied. Hamilton Anxiety Scale, Hamilton Depression Scale were applied by the interviewer. Internalized Stigma of Mental Illness Scale, The Rosenberg Self-esteem Scale and Beck Depression Inventory were applied by self reporting.

Results: There was not any significant difference between sociodemographic variables and internalized stigma. There was significant difference in internalized stigma up to the person lives in city or town/village ($t = -3.639, p = 0.001$). Quitting from work because of psychiatric disorder was associated with significantly difference in internalized stigma ($z = -2.313, p = 0.021$); Breakdown in friendships because of psychiatric disorder was

found to be associated with significantly in internalized stigma ($z = -2.824$, $p = 0.005$); Hiding psychiatric disorder was found to be associated with significantly in internalized stigma ($t = 2.343$, $p = 0.022$); hiding psychiatric treatment was associated with significantly difference in internalized stigma ($t = 3.323$, $p = 0.001$). People with major depression's internalized stigma was significantly higher of those with depressive disorder not otherwise specified ($z = -3.167$, $p = 0.002$). People in major depression episode's internalized stigma was significantly higher of those not in the episode ($t = 6.486$, $p < 0.001$). HAM-D and BDE scales and internalized stigma were significantly associated. There was a negative significant correlation between self-esteem and internalized stigma ($p < 0.001$).

Conclusions: In conclusion, most of the sociodemographic variables do not associated internalized stigma. Perceptions of current discrimination do not have to predict higher internalized stigma. Internalized stigma is associated with higher depression symptom severity, anxiety level and lower self-esteem. Reduced self-esteem is a known consequence of higher internalized stigma. Since this is a cross-sectional study we can not draw causal inferences between depression and self-esteem. But as we know from the current studies there is bidirectional relationship between depression and internalized stigma; between internalized stigma and self-esteem. Internalized stigma affects many domains in the lives of people with mental illnesses. Internalized stigma worsens self-esteem, social relationships, treatment adherence, seek help for treatment and causes delay in the mental illness treatment. Internalized stigma is more useful and malleable while monitoring a person's clinic than public stigma or perceived stigma. Treatment approaches that focus on reducing internalized stigma may be able to reverse the negative outcomes of this concept.

Key words: Internalized stigma, public stigma, perceived stigma, depression, sociodemographic variable.

VIII.EKLER

VIII.1.EK 1. Sosyodemografik bilgi formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Ad Soyad:

Hastane protokol no:

Doğum Tarihi ve yeri:

Tarih:

Cinsiyet:

1.Kadın

2.Erkek

Yasal medeni durum:

1- evli

2-bekar

3- ayrılmış

4-dul

Öğrenim düzeyi:

1-okur yazar

2-ilköğretim mezunu

3-lise mezunu

4-üniversite mezunu

İş Durumu:

1-Ev Hanımı

2-Çalışıyor

3-Emekli

4-Öğrenci

5-İşsiz

Aylık geliriniz:.....

Halen yaşadığınız yer:

1- şehir

2-ilçe-kasaba

3-köy

Yakınlarınızda psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?

1- evet

2- hayır

Varsa tanısı: 1-

2-

Kronik bedensel hastalık öykünüz var mı?

1-Evet

2-Hayır

Ruhsal hastalığınız nedeniyle hiç işten çıkmak zorunda kaldınız mı?

1-Evet

2-Hayır

Ruhsal hastalığınız nedeniyle hiç işten çıkarıldınız mı?

1-Evet

2-Hayır

Psikiyatrik tanı yada hastalık nedeniyle kötü davranışa veya ayrımcılığa maruz kaldınız mı?

1- evet

2-hayır

Psikiyatrik tanı yada hastalık arkadaş ilişkilerinizde bozulmaya, sosyal ilişkilerinizde bozulmaya sebep oldu mu?

1-Evet

2-Hayır

Psikiyatrik tanı yada hastalık dolayısıyla insanlardan olumlu davranışlar fark ettiniz mi?

1-Evet

2-Hayır

Psikiyatrik tanı yada hastalık nedeniyle olumlu ayrımcılık veya kazanç elde ettiğiniz oldu mu?

1-Evet

2-Hayır

Psikiyatrik hastalığınızı gizleme gereksinimi duydunuz mu?

1-Evet

2-Hayır

Evet ise:

1-Sadece yakın hissettiğim kişilerle paylaştım

2- Hiçkimse ile paylaşmadım

Psikiyatrik tedavi aldığınızı gizleme gereksiniminiz oldu mu?

1Evet

2-Hayır

Evet ise:

1-Sadece yakın hissettiğim kişilerle paylaştım

2- Hiçkimse ile paylaşmadım

Mevcut durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1-Ruhsal

2-Bedensel Hastalık

3- Sinir Hastalığı

4-Akıl Hastalığı

VIII.2.EK.2. Hastalık veri formu

HASTALIK VERİ FORMU

Tanı:

Hasta halen depresif epizod içinde mi? –Evet..... -Hayır.....

İlk Ruhsal hastalığın başlangıç tarihi.....

Bu yakınmalarla ilk kez hangi doktora başvurmuş?.....

Psikiyatri polikliniğine ilk başvuru tarihi:.....

Psikiyatri Polikliniğine:

- 1- İlk başvuru
- 2- Kontrol

Kontrol ise:

- 1- 2-5. geliş
- 2- 5-10. geliş
- 3- 10-daha fazla geliş

Kontrollere düzenli geliyor musunuz?

- 1- Evet
- 2- Hayır

Psikiyatrik bir hastalık nedeniyle hastaneye yattınız mı?

- 1- evet
- 2- hayır

Önceden hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?

- 1- evet
- 2- hayır

Ayaktan tedaviye uyum: İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

- 1- Ayda birden az doz atlıyorum
- 2- Ayda birden çok doz atlıyorum

Toplam psikiyatrik tedavi aldığınız süre:

VIII.3.EK.3. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği

Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği

1. Depresif ruh hali
(keder, ümitsizlik,
çaresizlik, değersizlik)

0. Yok
1. Yalnızca soruların cevaplarken anlaşılıyor.
2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor.

2. Suçluluk duyguları

0. Yok
1. Kendi kendini kınıyor, insanları özçüğünü sanıyor.
2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırma. Suçluluk hezeyanları.
4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tendi eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3. İntihar

0. Yok
1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
2. Keşke ölmüş olsayım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.
3. İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir).

4. Uykuya dalamamak

0. Bu konuda zorluk çekmiyor.
1. Bazen gece yatağında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi.
2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5. Geceyarısı uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.
2. Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmakla birlikte yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir.)

6. Sabah erken uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7. Çalışma ve aktiviteler

0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işin ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).
3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. (Hastanede yatarken gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir).
4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servis işlerinin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yapamayanlara 4 puan verilir).

8. Retardasyon
(düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)
0. Düşünceleri ve konuşması normal.
1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.
2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.
3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
4. Tam stuporda.
9. Ajitasyon
0. Yok.
1. Ellerle oynuyor, saçlarını çekiyor.
2. Elini ovuşturuyor, tırmak yiyor, dudaklarını ısırıyor.
10. Psikik anksiyete
0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Subjektif gerilim ve iritabilite.
2. Küçük şeylere üzülüyor.
3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.
11. Somatik anksiyete
0. Yok.
1. Hafif.
2. İlimli.
3. Şiddetli.
4. Çok şiddetli.
- Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik sorunlar:*
Gastrointestinal: Ağz kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, kramp, geçirme
Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı
Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme
12. Somatik semptomlar
Gastrointestinal
0. Yok.
1. İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.
13. Somatik semptomlar
Genel
0. Yok.
1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.
14. Genital semptomlar
(libido kaybı, adet bozuklukları vb.)
0. Yok.
1. Hafif.
2. Şiddetli.
3. Anlaşılmadı.
15. Hipokondriyaklık
0. Yok.
1. Kuruntulu.
2. Aklını sağlık konularına takmış durumda.
3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
4. Hipokondriyaklık delüzyonları.
16. Zayıflama
(A ya da B'yi doldurunuz)
- A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)
0. Kilo kaybı yok.
1. Önceki hastalığına bağlı olması zayıflama.
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.
B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.
17. Durumu hakkında görüşü
0. Hasta ve depresyonda olduğunu bilincinde.
1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Toplam HAM-D skoru: _____

Türkçe formunun makalesi: A. Akdemir, S. Özel, I. Dağ, H. Türkkanar, N. İcan, H. Özbay. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HAM-D)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Tıbbiyat Psikoloji Psiko-farmakoloji Dergisi 1996; 4 (4): 251-253.

VIII.4.EK.4. Rosenberg benlik saygısı ölçeği

Ad Soyad:

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

MADDE 1

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 2

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 3

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 4

7. Genel olarak kendimden memnunum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 5

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 6

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

VIII.5.EK.5. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği

RHİDÖ

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

“Kesinlikle aynı fikirde değilim” diyorsanız (1) rakamını ;

“Aynı fikirde değilim” diyorsanız (2) rakamını ;

“Aynı fikirdeyim” diyorsanız (3) rakamını ;

“Kesinlikle aynı fikirdeyim” diyorsanız (4) rakamını daire içine alarak Okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

Kesinlikle

aynı	Aynı		Kesinlikle
fikirde	fikirde	Aynı	aynı
değilim	değilim	fikirdeyim	fikirdeyim

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum. 1 2 3 4
9. Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim. 1 2 3 4
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar. 1 2 3 4
11. İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam. 1 2 3 4
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor. 1 2 3 4
13. Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum. 1 2 3 4
14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez. 1 2 3 4

Kesinlikle

aynı Aynı Kesinlikle
fikirde fikirde Aynı aynı
değilim değilim fikirdeyim fikirdeyim

15. Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar. 1 2 3 4
16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim. 1 2 3 4

17. Ruhsal hastalığının olması hayatımı berbat etti. 1 2 3 4
18. İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığının olduğunu anlayabilirler. 1 2 3 4
19. Ruhsal hastalığımın dolaylı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım. 1 2 3 4
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum. 1 2 3 4
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir. 1 2 3 4
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar. 1 2 3 4
23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkımlanamam. 1 2 3 4
24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı. 1 2 3 4
25. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yakınlaşmak istemez. 1 2 3 4
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum. 1 2 3 4
27. Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var. 1 2 3 4
28. İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar. 1 2 3 4

29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar
benim durumum dikkate alındığında hiç de
yanlış sayılmaz.

1

2

3

4

VIII.6.EK.6. Etik kurul onayı



T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı : 004
Konu : Araştırma Hakkında

04.01.2012

Yrd. Doç. Dr. E. Oryal TAŞKIN

"Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Depresif Bozukluklu Hastalarda İşselleştirilmiş Damgalanma ve İlişkili Değişkenler" isimli araştırmanız Etik Kurulumuz tarafından incelenmiş ve etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ
Başkan



IX. KAYNAKLAR

- 1) Corrigan PW, Edwards AB, Green A et all. (2001) Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophr Bull*, 27:219-25.
- 2) Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18(2):163-171.
- 3) Bhugra D (1989) Attitudes Towards Mental Illness: a Review. *Acta Psychiatr Scand*, 80:1-12.
- 4) Link BG, Struening EL, Rahav M ve ark. (1997) On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav*, 38:177-90.
- 5) Social D, Holtgraves T (1992) Attitudes Toward the Mentally Ill: The Effects of Label and Beliefs. *T. Social Quart*, 33:435-45.
- 6) Arkar H (1991) Akıl Hastalarının Sosyal Reddedimi. *Düşünen Adam*,4:6-9.
- 7) Arkar H (1992) Akıl Hastaları İle İlgili Tutumlar: Deneyim ve Psikopatoloji Tipinin Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3:243-48.
- 8) Eker D, Arkar H (1997) Attitudes towards mental illness: a review. *Living with differences*. N Karancı (Ed.), Ankara, Turkish Publication of Turkish Psychological Association, s. 67-85.)
- 9) Taşkın EO. İçselleştirilmiş damgalama ve damgalama algısı. In. Taşkın EO. *Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*. . İzmir 2007;:31-40.
- 10) Malyon AK (1981) Psychotherapeutic implications of internalized homophobia in gay men. *J Homosex*, 7:59-69.
- 11) Corrigan P (1998) The impact of stigma on severe mental illness. *Cogn Behav Pract*, 5:201-22.

- 12) Yen CF, Chen CC, Lee Y, Tang TC, Yen JY, Ko CH, 2005. Self-stigma and its correlates among outpatients with depressive disorders. *Psychiatric Services* 56 (5), 599–601.
- 13) Lee Y, Lin PY, Hsien YH, et al: Illness behaviors of psychiatric outpatients with major depressive disorders and non-depressive minor mental disorders. *Taiwanese Journal of Psychiatry* 18:96–107,2004.
- 14) Soygür H. Ruh hastalığı damgası ve insanın değeri: Bir örnek şizofreniye bağlı damgalama ve ayrımcılık. In: Sayıl I(ed.) *Bireyden Topluma Ruh Sağlığı*, İstanbul, Eler Matbaacılık, 2004; 141-150.
- 15) Goffman E (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- 16) Jones E, Farina A, Hastorf A, Markus H, Miller DT, & Scott R (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman.
- 17) Link BG & Phelan JC (1999). Labeling and stigma. In C. S. Aneshensel & J. C. Phelan (Eds. *The handbook of the sociology of mental health*. New York: Plenum.)
- 18) Link BG & Phelan JC (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385.
- 19) Hinshaw SP (2007). *The mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change*. New York: Oxford University Press.
- 20) Feldman DB, & Crandall CS (2007). Dimensions of mental illness stigma: Whatabout mental illness stigma causes social rejection? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(2), 137–154
- 21) Hinshaw SP (2006). Stigma and mental illness: Developmental issues and future prospects. In D. Cicchetti, & D. J. Cohe (Eds.), *Developmental psychopathology. Risk, disorder, and adaptation*, 3. (pp. 841–881) New York: Wiley.
- 22) Corrigan PW & Kleinlein P (2005). The impact of mental illness stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness:*

Practical strategies for research and social change. Washington, DC: American Psychological Association.

- 23) Corrigan, P. W., & Wassell, A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing*, 46(1), 42–48.
- 24) Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625.
- 25) Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 467–478.
- 26) Taşkın EO. İçselleştirilmiş damgalama ve damgalama algısı. In. Taşkın EO. *Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*. . İzmir 2007;.17-30.
- 27) Corrigan, P. W. (2007). How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness. *Social Work*, 52(1), 31–39
- 28) Becker T, Thornicroft G, Leese M. Social Networks and service use among representative cases of psychosis in South London. *Br J Psychiatry* 1997;171:15-9.
- 29) Angermeyer MC, Matschinger H. Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Soc psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38:526-34.
- 30) Özmen E, Taskin EO, Ozmen D, Demet MM Which psychiatric label is more stigmatizing? “Ruhsal hastalık” or “akıl hastalığı” *Türk psikiyatri Derg* 2004;15:47- 55.
- 31) Angermeyer MC Stigma perceived by patients attending modern treatment settings, *Journal of Nervous and Mental Disease* 1987;175(1) 4-11.
- 32) Zarringer A. Psychiatry and stigmatization, *JAMA* 2002; 287(14) 1856.
- 33) Link BG, Cullen FT, Struening E, Shrout PE & Dohrenwend BP (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 54(3), 400–423.

- 34) Chamberlin J. *On Our Own: Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System*. New York, NY: Mcgraw-Hill; 1978.3.
- 35) Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin Psychol*. 2002;9:35–53.
- 36) Deegan PE. Spirit breaking: when the helping professions hurt. *Human Psychol*. 1990;18:301–313.
- 37) World Psychiatric Association *Fighting stigma and discrimination because of schizophrenia*. New York: World psychiatric Association, 1998.
- 38) Wright E, Gronfein W, Owens TJ *Deinstitutionalization, social rejection and selfesteem of former mental patients*. *Health Soc Behav* 2000;41:68-90.
- 39) Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalize Stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research* 2003;121;31-49.
- 40) Lysaker PH, Vohs JL, Tsai J. Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: Associations with social functioning, hope, self-esteem and intrnalized stigma. *Schizophrenia Research* 2009;110:165-172.
- 41) Lysaker PH, Davis LW, Warman DM, Strasburger A ve ark. Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder:Associations across 6 months. *Psychiatry Research* 2007;149:89-95.
- 42) Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living eith mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and & Medicine* 71 (2010) 2150-2161
- 43) Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI ve ark. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2000;177: 4-7.
- 44) Chung L, PAn AW, Hsiung PC. Quality of life for patients with major depression in Taiwan:A model-based study of predictive factors.*Psychiatry Res*.2009;168(2):153- 62.

- 45) Pyne JM, Kuc EJ, Schroeder PJ, Fortney JC ve ark. Relationship between perceived stigma and depression severity. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2004; 192:278–283.
- 46) Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 59(12), 1437–1442.
- 47) Werner P, Stein-Shvachman, I, Heinik J 2009. Perceptions of self-stigma and its correlates among older adults with depression: a preliminary study. *International Psychogeriatrics* 21 (06), 1180–1189.
- 48) Ritsher JB, Phelan JC 2004. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research* 129, 257–265.
- 49) Kanter JWP, Rusch LCM, Brondino MJP 2008. Depression self-stigma: a new measure and preliminary findings. *Journal of Nervous & Mental Disease* 196, 663–670.
- 50) Manos RC, Rusch LC, Kanter JW, Clifford LM 2009. Depression selfstigma as a mediator of the relationship between depression severity and avoidance. *Journal of Social and Clinical Psychology* 28 (9), 1128–1143.
- 51) Raguram R, Weiss MG, Channabasavanna SM, Devins GM 1996. Stigma, depression, and somatization in South India. *American Journal of Psychiatry* 153 (8), 1043–1049.
- 52) Rusch LCM, Kanter JWP, Manos RCM, Weeks CEM 2008. Depression stigma in a predominantly low income African American sample with elevated depressive symptoms. *Journal of Nervous & Mental Disease* 196, 919–922.
- 53) Conner KO, Copeland VC, Grote NK, Koeske G, Rosen D, Reynolds CFI, Brown C 2010. Mental health treatment seeking among older adults with depression: the impact of stigma and race. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 18 (6), 531–543.

- 54) Fung KM, Tsang HW, Corrigan PW, Lam CS, Cheung WM, 2007. Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. *International Journal of Social Psychiatry* 53, 408–418.
- 55) Öztürk M. Orhan, Uluşahin A (2008) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 11.Basım, Ankara, Cilt 1,337-427.
- 56) Işık E (2003) *Depresyon ve Bipolar Bozukluklar Bozukluklar*, Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık, 6-498.
- 57) Angst J(1992) Epidemiology of depression, *Psychopharmacology*, 106:1-4.
- 58) Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS (2000) Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 157:1552-1562.
- 59) Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL (2006) A Swedish national twin study of lifetime major depression. *Am J Psychiatry* 163:109-114.
- 60) Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, Dördüncü baskı (DSM-IV) (çev.ed.: Köroğlu E) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
- 61) Öztürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999), “DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe’ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması.” *İlaç ve Tedavi Dergisi*;12:233-6.
- 62) Akdemir A, Örsel S, Dağ İ , İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon derecelendirme Ölçeği’nin (HDDÖ) geçerliği-güvenirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996: 4:251-259.
- 63) Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998:9:114-117.
- 64) Beck AT, Ward CH, Mehdelson M, Mosk J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571.

- 65) Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi 1989; 7:3-13.
- 66) Savasır I, Sahin NH. Bilissel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları.1997:23-38.
- 67) Çuhadaroğlu F (1986) Adolesanlarda benlik saygısı. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü, Ankara.
- 68) Lysaker PH, Buck KD, Taylor AC, & Roe D (2008). Associations of metacognition and internalized stigma with quantitative assessments of self-experience in narratives of schizophrenia. *Psychiatry Research*, 157(1-3), 31-38.
- 69) Angermeyer MC, Beck M Dietrich S ve ark. (2004) The stigma of mental illness:patients anticipations and experiences. *Int J Soc Psychiatry*, 50 (2):153-162.2004
- 70) Werner P,Stein-Shvachman I, Heinik J Perceptions of self-stigma and its correlates among older adults with depression: a preliminary study. *International Psychogeriatrics* 2009, 21:6, 1180-1189.
- 71) Brohan E, Gauci D, Sartorius N Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries:The GAMIAN-Europe study.*Journal of affective Disorders* 129 2011: 56-63.
- 72) West ML, Yanos PT, Smith SM Prevalence of Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness. *Stigma Res Action*. 2011 January 1;1(1):3-10.doi:10.5463/sra.v1i1.9.
- 73) Rüşch N, Hölzer A, Hermann C. Self-Stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, volume 194, number 10, October 2006: 766-773.

- 74) Link, B.G., 1987. Understanding labelling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review* 52 (1), 96–112.
- 75) Perlick, D.A., Rosenheck, R.A., Clarkin, J.F., Sirey, J.A., Salah, J., Struening, E.L., Link, B.G., 2001. Stigma as a barrier to recovery: adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services* 52 (12), 1627– 1632.
- 76) Sirey, J.A., Bruce, M.L., Alexopoulos, G.S., Perlick, D.A., Friedman, S.J., Meyers, B.S., 2001. Stigma as a barrier to recovery: perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services* 52 (12), 1615– 1620.
- 77) Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M (2004) Borderline personality disorder. *Lancet*. 364:453-461.
- 78) Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., & Corrigan, P. W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 150(1), 71-80.
- 79) Pyne JM, Kuc EJ, Schroeder PJ, et al: Relationship between perceived stigma and depression severity. *Journal of Nervous and Mental Disease* 192:278–283, 2004.
- 80) Beck AT, Steer RA (1987). *Beck Depression Inventory Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- 81) Norman RM, Windell D, Lynch J, Manchanda R. Parsing the relationship of stigma and insight to psychological well-being in psychotic disorders. *Schizophr Res*. 2011 Dec;133(1-3):3-7.
- 82) Mak, W. W., & Wu, C. F. (2006). Cognitive insight and causal attribution in the development of self-stigma among individuals with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57(12), 1800-1802.
- 83) Lysaker, P. H., Roe, D., & Yanos, P. T. (2007). Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association

between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 192-199.

- 84) Corrigan PW, Rafacz J, Rüsçh N. Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research* 2011.
- 85) Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2006;25(8):875–884.
- 86) Lysaker PH, Tsai J, Yanos P, Roe D. Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2008;98(1–3):194–200.
- 87) Werner P, Aviv A, Barak Y. Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *International Psychogeriatrics*. 2008;20(1):174–187.
- 88) Link, B., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(12), 1621-1626.
- 89) Schmitz N, Kugler J, Rollnik J (2003). On the relation between neuroticism, self-esteem and depression: Results from the national comorbidity survey. *Compr Psychiatry*.44:169-176.
- 90) Tangney JP, Dearing RL (2002) Our “intrapersonal” relationship. The self in shame and guilt. In JP Tangney, RL Dearing, *Shame and Guilt* (pp 52-77) New York: Guilford Press.