



T.C.
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA ÖLÜM ANKSİYETESİ İLE
HASTALIĞIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE İŞLEVSELLİK
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. KEREM LAÇİNER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN-2020



T.C.
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA ÖLÜM ANKSİYETESİ İLE
HASTALIĞIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE İŞLEVSELLİK
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. KEREM LAÇİNER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. AYTÜL KARABEKİROĞLU

SAMSUN-2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi, deneyim ve yardımlarını her zaman yanımda hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Ahmet Rifat ŞAHİN, Prof. Dr. Hatice ÖZYILDIZ GÜZ, Prof. Dr. Ömer BÖKE ve Prof. Dr. Gökhan SARISOY'a

Tez sürecimde ve asistanlık eğitimimde beni cesaretlendiren ve her açıdan destek sağlayan, kendisini insani özellikleri ve iyi hekimliğiyle örnek aldığım değerli tez danışmanım Doç. Dr. Aytül KARABEKİROĞLU'na,

Bilgi birikimi ve tecrübelerinden her daim yararlandığım, hiçbir konuda desteğini esirgemeyen değerli dostum Dr. Öğr. Üyesi Selçuk ÖZDİN'e

Nöroloji, Çocuk Psikiyatrisi ve AMATEM rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkı sağlayan değerli öğretim üyesi hocalarıma,

Asistanlık eğitimim boyunca her zaman desteklerini hissettiğim başta Uzm. Dr. Recep BOLAT, Uzm. Dr. Aybeniz Civan KAHVE, Dr. Özge Akyürek BOLAT olmak üzere sevgili asistan arkadaşlarıma ve tüm psikiyatri kliniği ekibine,

Gerek asistanlık sürecimde gerekse tez çalışmamda desteğini esirgemeyerek her daim ablalık yapan Psk. Arzu AKER ve istatistik alanında bilgi birikimi ile destek olan Doç. Dr. Servet AKER'e,

Varlığını ve desteğini her an yanımda hissettiğim Türkiye Psikiyatri Derneği'ne

Başta süpervizörüm Prof. Dr. Demet Güleç ÖYEKÇİN ve genel eğitim koordinatörü Prof. Dr. Cem KAPTANOĞLU olmak üzere Türkiye Psikiyatri Derneği Destekleyici Psikoterapi ekibindeki tüm eğitmen ve emekçilere, süpervizyon grubumda birlikte eğitim aldığım ve kendilerinden çok şey öğrendiğim tüm arkadaşlarıma,

Ebedi sıra arkadaşım, yoldaşım, sevgili eşim Zeynep LAÇİNER'e, hayatta olmasa da her daim kalbimdeki yeriyle beni bugünlere getiren canım annem Saliha LAÇİNER'e, naifliği, espri yeteneğiyle insanlığından çok şey öğrendiğim sevgili babam Mustafa LAÇİNER'e, sevgili kardeşlerim Sinem LAÇİNER ZERAN, Pınar LAÇİNER ve kardeşim olmasının ötesinde bu tezin hazırlanması da dahil olmak üzere akademik konularda desteğiyle hep yanımda olan abim Sinan LAÇİNER'e, bilgeliği ile bana daima yol gösteren, öğrencilik yıllarımda bana evini açan değerli amcam Ömer LAÇİNER'e, ihtiyacım olan her an bir anne gibi desteğini hissettiğim kayınvalidem Kıymet İYİT'e, yirmi yılı aşan dostluğumuzla hayatımda her daim kıymetli bir yeri olan arkadaşım Perihan MEŞELİ'ye, her ihtiyacımda vizyonu, bilgisi ve emekleriyle yardımına koşan dostum Arş. Gör. Adem KOCAMAN'a,

Bu çalışmaya katılmak için vakit ayıran, belki de psikiyatride ve insan olmaya dair en fazla şeyi öğrendiğim hastalarım sonsuz teşekkürler.

Dr. KEREM LAÇİNER

SAMSUN, 2020

ÖZGEÇMİŞ

Ad: Kerem
Soyad: Laçiner
Doğum Yeri: Antalya
Doğum Tarihi: 14.04.1982
Görev Yeri: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı
Yabancı Dil: İngilizce
E-Posta Adresi: keremlaciner@gmail.com

Tarih	Akademik Eğitim
2004-2010	İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi
2015	OMÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Varsa, İyi Klinik Uygulamalar Kapsamında Aldığı Eğitimler.

Akademik Ünvanları
Psikiyatri Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlisi

İş Tecrübesi

2010	İstanbul Çekmeköy 1 No'lu Sağlık Ocağı -Pratisyen Hekim
2010-14	İstanbul Gaziosmanpaşa Hatice Canbaz Aile Sağlığı Merkezi – Aile Hekimi
2014	İstanbul Çekmeköy Toplum Sağlığı Merkezi – Pratisyen Hekim
2015	OMÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri- Araştırma Görevlisi

BEYAN

“Şizofreni hastalarında ölüm anksiyetesi ile hastalığın klinik özellikleri ve işlevsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı bir davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.



ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı Şizofreni hastalarında ölüm anksiyetesi ile hastalığın klinik özellikleri ve işlevsellik arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Gereç ve yöntem: Çalışmamıza DSM-5 tanı kriterlerine göre Şizofreni tanısı almış 52 hasta ile 52 sağlıklı gönüllü katılmıştır. Katılımcıların tümüyle klinik görüşme yapılarak, Sosyodemografik Veri Formu, Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ÖAÖ), Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A), bunlara ek olarak Şizofreni hastaları grubuna Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği (PANSS) ve Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) uygulanmıştır. Şizofreni tanısı olan grup ile sağlıklı kontrol grubunun ölüm anksiyetesi skorları karşılaştırılmıştır. Şizofreni tanısı olan grupta ŞİLÖ puanına göre değerlendirilen işlevsellik ile ölüm anksiyetesi arasındaki ilişki incelenmiştir.

Bulgular: Şizofreni hasta grubu ve kontrol gruplarının ÖAÖ toplam skorları karşılaştırıldığında şizofreni hasta grubunda ortalama puan daha yüksek bulunmuş, iki grup arasında ÖAÖ toplam skorlarının ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. ŞİLÖ toplam puanları, ŞİLÖ günlük yaşam becerileri alt ölçeği ve ŞİLÖ sağlık alt ölçeği puanlarının ÖAÖ toplam puanları ile düşük derecede negatif yönde korelasyonu olduğu bulunmuştur. Diğer yandan ŞİLÖ mesleki alt ölçeği puanları ÖAÖ toplam puanları ile çok düşük derecede negatif yönde korele saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları, şizofreni hastalarında bir transdiagnostik tanı olarak ölüm anksiyetesinin normal popülasyondan daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışmamızda işlevsellik düzeyleri daha yüksek olan hastaların ölüm anksiyetesi düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, şizofreni hastalarında işlevselliği artıracak girişimlerin ve terapötik yaklaşımların bu hastaların ölüm anksiyetesini azaltabileceği yönündeki düşüncemizi desteklemektedir.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, ölüm, anksiyete

ABSTRACT

Aim: The aim of the study is to investigate the relationship between death anxiety and clinical features of the disease and functionality in patients with schizophrenia.

Materials and methods: 52 healthy volunteers and 52 patients who were diagnosed with schizophrenia according to DSM-5 diagnostic criteria participated in the study. Clinical interview was conducted with all of the participants and the Sociodemographic Data Form, the Abdel-Khalek's Death Anxiety Scale (ASDA), the Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) were applied to all participants. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) and the Functional Remission of General Schizophrenia Scale (FROGS) were applied to schizophrenia patient group. The death anxiety scores were compared between the schizophrenia group and healthy control group. The relationship between functionality and death anxiety was evaluated according to the FROGS score in the schizophrenia group.

Results: The mean ASDA total score was higher in the schizophrenia patient group than the control group and a statistically significant difference was found between these two groups. We had found a low negative correlation between FROGS total scores, FROGS daily life skills subscale, FROGS health and treatment subscale and ASDA total scores. On the other hand, FROGS occupational functionality subscale scores were negatively correlated with ASDA total scores.

Discussion: The results of our study reveal that the death anxiety, as a transdiagnostic diagnosis, is higher in schizophrenia patients than the normal population. In addition, patients with higher functionality levels were found to have lower death anxiety levels. These results support our consideration that interventions and therapeutic approaches to increase functionality in schizophrenia patients may reduce the death anxiety level of these patients.

Keywords: Schizophrenia, death, anxiety.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR.....	i
ÖZGEÇMİŞ	ii
BEYAN	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLOLAR VE ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Şizofreni	4
2.1.1. Tanım ve Klinik Özellikler	4
2.1.2. Epidemiyoloji.....	6
2.1.3. Tıbbi hastalıklar ve Ölüm.....	8
2.1.4. Şizofreni ve Anksiyete Bozukluğu Komorbiditesi	9
2.2. Ölüm Kavramı.....	11
2.2.1. Ölüm Kavramına Felsefi Yaklaşımlar	11
2.2.2. Ölüm Kavramına Teolojik Yaklaşımlar	15
2.3. Ölüm Anksiyetesi.....	17
2.3.1. Ölüm Anksiyetesinin Tanımı ve Nörobiyolojisi.....	17
2.3.2. Ölüm Anksiyetesine Kuramsal Yaklaşımlar	18
2.3.2.1. Kendini Gerçekleştirme Kuramları	18
2.3.2.2. Anlam Arayışı Kuramları.....	19
2.3.2.3. Kişisel Yapı Kuramı.....	20
2.3.2.4. İnkâr ve Olumlu Yanılsama Kuramları.....	21
2.3.2.4.1. Ölüm Anksiyetesinin İki Faktörlü Modeli	22
2.3.2.4.2. Dehşet Yönetimi Kuramı	22
2.3.2.4.3. Özdenetim Yanılsamaları.....	24
2.3.2.5. Çoklu Kendilik ve Kendilik Uyuşmazlığı Kuramı.....	24
2.3.2.6. Erikson'un Psikososyal Kuramı	26
2.3.2.7. Varoluşçu Yaklaşımlar.....	27
2.3.2.8. Bilişsel Yaklaşımlar	31
2.3.2.9. Psikodinamik Yaklaşımlar	32
2.3.2.10. Bağlanma Kuramı	35
2.4. Şizofrenide Ölüm Anksiyetesi	38
2.4.1. Şizofrenide Ölüme Dair Tutum ve Ölüm Anksiyetesi Çalışmaları	38
3. GEREÇ VE YÖNTEM	44
3.1. Çalışmanın Deseni Ve Katılımcılar	44
3.2. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	44
3.3. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	45
3.4. Çalışmada Kullanılan Form Ve Ölçekler.....	45
3.4.1. Sosyodemografik ve klinik bilgi formu	45
3.4.2. Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ÖAÖ/ASDA)	45
3.4.3. Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A).....	48
3.4.4. Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği (PANSS)	48
3.4.5. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ).....	49

3.5. Verinin İstatistiksel Analizi.....	50
4. BULGULAR.....	51
4.1. Şizofreni ve Kontrol Grubu Sosyodemografik Özellikleri	51
4.2. Şizofreni Grubunun Klinik Özellikleri.....	53
4.3. Şizofreni Grubu ve Kontrol Grubunun Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	55
4.4. Şizofrenide Klinik Özellikler ve İşlevselliğin Ölüm Anksiyetesi ve Birbirleri ile İlişkisinin İncelenmesi	60
5. TARTIŞMA	62
5.1. Şizofreni ve Ölüm Anksiyetesi	62
5.2. Çalışmanın Kısıtlılıkları	69
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	71
7. KAYNAKLAR	74
8. EKLER.....	87
8.1. Ek 1. Etik Kurul Onayı.....	87
8.2. Ek 2. Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	88
8.3. Ek 3. Sosyodemografik Veri ve Klinik Bilgi Formu	91
8.4. Ek 4. Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği	94
8.5. Ek 5. Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A)	95
8.6. Ek 6. Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği (PANSS).....	96
8.7. Ek 7. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ)	112

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ÖAÖ	: Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği
HAM-A	: Hamilton Anksiyete Ölçeği
PANSS	: Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği
ŞİLÖ	: Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği
APA	: American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DSM	: Diagnostic and Statistical Mental of Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
TDAS	: Templer Death Anxiety Scale (Templer Ölüm Anksiyetesi Ölçeği)
MMPI	: Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri)
DOS	: Death Obsession Scale
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences

TABLÖLAR VE ŞEKİLLER DİZİNİ

	SAYFA
Tablo 1. Şizofreni ve kontrol grubu sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	52
Tablo 2. Şizofreni grubunun klinik özellikleri	54
Tablo 3. Şizofreni grubunda PANSS ve ŞİLÖ ortalama puan ve standart sapmaları	55
Tablo 4. Şizofreni ve kontrol grubunun ÖAÖ ve HAM-A toplam puanlarının karşılaştırılması	56
Tablo 5. Şizofreni ve kontrol grubunun her maddesi için ÖAÖ puanlarının karşılaştırılması	57
Tablo 6. Şizofreni ve kontrol grubunun faktör yapılarına göre Ölüm Anksiyetesi Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	58
Tablo 7. Şizofreni grubunda bazı sosyodemografik veri ve klinik özelliklerin Ölüm Anksiyetesi Ölçeği puanları açısından karşılaştırılması	59
Tablo 8. Şizofreni grubunda HAM-A, PANSS, ŞİLÖ puanları ve bazı klinik özellikler ile Ölüm Anksiyetesi Ölçeği puanlarının korelasyonu ve kontrol grubunda HAM-A ile Ölüm Anksiyetesi Ölçeği puanlarının korelasyonu	61

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni varsanı ve/veya sanrıların sıklıkla görülmesiyle karakterize, lisan kullanımı, motor aktivite, iradi davranış, duygulanım gibi birçok merkezi sinir sistemi işlevindeki belirtilerle tanımlanan bir klinik sendromdur (1). Kişinin alışılmış olan algılama ve düşünme biçimlerine yabancılaşması, kendini toplumdan soyutlayarak iç dünyasına kapanması, işlevsellik düzeyi ve uyum becerilerinin belirgin biçimde bozulması ile karakterizedir ve kronik seyri içinde sıklıkla alevlenmelerle kendini gösterir (2, 3). Şizofreni, her ne kadar psikozun belirleyici olduğu bozuklukların bir prototipi olarak tanımlansa da toplum genelinde psikoz, bir süreklilik içinde dağılım gösterir. Bu nedenle gerek Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) gerekse Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sınıflandırmalarını “Şizofreni Yelpazesi ve Diğer Psikotik Bozukluklar” adıyla yapmaktadırlar (4). Günümüzde şizofreninin sadece psikotik belirti ve bulgulardan ibaret olmayan, başta beyin işlevi bozukluğu olmak üzere bedenin diğer bölümlerinde de kendini gösteren nörogelişimsel bir bozukluk olduğuna vurgu yapılmaktadır. Ancak çağdaş tanı ölçütleri şizofreniyi tanımlarken özellikle psikotik belirtilere ağırlık vermekte, şizofreninin diğer psikopatolojik özelliklerine daha az yer vermektedir. Bu durum, hastalığa ait diğer sorun alanlarının gözden kaçırılabilmesine işaret etmektedir (5). Psikanalitik literatürde de her ne kadar psikoz açısından gerçeklik ilkesinin önemi vurgulansa da, nevrozda da belirtilerin zaman zaman dış gerçeklikten çekilmeye hizmet ettiği, bu nedenle nevroz ve psikozu insana özgü aynı ruhsal yapının bir süreklilik içindeki gelişiminin farklı sonuçları olarak görmemiz gerektiği belirtilmektedir (6).

Ruhsal bozuklukların sınıflandırılmasında ve tanı ölçütlerinin geliştirilmesinde kullanılan kategorik yöntemden farklı olarak boyutsal yaklaşım, bir ruhsal bozukluğun tanımlanmasını sağlayan sınırların daha muğlak olduğunu ortaya koyar (5). Bu anlamda tanımlayıcı anlayıştan farklı olarak transdiagnostik yaklaşımlar bize bugüne kadar sınıflandırma ve klinik bakımı etkileyebilecek düzeyde güvenilir bir paradigma değişimi sağlama konusunda yeterli kanıtlar sunmasa da, büyük resmin farklı sorunlarına, ayrıntılara, yeniliklere odaklanmamıza olanak sağlayabilir (7-12). Ölüm anksiyetesi ve ölümle ilgili temaları içeren belirtiler pek çok ruhsal bozukluğun seyrine, süregenliğine ve gelişimine katkısı olan transdiagnostik bir yapı olarak ele

alınmaktadır (13, 14). Ancak özellikle anksiyete bozukluklarıyla birlikteliğinin yaygın olduğuna dair pek çok çalışma vardır (14-16). Bu anlamda ölüm anksiyetesinin, anksiyete bozuklukları ile daha yakından ilişkili olan ve buna ek olarak varoluşsal anlamlar da içeren bir kavram olduğu söylenebilir (17).

Ruhsal bozukluklarda işlevsellik, gerek hastane başvurularını gerekse hastalık seyrini doğrudan etkileyen önemli bir faktördür (18, 19). Anksiyete bozukluklarında işlevsellik ile anksiyete arasındaki ilişki pek çok çalışmayla ortaya konulmuştur (19-22). Ölümün içerdiği varoluşsal anlamların psikopatolojiye yansımalarına bakıldığında, Yalom ölüm anksiyetesine karşı inkarı kullandığımızı, bunu yaparken de kaynağı erken çocukluk yaşantılarında olan özel olduğumuza dair inanca sarıldığımızı vurgulamaktadır. Yalom'a göre özel oluşumuza dair bu inanca temel teşkil eden narsisistik gereksinimlerimiz, erişkinlik yıllarında kendini zoraki kahramanlık, işkoliklik gibi tutum ve davranışlarla göstermeye devam etmektedir (17). Bu anlamda işlevselliğin ölüm anksiyetesine karşı varoluşsal anlamda da bir savunma olarak ele alınabileceği söylenebilir. İşlevsellik ile ölüm anksiyetesi arasındaki ilişkinin öneminden bahsederken Dehşet Yönetimi Kuramına da değinmek gerekir. Bu kuram, insanların benlik bütünlüğü ve değerini korumaya yönelik davranışları, ölümlülüğe dair farkındalığın yarattığı dehşet duygusundan kaçınma çabası ile açıklamaktadır (16, 23-25). Benlik saygısı ile işlevsellik arasındaki ilişkiye bakıldığında, aralarındaki pozitif yönde ilişkiyi ortaya koyan pek çok çalışma bulunduğu bilinmektedir (22-27). Buradan hareketle işlevsellik, benlik saygısını artıran unsurlardan biri olarak ölüm anksiyetesine karşı bir başka savunma olarak ele alınabilir.

Şizofrenide de işlevselliği etkileyen etkenlerin ele alınması oldukça önemlidir. Şizofreni hastalığı olan bireylerin tedavisinde ilaçla birlikte verilen psikososyal eğitim, bilişsel davranışçı, destekleyici terapiler ve grup terapileri gibi girişim ve yaklaşımların belirtilerin iyileşmesine ve işlevselliğin artmasına katkı sağladığı saptanmıştır (26-35).

Ayrıca şizofrenide komorbid durumlar, tanı koyma hiyerarşisindeki sorunlar nedeniyle klinisyenler ve araştırmacıların şizofreninin çekirdek belirtilerini yeterince saptayabilmelerini ve inceleyebilmelerini engelleyebilmekte, zaman zaman yanlış değerlendirmeler nedeniyle uygun tedavinin düzenlenmesini ve hastane yatışlarını

etkileyen bir etkene dönüşebilmektedir (36, 37).

Tüm bu bilgilerin ışığında şizofrenide ölüm anksiyetesinin araştırılmasının hem şizofrenide görülen belirti ve işlevselliği etkileyen etkenlerin incelenmesine dair ek bir katkı sunacağı, hem de ölüm anksiyetesine ve insanın varoluşuna ilişkin kavrayışımızı zenginleştireceği umulmaktadır. Buradan hareketle bu çalışmada şizofreni hastalarında ölüm anksiyetesi ile hastalığın klinik özellikleri ve işlevsellik arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Temel Hipotezlerimiz:

1. Şizofreni tanısı olan bireylerde ölüm anksiyetesi, herhangi bir ruhsal şikayeti olmayan sağlıklı bireylerden daha yüksektir.
2. İşlevselliği daha az olan şizofreni hastalarında ölüm anksiyetesi daha fazladır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

2.1.1. Tanım ve Klinik Özellikler

Şizofreni genetik ve çevresel risk faktörlerinin dinamik bir etkileşimi ile ortaya çıkan yüksek morbidite ve mortalite oranına sahip kronik bir hastalıktır (38, 40). DSM-5 kategorik yapısına karşın psikotik bozukluklar için boyutsal yaklaşıma da yer vermekte, hem şizofreni hem de diğer psikotik bozukluklar için kullanılabilen sekiz boyutlu bir değerlendirme içermektedir. Bu boyutlar şu şekildedir:

- 1) Varsanılar
- 2) Sanrılar
- 3) Dağınık konuşma
- 4) Dağınık davranış
- 5) Negatif belirtiler
- 6) Biliş
- 7) Depresyon
- 8) Mani

Genellikle şizofreni hastalarının ilk hastane başvuruları ergenlikte veya erken erişkinlik döneminde ve daha çok varsanı, sanrı, düşüncede dağınıklık gibi pozitif belirtilerle olur. Varsanılar beş duyuya dair olabilse de şizofrenide en sık işitsel varsanılar görülür ve sıklıkla tehdit eden, açık saçık konuşan, suçlayan ve aşağılayan sesler hastalarda sıkıntı, korku, öfke gibi duygulara neden olurlar. Şizofreni hastalarında genellikle sanrılar kötülüğe uğrama korkusu ve kendi güvenliklerine yönelik tehditlerle ilgilidir. Hastalar düşünce ve davranışlarının bir dış güç tarafından kontrol edildiğine veya kendilerinin dış olayları kontrol edebildiğine inanabilirler. Düşünce okunması, düşünce sokulması, düşünce yayınlanması gibi sanrılar da sık

görülür. Sanrılar sosyal stres etkenlerinden çok etkilenirler. Örneğin benlik saygısına yönelik tehditler büyüklük veya kötülük görme sanrılarının ortaya çıkmasını tetikleyebilir (38, 39).

Dağınıklık belirtileri şizofreninin kalıtımsallığı en fazla olan ancak üzerinde en az araştırma yapılmış boyutudur (38). Şizofrenideki temel belirtilerin sınıflaması konusunda önemli bir tartışma olmasına rağmen, kanıtlar birçok modelin üç belirti kümesi içerdiğini göstermektedir: 1) Gerçekliğin bozulması (sanrılar, varsanılar gibi pozitif belirtiler), 2) Negatif belirtiler (anhedoni, aloji, avolusyon, asosyalite, duygulanımda düzleşme) ve 3) Dağınıklık belirtileri (örn. Teğetsel konuşma, uygunsuz duygulanım, dikkat bozukluğu). Bu modellerin birçoğu dağınıklık belirtilerini pozitif belirtilerle bir araya getirdiği için, dağınıklık belirtileri pek dikkat çekmemiştir. Bununla birlikte, dağınıklık belirtilerinin şizofrenide önemli etkileri olduğu kanıtlanmıştır, çünkü bunların mevcudiyeti zayıf mesleki işlevsellik ve uzun süreli hastalık seyri ile ilişkilidir (41-44).

Negatif belirtiler terimi, motivasyon, ilgi, sözel veya duygusal ifade ile ilgili normal davranış ve işlevlerin azalmasını veya yokluğunu tanımlar (45). Negatif belirtiler çoğu hastada ilk başvurudan itibaren mevcuttur. Genellikle belirtilerin başvurudan önceki yıllarda başladığı, sosyal işlevlerin şizofreni hastalarının akranları ile kıyaslandığında yetersiz olduğu ve bu hastaların sosyal işlevselliklerinin kendi normallerine göre de bir süredir gerilemekte olduğu anlaşılır. Negatif belirtilerin yaşam kalitesinde azalmaya, mesleki işlevsellikte bozulma ve ev işlerinde sorumluluklarını yerine getirememeye neden olduğu, sosyal işlevsellikte bozulma ile ilgili en önemli öngörücü faktör olduğu bilinmektedir. Ayrıca negatif belirtiler olumsuz hastalık seyri, bilişsel işlevlerde bozulma, tedavi edilmemiş psikoz süresi, hastalığın erken yaşta başlaması ile ilişkilendirilmiştir (38).

Şizofreninin çekirdek belirtileri arasında yer alan bilişsel belirtilerin, şizofreninin her evresinde olduğu bilinmektedir. Dikkat, bellek, yürütücü işlev, sözel akıcılık, öğrenme güçlükleri gibi bilişsel belirtilerin şizofreni açısından yüksek risk gruplarında, aynı negatif belirtiler gibi, henüz hastalık başlamadan önce de bulunduğu ve şizofreni hastalığı olmayan birinci derece akrabalarda da daha düşük şiddette bilişsel işlev bozukluklarına rastlandığı bildirilmiştir. Bilişsel işlevlerdeki bu bozulmanın özellikle

de negatif belirtiler, dağınıklık belirtileri ve sosyal işlevsellikte bozulma ile yakından ilişkili olduğu bilinmektedir (38, 41). Ayrıca bilişsel işlevlerdeki bozulmanın klinik açıdan oldukça önemli olan tedavi uyumu ve psikososyal rehabilitasyon tedavilerinden yararlanma olasılıklarını da etkileyen önemli bir etken olduğu belirtilmektedir (42).

Şizofreni hastalarında sıklıkla mani ve özellikle de depresyon şeklinde duygudurum belirtileri vardır. Ayrıca şizofreni ile ilişkili şiddet ve intihar gibi risk faktörlerinin şizofreninin spesifik belirtileri ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bunlar arasında şiddet riskinin pozitif belirtilerle, intihar riskinin negatif belirtiler ve duygudurum belirtileri ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (46).

2.1.2. Epidemiyoloji

Özellikle son 30 yılda hem yeni hem de eski veri ve bilgilerin yeniden değerlendirilmesini sağlayan sistematik incelemeler sayesinde şizofreni epidemiyolojisi hakkındaki bazı temel kabul edilen bilgilerin değiştiği vurgulanmaktadır. Daha önce şizofreninin tüm toplumlardaki görülme oranının %1 olduğu kabul edilirken, bazı çalışmalarda şizofreni yaygınlığının tüm toplumlarda aynı olmadığı belirtilmektedir (4, 47-49).

Yine uzun yıllar boyunca araştırmalarda cinsiyet açısından şizofreni yaygınlığı ve sıklığı için bir fark olmadığı kabul edilirken, son yıllarda yapılan araştırmalarda şizofreni yaygınlığı için erkek/kadın oranının 1,4/1 olduğu bildirilmektedir (4, 47, 50, 51). Ayrıca kadınlara göre erkek şizofreni hastalarında bilişsel yıkımın daha fazla, negatif belirtilerin daha belirgin, sosyal işlevselliğin ve hastalık seyrinin daha kötü olduğu belirtilmektedir (4).

Epidemiyolojik çalışmalarda şizofreni için ortalama başlangıç yaşının 15-25 yaş arasında olduğu ifade edilmektedir. Başlangıç yaşının erkeklerde ortalama 19 iken, kadınlarda ortalama 23 civarında olduğu kabul edilmektedir (4). Hastalık erkeklerde 15 ila 25 yaşlarında doruğa ulaşan dik bir artış gösterirken, kadınlarda 15 ila 30 yaşlarında birinci zirveye ve menopoz çağında (44-49 yaşlarında) ikinci bir zirveye ulaşır. Sıklık daha sonraki yaşlarda azalır (52). Tüm hastaların yaklaşık %20'sinde başlangıç yaşı 40 civarında iken %5 kadar hastada başlangıç 60'lı yaşlarda

olabilmekte, öte yandan hastalık çocuklukta ya da ergenliğin hemen başlarında da ortaya çıkabilmektedir (4). Bu nedenle şizofreninin her yaş grubunda görülebilen bir hastalık olduğu kabul edilmektedir (52).

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda eğitim süresi genel topluma göre daha düşük olma eğilimindedir. Bu durumun bozuklukların ortaya çıkma yaşlarının eğitim sürecine, özellikle de yükseköğretim yaşlarına denk gelmesinden kaynaklı olabileceği belirtilmektedir (4). Ayrıca şizofreninin nörobiyolojik bir temelini de olduğuna dair artan bilgilerden hareketle bazı çalışmalarda toplum geneli ile kıyaslandığında şizofreni tanısı olan bireylerin ebeveynlerinde zihinsel bozuklukların daha sık görüldüğü ve bu durumun ebeveynlerin eğitim durumlarını da olumsuz etkilediği bildirilmektedir. Buradan hareketle şizofreni hastalarında eğitim süresinin kişinin zeka düzeyi ve ebeveynlerinin eğitim durumlarından oldukça etkilendiği de bu çalışmalarda ifade edilmektedir (4, 53).

Şizofrenide işsizlik, istihdam edilememe ya da üretim sürecinin dışında kalma oranları oldukça yüksektir. Bu durumun pek çok sebebi olduğu ifade edilmekte, bunlardan birinin -aynı eğitim sürecinde olduğu gibi- hastalığın ortaya çıktığı yaşların bireylerin iş sürecine dahil olduğu yaş dönemine denk gelmesi olduğu belirtilmektedir (4). Hastalar için istihdamın önündeki engeller olarak damgalanma, ayrımcılık, işverenlerin hastalığa dair önyargılı yanlış bilgilere sahip olmaları, destekleyici istihdam politikalarındaki yetersizliklerin de çok önemli bir etkisi olduğu vurgulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda istihdamın şizofreni hastalarında sosyal işlevsellik, belirti şiddeti, yaşam kalitesi ve benlik saygısında olumlu sonuçlar ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (54, 55).

Şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar genellikle bireylerin bir ilişki kurmaya ve birliktelik yürütmeye yöneldiği bir yaş döneminde ortaya çıkmaktadır. Belirtilerin ve tedavi süreçlerinin getirdiği zorluklar, kişilerin uzun süreli ilişkileri sürdürebilmesine engel olmaktadır (4). Keza genel topluma göre şizofreni hastalarında bekar ve boşanmış olma oranı daha yüksek, özellikle batı toplumlarında evlilik oranı daha düşüktür (4, 56). Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının evlilik uyumunun zayıf olduğu belirtilmekle birlikte, evlilik ilişkisinin uzun vadede devam etmesinin hastalığın seyrinde olumlu etkiye sahip olduğu vurgulanmaktadır (56). Özellikle

depresif belirtilerin görüldüğü orta yaşlı ve yaşlı şizofreni hastalarında, medeni durum ile hastalığın klinik özellikleri arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada evliliğin yaşam kalitesini artırdığı ve intihar düşüncesine karşı koruyucu olduğu belirtilmiştir (57).

2.1.3. Tıbbi Hastalıklar ve Ölüm

Şizofreni hastalarının genel popülasyona kıyasla yaşam süreleri 15-20 yıl daha düşüktür ve şizofreni pek çok farklı etken nedeniyle genel popülasyondan iki ila üç kat daha yüksek mortalite oranları ile ilişkilidir. İntihar riskinin artmasına ek olarak, daha fazla sayıda doğal ölüm ve kazalar bu yüksek mortaliteye katkıda bulunmaktadır (39, 58, 59). Sağlıksız yaşam tarzları, çoklu ilaç kullanımı, antipsikotik ilaçların yan etkileri ve yetersiz sağlık hizmetlerinin yüksek mortaliteye katkıda bulunduğu gösterilmiştir. Kardiyovasküler olayların yüksek mortaliteye en fazla katkıda bulunduğu şizofreni hastalarında fiziksel sağlık sorunları yaygındır. Şizofreni, hem psikotik hem de negatif belirtilere bağlı olarak daha az sosyal etkileşim, inisiyatif kaybı, öz bakım ihmalı gibi belirtilerle kendini gösteren bir hastalık olduğundan hastalar genellikle hareketsiz bir yaşam tarzını benimser, sağlıksız diyet uygularlar ve dolayısıyla hastaların yaşam tarzıyla ilişkili hastalıkların gelişme riski artar. Bu nedenle kardiyovasküler olaylardan sonra en sık obezite, metabolik anormallikler, sigara, alkol, egzersiz eksikliği ve zayıf beslenme gibi diğer faktörlere bağlı tıbbi hastalıklar görülür. Bunlara ek olarak şizofreninin de dahil olduğu şiddetli ruhsal hastalıklarda viral hastalıklar, solunum yolu hastalıkları, kas-iskelet sistemi hastalıkları, cinsel işlev bozukları, gebelik komplikasyonları, ağız ve çene bölgesiyle ilgili hastalıklar, muhtemelen obezite ile ilişkili kanserler, genel popülasyona göre bu hastalarda daha yaygın görülmektedir. Ayrıca şizofreninin çekirdek belirtilerinin yardım isteme ve doğru tıbbi tedaviyi alma için engel oluşturabileceği vurgulanmaktadır. Şizofreninin de dahil olduğu şiddetli ruhsal hastalıklarda sağlık taramalarına daha az sıklıkta katılım ve farklı nedenlerle standart bakım seviyeleri alma olasılığının düşük olduğuna dair yeterli kanıt olduğu belirtilmekte, buna bağlı olarak fiziksel hastalıkların yetersiz tedavisi de yüksek mortaliteye katkıda bulunmaktadır (58-60). Yani sadece sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımdaki değil, aynı zamanda sağlık hizmeti sunumundaki eşitsizliklerin bu zayıf fiziksel sağlık sonuçlarına katkıda bulunduğuna dair artan kanıtlar vardır (60).

Şizofreni hastalarının, genel popülasyondan bireylerle kıyaslandığında ani kardiyak ölüm geçirme olasılığının da üç kat daha fazla olduğu rapor edilmiştir (60-62).

Şizofreni hastalarında erken aşırı mortalitenin alternatif bir açıklaması, hızlandırılmış yaşlanma teorisi olmuştur. Bu teoriye göre, şizofreni hastalarında yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikler genel popülasyona kıyasla daha erken yaşta ortaya çıkmaktadır (63, 64).

2.1.4. Şizofreni ve Anksiyete Bozukluğu Komorbiditesi

Anksiyete şizofrenide çok sık görülmekle birlikte anksiyete bozuklukları ve şizofreninin birlikteliği fazla araştırılmamıştır (37, 65). Teşhis sistemlerine ve metodolojik zorluklara gömülü hiyerarşik varsayımlar, çekirdek belirtilerin (pozitif, negatif, dağınıklık) dışında ek belirti alanları üzerine çalışmalar geliştirilmesini güçleştirmektedir. Mevcut literatür şizofrenide anksiyete birlikteliğinin yaygın olduğunu ve anksiyete için geleneksel tedavinin bu hastalarda belirtileri hafifletmeye yardımcı olabileceğini göstermektedir. Şizofreni ile birlikte olan genel anksiyete belirtileri ile psikotik bozuklukla ilişkili anksiyete benzeri belirtiler arasındaki sınırlar halen bulanıktır (65). Öte yandan anksiyete belirtilerinin psikotik alevlenmenin ilk habercisi olabileceği gibi, belirgin anksiyete belirtilerinin/bozukluklarının şizofreni ve diğer psikotik bozukluk belirtileriyle ilişkili olduğu kapsamlı epidemiyolojik çalışmalarla gösterilmiştir (37, 66). Bu belirtiler şizofreniden bağımsız olabileceği gibi varsanı veya sanrılara ikincil olarak da ortaya çıkabilir (37). Araştırma sonuçları şizofreninin pozitif belirtileri ile şizofreniye eşlik eden anksiyete belirti/bozuklukları arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermektedir (37, 67, 68). Şizofrenide görülen negatif belirtilerle şizofreniye eşlik eden anksiyete belirtileri/bozuklukları arasındaki ilişki ise geri planda kalmaktadır (37).

Birçok çalışma, şizofrenide anksiyete komorbiditesinin daha yüksek hastalık şiddeti, psikososyal işlevsellik ve yaşam kalitesinde daha fazla bozulma ve daha yüksek intihar eğilimi ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (36, 37, 67, 69, 70). Her ne kadar eldeki veri ve bilgiler kısıtlı da olsa şizofreniye eşlik eden anksiyete bozukluğu olan hastalarda nörobilişsel bozulmanın da daha belirgin olduğu ifade edilmektedir (37). Yapılan çalışmalar ilk psikotik atağa eşlik eden anksiyete bozukluklarından birinin varlığının

psikozun başlangıçtaki gidişi üzerine olumsuz etki ettiğini ortaya koymaktadır. Hatta tedavinin ilk iki haftasında anksiyete belirtilerinde gözlenen kötüleşmenin sonraki haftalarda antipsikotik ilaç değişikliği için önemli göstergelerden biri olabileceği ileri sürülmektedir (37). Bu nedenle şizofreni ve anksiyete bozukluğu birlikteliğinin incelenmesi önemlidir. Zira literatürde bazı antipsikotiklerin anksiyete belirtilerini tetikleyebileceği veya şiddetlendirebileceğine (36), öte yandan bu hastaların anksiyete ilaçları ile bu belirtilerinde iyileşme gösterdiklerine ilişkin çalışmaların artması veya “saf” şizofrenlerle karşılaştırıldığında eştanısı olan bu hastaların önemli ölçüde farklı nöropsikolojik profil göstermeleri gibi bazı bulgular (65) bu konunun hem araştırmalar hem de klinik uygulamalar açısından önemini ortaya koymaktadır. Anksiyete belirtileri ve bozukluklarının şizofreni hastalarında yetersiz tanınmakta ve yetersiz tedavi edilmekte olduğu bilinmektedir (67). Buradan hareketle özellikle ülkemizde muayene sürelerinin yetersizliği ve tüm dünyada şizofreni hastalarında çekirdek belirtilerdeki değişikliklere daha fazla odaklanılmasının, bu hastaların uygun tedaviler almasının önünde engeller oluşturabileceği ve hastalık seyrini olumsuz etkileyebileceği gibi, hastaların anlaşılıyor olma hissine de darbe vurması beklenebilir.

Şizofrenide anksiyete belirtilerinin nörobiyolojisi konusunda mevcut bilgiler yetersiz olmakla birlikte bu alandaki araştırmalar giderek artmaktadır. Anksiyetenin eşlik ettiği şizofreni hastalarında korku devresinin olması gerekenden daha düşük etkinlikte çalıştığı, bunun da azalmış amigdala etkinliği ve anterior singulat kortekste (ACC) nöronal hacmin azalması ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür. Yine bu hastalarla yapılan sinir görüntüleme çalışmalarında amigdala hacminin azaldığı gösterilmiştir. Buradan hareketle anksiyetenin eşlik ettiği şizofreni hastalarında amigdala içi anormallikler hipotezi öne sürülmüştür. Bu hipoteze göre amigdaladaki dopaminerjik hiperaktivite, duygusal algılamalarda bozulmaya yol açmakta, bunun sonucunda azalmış ACC duyarlılığı ve amigdalada azalmış geribildirim yol açmaktadır. Bu süreçte merkezi amigdala çekirdeğinin, bazolateral çekirdeklerden ayrıldığı, bu durumun da beyin sapı etkinliğinin artmasına bağlı olarak somatik korku ve endişe duyularını artırdığı varsayılmaktadır (37, 67).

2.2. Ölüm Kavramı

2.2.1. Ölüm Kavramına Felsefi Yaklaşımlar

Ölüm, onu ister bedensel ister ruhsal anlamda bize çağrıştırdıklarıyla ele alalım, onun hakkında düşünürken -kendiliğinden- yaşama dair hemen her şey hakkında da kendimizi düşünürken veya sorgularken bulduğumuz, dolayısıyla yaşam ve varolma ile diyalektik olarak ilişkili bir kavramdır. Hatta ölüm ve onunla ilgili düşünceler kimi düşünürlere ve inanışlara göre var olmayı da aşar yahut ona indirgenmemelidir. Kimilerine göre ise ölümün sadece bir veri olarak ele alınması gerekir. Öte yandan ölüm ve ölüm düşüncesi, gerçekliğiyle hayatımızı bir şekilde etkilerken, felsefi, psikolojik, toplumsal ve daha pek çok farklı açıdan ele alınagelmiştir; zira başkalarının ve hayatımızdaki önemli ötekilerin ölümü üzerinden de olsa yaşamımızın doğal olarak içindedir.

Felsefi analiz, bir olgu hakkında açıklanması gereken temel değişkenleri sağlarken, insan davranışının bilimsel bir açıklamasını temsil eden bir model elde etmek için mekanizmaları, koşulları vb. tanımlamak psikolojik teorinin görevi olmaya devam etmektedir. Felsefi yaklaşımlar her ne kadar doğrudan psikolojik teori olarak işlev göremese de özellikle ölüme yönelik felsefi yaklaşımları temel alan psikolojik modeller oldukça yaygındır. Psikoloji ve ruh sağlığı alanında özellikle varoluşçu ve fenomenolojik yaklaşımlar sağlam felsefi temellere dayanır (71). Bu nedenle ölüm anksiyetesine değinmeden önce ölüm kavramına ilişkin felsefi ve teolojik yaklaşımları ele almak uygun olacaktır.

Kimi felsefeci ve düşünürler ölümü deneyimcilik perspektifinden ele alırlar ki bu bakış açısı Lucretius'un özetlediği Epikuros öğretisi için de temeli oluşturur: Tüm deneyimin sona ermesi olarak anlaşılan ölüm ne iyi ne kötüdür, dolayısıyla kaygı, korku, endişe, nefret, ayrıca umut ya da sevinç nesnesi de olmamalıdır (72). Kaan H. Ökten, ölüm düşüncesinin temel metinlerini derlediği "Ölüm Kitabı" isimli değerli çalışmasında Eskiçağ Yunan düşüncesi içerisinde Epikuros'un önemli bir yeri olduğunu belirtir. Epikuros Menoikeus'a yazdığı mektubunda şöyle der: "Ölüm bizim için hiçbir şeydir; çünkü biz varken ölüm yoktur, ölüm gelince de biz yokuz. Buna göre ölüm ne yaşayanları ilgilendirir ne de ölüleri, çünkü yaşayanlar için ölüm yoktur, ölüler ise zaten yoktur". Öte yandan ölüm düşüncesine yaptığı katkılarla özel bir yere sahip Seneca, Lucilius'a yazdığı bir mektupta: "Sanıyoruz ki ölüm önümüzdedir, oysa ölümün büyük bir kısmı şimdiden geçip gitmiştir. Hayatımızın gerimizde kalan

kısmını ölüm geçirmiştir eline” diyerek varoluşçuluğa dair ilk tohumları atar. Montaigne de ünlü Denemeler’inde, “ Bir gün yaşadıysanız, her şeyi görmüş sayılırsınız. Bir gün bütün günlerin eşidir. Başka bir gündüz, başka bir gece yok ki. Atalarınızın gördüğü, torunlarınızın göreceği hep bu güneş, bu ay, bu yıldızlar, bu düzendir” diyerek varoluşçuluğa giden yolun kapısını aralamayı sürdürür. Ludwig Feuerbach da Ölüm ve Ölümsüzlük Üzerine Düşünceler kitabında şöyle der: “Ölümsüz yaşam dopdolu bir yaşamdır”. Ona göre ölümsüzlük aslen ölüm öncesi bir varoluştur. Sören Kierkegaard ölüm düşüncesine ilişkin katkıları bakımından son derece özgün ve önemli bir yere sahiptir. “Hayali Vesileler Hakkında Üç Söylev” adlı eserinin “Bir Mezar Başında” isimli söylevinde şöyle der: “Eğer ölümün varolduğu kesinse, ki öyledir, eğer ölümün hükmüyle her şey bitiyorsa, eğer bu konuda herhangi bir açıklamada bulunma işine ölümün kendisinin asla karışmadığı doğruysa, o zaman iş kendimizi anlamaktan geçiyor demektir. Bu konuda gönülden bir anlayış, ölüm gece ise yaşam gündüzdür diyecektir. Eğer geceleyin hiçbir iş yapılamıyorsa, o zaman işimizi gündüzleyin yapacağız. Gönülden oluşun kısa ve fakat harekete geçirici çılgılığı, tıpkı ölümün kısacık çılgılığı gibi, bize şöyle sesleniyor: Gün bugündür”. Ölüm konusunda Artur Schopenhauer’in felsefesine de değinmek gerekir. Onun felsefesi aynı zamanda bir irade felsefesidir. Dolayısıyla Schopenhauer, ölüm düşüncesini yaşama iradesi bağlamında ele alır ve ölümden sonraki varolmama ile doğumdan önceki varolmamayı özdeş kabul eder. Schopenhauer şöyle der: “Zihin ikincil bir fenomen olup beyinden kaynaklanır, dolayısıyla onunla birlikte başlayıp sona erer. Oysa irade, zamanın da ait olduğu bütün tezahürlerin çekirdeği veya formudur, onun yegane koşulu olarak hür ve yok edilemezdir”. Zaman zaman Schopenhauer’in etkisinin görüldüğü “Ölümün Metafiziği Üzerine” adlı makalesinde Georg Simmel (73) ölüm düşüncesine dair şu ifadeleri kullanır: “Ölüme yaklaşmak için tüketedurduğumuz yaşamımız aslında ondan kaçmak üzere harcanan bir yaşamdır. Bizler, bir geminin üzerindeyken seyir istikametinin tersine doğru yürüyene benziyoruz: Güneye doğru yürürken, ayaklarımızın bastığı zemin bizimle birlikte kuzeye doğru taşınıyor” der ve ekler: “Ölüm, yaşam sürecini durdurup iptal ediyorsa da içeriklerinin anlam ve önemine dokunamamaktadır” (74).

Çağdaş felsefede ölüm düşüncesi konusundaki temel kaynakları Heidegger, Sartre ve Levinas’ın yazılarında görmek mümkündür (74). Martin Heidegger *Varlık ve*

Zaman'da şöyle der: "Dasein'in ölümle tamlığa kavuşması, onun şurada varlığını da kaybetmesi demektir aynı zamanda. Oysa artık-şurada-var-olmamaya geçiş, Dasein'in tam da bu geçişi deneyimleyebilme ve onu deneyimlenen bir şey olarak anlayabilme imkanından çekip çıkarır. Çünkü böylesi bir şey, ilgili Dasein'a kendi olmaklığı bakımından esirgenmiştir. Bu yüzden başkalarının ölümü çok daha nüfuz edici hale gelir. Böylelikle Dasein'in sonlanması sanki çok daha 'nesnel' biçimde erişilir olur. Böylece Dasein, hele ki o, özü gereği başkalarıyla birlikte-olma olarak var olduğundan, belli bir ölüm tecrübesi kazanmış olur. Ölümün bu şekilde söz konusu olan 'nesnel' verililiği, sanki böylece Dasein'ın bütünlüğünün ontolojik ihatasına imkan tanıyabilecektir" der ve ekler: "Fakat Dasein'ın sadece-öylesine-mevcut-olmaya dönüşmesinin bu yorumu, aslında fenomenal mevcudiyeti ıskalamaktadır; zira geride kalan varolan sırf cismani bir nesne değildir çünkü. Mevcut-olan ceset bile, teorik olarak ele alındığında, mesela anatomik patolojinin bir objesi olabilmekte ve onun kendi konusunu anlama eğilimi, burada yaşam idesini cihet almaya devam etmektedir. Sadece-öylesine-mevcut olan cansız maddi bir nesneden 'daha fazla' bir şeydir. Çünkü onunla, canını kaybetmiş bir canından-olan olarak karşılaşılmaktadır". Heidegger 'Müteveffa'nın can verenden farklı olduğunu vurgular ve devam eder: "Çünkü 'geride kalanlardan' çekip koparılmış olan olarak o, cenaze töreni, defin ve gömü kültü gibi 'ilgilenmelerin' objesi olabilmektedir. Bunun sebebi, sahip olduğu varlık minvali bakımından, ilgilenilebilen, çevreleyen-dünyasal el-altında-olan bir gereçten 'daha fazla' bir şey olmasıdır. Onun başında yas tutarak ve onu anarak öylece-bulunan geride kalanlar aslında onunla birlikte var olmaktadırlar- onurlandırıcı bir itina göstermekliğin hali içinde. Bu sebeple, ölüye yönelik varlık ilişkisi, bir el-altında-olanla ilgilenilen varlık minvalindeki gibi ele alınamaz". Heidegger'in ölümle ilgili olarak varlığın karakterizasyonu hakkında genel olarak iddiası, ölümün insanı kendi olma imkanıyla karşı karşıya getirdiğidir. Heidegger bunun da insanlar için ölüme yönelik herkesin vehimlerinden sıyrılmış, tutkulu, fiili, kendinden emin hürriyet anlamına geldiğini belirtir (75). İleride de değinileceği gibi Heidegger'in bu bakış açısı varoluşçu psikoterapi kuramları ve onların klinik uygulamaları için çok önemli bir kavramsal/felsefi çerçeve oluşturmaktadır.

Sartre *Varlık ve Hiçlik* isimli kitabında Heidegger'in Varlık ve Zaman'daki ölüm çözümlemesine eleştiride bulunarak şöyle der: "Nitekim ölüm hiçbir biçimde ve en

azından kendi-için olduğu ölçüde benim varlığımın ontolojik yapısı değildir; kendi varlığı içinde ölümlü olan başkasıdır. Kendi için varlıkta ölüme hiçbir yer yoktur; ölümü ne bekleyebilir, ne gerçekleştirebilir, ne de ona doğru atılımda bulunabilir; ölüm hiçbir biçimde sonluluğun temeli olmadığı gibi daha genelde ne kökensel özgürlüğün projesi olarak içeriden temellendirilebilir, ne de kendi-için tarafından bir nitelik olarak dışarıdan kabul edilebilir. O halde nedir ölüm? Olgusallığın ve başkası-için-varlığın belli bir veçhesinden, yani veriden başka bir şey değildir. Doğmuş olmamız saçmadır, ölecek olmamız saçmadır; öte yandan bu saçmalık varlığımın devamlı yabancılaşması olarak ortaya çıkar- artık benim imkanım değil de başkasınıniki olan imkan” (76). Sartre’a göre ölüm bir bireyin olanaklarını fark etmesini engeller. Sartre’ın bu bakış açısı varoluşçu yaklaşımı temel alan bazı klinik uygulamalara da temel teşkil eder (71).

Emanuel Levinas *Ölüm ve Zaman* kitabında ‘Ölüm üzerine ne biliyoruz?’ diye sorar ve şöyle der: “Deneyim açısından, bir davranışın, ifadeye dayalı hareketlerin ve bunların içinde yer alan, bunların sakladığı fizyolojik süreç ya da hareketlerin durmasıdır – ki bu hareketler aracılığıyla bir ‘şeyler’ ya da daha iyisi birisi kendini gösteriyor, göstermekten de öte ifade ediyordur. Bu ifade göstermekten daha fazla bir şeydir, açıklamaktan daha fazlasıdır. Daha önceden hastalık zaten, bu ifadeye dayalı hareketlerle biyolojik hareketler arasında bir mesafe getirmiştir; daha baştan tıbbi müdahaleye yapılan bir çağrıdır. İnsan yaşamı fizyolojik hareketlerin üstlerinin örtülmesidir: Edeptir. Bir ‘saklamak’, bir giydirmek söz konusudur ki bu aynı zamanda bir ‘çıplak bırakmak’tır, çünkü bu ‘toplumsallaşmak’tır. Ölüm geri dönüşü olmayan bir mesafedir: Biyolojik hareketler anlamın, ifadenin bağımlılığından çıkarlar artık. Ölüm bozulmadır, yanıt yokluğudur. Davranışın bu ifade özelliği biyolojik varlığı giydirebilir, ama bir yandan da her türlü çıplaklığın ötesinde çıplak bırakır, nihayet ondan bir yüz sunar; birisinin, herhangi birinin, benden başka bir benliğin, benden farklı birinin beni kendinde taşıyan bir birliğe bürünüp bana kendini artık kayıtsız olmayacağım bir biçimde sunmasını sağlar. Ölen birisinin yüzü maskeye dönüşür. İfade yok olur. Benim olmayan ölümün deneyimi, birisinin ölümünün ‘deneyimi’ olarak en başından beri biyolojik süreçlerin ötesindedir, birisi olarak benimle bağlantıya girer. (Herhangi birinin ölümü) herhangi bir çıplaklığıyla –yüzüyle- kendini ifade ediyorsa bana çağrı yapma, benim sorumluluğum altına girme konumundadır; işte o andan başlayarak artık hep ona yanıt vermek durumundayımdır. Kendini ifade

eden başkası bana emanet edilmiştir (üstelik başkasına karşı [gerçek] bir borçlu olma durumu da yoktur –zira iade edilmesi gereken borç ödenemez, asla tam bir ödeme olamaz). Başkası beni ona karşı duyduğum sorumluluk aracılığıyla birey haline getirmektedir. Başkasının ölümü benliğimin sorumlu kimliğinde beni yaralar – bu birbirinden değişik kimlik edinme davranışlarının basit bir tutarlılığından ibaret değildir; dile getirilemeyecek sorumluluktan oluşmuştur. Benim başkasının ölümüyle ilişkim, başkasının ölümünden etkilenmem işte budur. Artık bana yanıt veremeyen birine bu ilişki içerisinde duyduğum şimdiden suçluluğa dönüşmüş bir saygıdır; ölümden artakalan birinin suçluluğudur bu”. “Ölüm zamanın akışı içerisinde olmak ya da olmamak diyalektiğinden farklı bir şey midir?” diye soran Levinas son olarak da şöyle der: “Her türlü deneyimden daha eski olan ölümle ilişki, varlığın ya da yokluğun görünümü değildir. İnsanın sırrı onun yönelimsel bilinç edimlerinde yatmaz. İnsanın özü, varlıkta ayak direme veya ruhun eğilimlerinde değil, çıkarlarından vazgeçmede ve elveda diyebilmesindedir” (77).

2.2.2. Ölüm Kavramına Teolojik Yaklaşımlar

Teolojide ölüm başlı başına belirleyici bir yere sahiptir. Yaklaşık M.Ö. 1500-1000 yıllarında İranlı bir Zerdüş tarafından ortaya konan Zerdüşçülük, dünyanın üç büyük tek tanrılı dini olan Yahudilik, Hristiyanlık ve İslamiyet üzerinde dini öğretileriyle iz bırakmıştır. Bunların başında gelecekte yeniden dirilme, ruh ve beden birlikteliğinde sonsuz yaşama dair öğretiler gelir. Genel olarak tüm tek tanrılı dinler ölümü yaşamın bitişi olarak değil de, onun bir gayesi olarak, insan yaşamının ilahi yargılanışından önce sonsuzluğa giriş, son sınav, nihai korku ve çile şeklinde betimlerler. Bu şekilde ruh, herkesin amellerine göre, kah kötüyü cezalandıracak kah iyiyi ödüllendirecek olan Tanrı’nın hükmünü beklediği bir yerde bir varlık olarak yaşamaya devam eder (78).

Yaratılış ilk Yahudi metni değilse de, Kutsal Kitap’taki yaşam ve ölümle ilgili izlekler açısından temel teşkil eder; cennette baştan çıkararak yasak meyveyi yiyen Adem ölüme yazgılı kılınmıştır; topraktan gelmiş, toprağa gidecektir. Yaşayanların ölümleri istenmeyen alan olan Şeol’de “yarı umut yarı korku” mekanındaki gölge figürler olarak düşledikleri belirtilir. İlk önce yaşam, yaşayanlar ve Tanrı’ya ibadet edenler içindi, atalarının hayaletlerinin peşinde koşanlar için değil. Ancak zamanla ölünün yeri yeniden belirlenmiş ve bu kez Tanrı’nın yeryüzünde gelecek hükümlerine inancın

unsuru olarak, dirilişı bekleyen bir imge olarak çizilmiştir. Diriliş fikirlerinde erdemli insanların, özellikle Tanrı uğruna kahramanca şehit olanların ölümlerini kutsama ihtiyacının payı olduğu belirtilir. Erdemli insanların boşa ölmeyeceklerine dair ifadelerle diriliş fikri ve bazı metinlerde, ölünün ruhu için dua etme ve kefareti için kişisel ızdırabın gerekliliği fikri, Yahudiliğe dair metinlerde geçmektedir. İlk Yahudi ritüellerinde genelde ikili defin olduğu, bunlar kazılmış mezara gömüldükten sonra bir de kemiklerin bir kutuya konulduğu, bu kutunun üzerindeki desen ve motiflerin (gemi motifi gibi) ölen kişinin gelecekteki yolculuğunu simgelediği belirtilmektedir (79).

Hristiyan maneviyatında egemen izleklerden birinin, yaşamın benlik açısından bir ölme, Tanrı açısından ise bir yaşayış biçimi olduğu belirtilir. Hristiyan inancında ölümden aşkınlık vurgusu, İsa'nın dirilişi üzerinden yapılır. Bu vurgu Hristiyan inancı için kurucu öneme haiz olup, Vaftiz, Efkaritsiya gibi düzenli törensel uygulamalar için zemin oluşturur. Bu tören ve ibadetler, başkalarının iyiliği uğruna kendini feda etme etiğinde de kendini gösterir. Hristiyanlıkta ölümü marazi ve ayrık bir durum olarak görmekten ziyade, temel bir eylem olarak görmenin ölüm korkusunu azalttığı ve olumlu bir yaşam biçiminin de zeminini oluşturduğu ifade edilmektedir (79).

İslam inancına göre de Yahudilikte olduğu gibi kıyamet gününde yeniden dirilme vardır (78). Genel bir kanaate göre her canlının kıyameti kendi ölümüyle başlar. Genelde tasavvuf ve ahlâk alanlarını konu alan eserlerde ölüm ikaz edici ve korkutucu bir öğe olarak kullanılıp –özellikle de yaşarken işlenen günahlara karşı ahirette verilecek cezalar için- dehşet verici betimlemeler yapılmıştır (80). Kuran'a göre iyi ameller gerçekleştirmiş olanların üzerine melekler üşüşür (78), ahirette onların ve şükredenlerin mükafatı Allah'a düşer (74). Öte yandan günahkarlar “ateşi tadacaklardır” (78). Nitekim İbrahim suresinde (17. Ayet) şu ifade geçer: “Onu yudumlamaya çalışacak fakat boğazından geçiremeyecektir. Ona her yönden ölüm gelecek fakat ölmeyecek, arkasından da şiddetli bir azap gelecektir” (74).

2.3. Ölüm Anksiyetesi

2.3.1. Ölüm Anksiyetesinin Tanımı ve Nörobiyolojisi

Literatürde ölüme karşı –olumsuz- tutumlarla ilgili birçok terim kullanılmıştır. En

yaygın terimler, ‘ölüm anksiyetesi’nin yanı sıra ölüm korkusu, ölüm tehdidi, ölüm kaygısı ve ölüm kabulüdür. Her ne kadar bu terimler bazen birbirlerinin yerine kullanılabilse de, genellikle belirli birine odaklanan bir ölçek geliştirme aşamasında, içerdikleri önemli kavramsal farklılıkları yansıtır. Örneğin, anksiyete terimi, onu korku veya tehdit gibi diğer terimlerden ayıran "spesifik olmayan" sıkıntı ve "karışıklık" gibi anlamlara sahiptir (71). Türkiye’de yapılan çalışmalarda da sıklıkla anksiyete yerine kaygı kelimesinin kullanıldığı görülmektedir. Ancak aslında bu iki kelime anlam bakımından birbirini tam olarak karşılamaz. Bu konudaki en zihin açıcı netleştirmelerden birini de Orhan Öztürk yapmıştır: “Anxiety veya anxiété karşılığında daha çok psikologlarca ve kimi ruh hekimlerince “kaygı” sözcüğü kullanılmaktadır. Kaygı, genellikle nesnesi bilinen bir duruma ya da kişiye karşı duyulan merak, tasalanma ve endişe duygusudur. Ayrıca kaygı sözcüğü ruhsal bozukluklardaki yoğun, zorlu bunalıntıyı karşılamamaktadır” (3). Bu nedenle ölüm gibi anlam ve çağrışım bakımından pek çok bilinçli ve bilinçdışı farklı unsurları bir arada içeren bir kavram için bu çalışmada anksiyete kelimesini kullanmayı daha uygun bulduk. Nitekim ölüm anksiyetesi için kullandığımız ölçeğin orijinalinde “anxiety” ifadesi kullanılmıştır.

Ölüm anksiyetesi hakkında genel geçer bir tanım yapmak gerekirse; ölümün ve ölümle ilgili düşüncelerin kişide yarattığı bunalı durumu diyebiliriz.

Ölüm anksiyetesi, kişinin varlığının yok edilmesiyle ilgili temel korkular ile yakından ilgilidir ve zorlu koşullarda hayatta kalmaya uyum sağlayan eski ve temel limbik yapılardan kaynaklanmaktadır. Ölüm anksiyetesinin altında yatan temel beyin sistemleri, örtülü (bilinçsiz) korku hatıralarının gelişimine dahil olan ilgili yapıları, amigdalay ve açık (bilinçli) korku hatıralarının geliştirilmesinde yer alan hipokampus ve ilgili kortikal alanları içerir. İnsanlarda, iki duygusal bellek sistemi paralel olarak hareket eder ve aynı uyaranlar tarafından aynı anda harekete geçirilir. Bu nedenle, ölümle ilişkili tehdit algıları, insanlarda hafıza yapılarının oluşumunda rol oynayan bilişsel yapılarla da bağlantılıdır. Hem örtülü hem de açık olan duygusal bellek yapıları, algılanan tehdidin sinyalleşmesinde ve düzenlenmesinde önemli rol oynamaktadır (81).

2.3.2. Ölüm Anksiyetesine Kuramsal Yaklaşımlar

2.3.2.1. Kendini Gerçekleştirme Kuramları

Psikoloji literatüründe “self-actualizing” şeklinde tanımlanan kendini gerçekleştirme terimindeki “actualizing”, İngilizcede yine gerçekleştirme anlamında kullanılan “realizing” kelimesinden farklı olarak bir edimde bulunma, eylemlilik vurgusu içerir.

Birçok kişilikbilimci, özellikle Maslow ve Rogers, bireylerin doğuştan gelen potansiyellerini gerçekleştirme konusunda motive olduklarını ileri sürmüşlerdir. Maslow'un kendini gerçekleştiren kişisi, diğer teorik özelliklerin yanı sıra kendisiyle daha barışık, daha az kaygı duyan ve daha az ölüm korkusu olan biridir. Rogers'ın sisteminde de tehdit, anksiyete gibi kavramların kişiler tarafından nasıl algılandıkları, kendini gerçekleştirme eğilimiyle ilintili biçimde ele alınır (71). Rogers'a göre kişinin doğuştan gelen kendini gerçekleştirme eğiliminin olumlu bir şekilde tamamlanabilmesi için belirli koşulların gerçekleşmesi gerekir. Bu koşullar; bireyin, kendisi için önemli olan öteki ile ilişkisinde empati, içtenlik, koşulsuz olumlu kabul alabiliyor olmasıdır. Rogers özellikle koşulsuz olumlu kabul ihtiyacının benlik oluşumunun merkezinde yer aldığını vurgular. Ona göre bireyler benlik ve deneyim arasında uygunluğu her zaman sağlayamaz ve uyumsuzluk ile her karşılaştıklarında depresif, kaygılı hissetme gibi olumsuz duygular yaşarlar. Rogers kişilerin bu olumsuz duygularla baş edebilmek, tutarlı ve bütünleşmiş bir benlik hissini sürdürebilmek için savunma mekanizmalarını kullanacaklarını öne sürer. Ona göre bireyler bu nedenle en sık inkar ve çarpıtma gibi savunma mekanizmalarını kullanırlar (82). Ölüm anksiyetesini Rogers'ın sistemi ışığında ele alan yaklaşıma göre ölüme yaklaşma bilinci, çarpıtma ve inkar yoluyla kendilerini buna karşı koruyan bireyleri tehdit eder. Bu bağlamda Rogers'ın teorisi, ölüme yönelik tutumların analizinde uygun olabilecek birkaç kavram sunar. Birey, kaçınılmaz ölüme rağmen kendisini değerli bir insan olarak inşa ederek başa çıkma becerilerini iyileştirebilir. Buradaki kritik kavram, ölüm düşüncesi karşısında özsaygıyı sürdürebilme yeteneğidir (71).

Kendini gerçekleştirme kuramları çeşitli metodolojik ve teorik nedenlerle eleştirilmiştir. Öte yandan kendini gerçekleştirme motivasyonu, temel bir motivasyon türü olarak son zamanlarda kendilik kavramı modellerinde kabul edilmektedir. Ayrıca ölüm anksiyetesi düzeyi ile kendini gerçekleştirme ölçütleri arasında ters bir ilişkinin olduğuna dair önemli ve oldukça tutarlı bulgular olduğu da vurgulanmaktadır. Bu

nedenle ölüm anksiyetesi çalışmalarına yönelik teorik bir yaklaşımın en azından kısmen bu tür bir motivasyona dayanmasının faydalı olabileceği belirtilmektedir (71).

2.3.2.2. Anlam Arayışı Kuramları

Yoğun sıkıntı koşullarında insan hayattaki amaç duygusunu yeniden kazanmaya ihtiyaç duyar. Anlam arayışı kuramları kişinin hayattaki amacına dair tutumların yeniden düzenlenmesi süreçlerinin üzerinde durur (71). Bu anlamda varoluşçu yaklaşımlarla aynı çerçevede içerisinde de değerlendirilebilir. Victor Frankl insanın anlam arayışında şöyle der: "...çünkü geçmişteki hiçbir şey geri kazanılamaz bir şekilde kaybedilmemiş, her şey geri dönülmez şekilde kaydedilmiştir. Bu nedenle varoluşumuzun geçici olması, bunu kesinlikle anlamsız kılmaz, ama sorumluluklarımızı oluşturur; çünkü her şey, bizim, öz itibarıyla geçici olan olasılıkları gerçekleştirmemize bağlıdır" (83). Thompson ve Janigian (84), "anlam arayışı" nın sistematik bir açıklamasını yaparken, yaşam şeması kavramını ana kuramsal ve metodolojik kavram olarak kullanmışlardır. Thompson ve Janigian'a göre bir kişide anlamlı inanç ve hedefler kişisel deneyimler tarafından doğrulanmazsa, o kişi hayatın anlamlı olduğunu düşünmeyebilir. Bu nedenle yaşamdaki anlam, kişide anlamlı inançların ve ilgili yaşam hedeflerinin varlığı ya da her ikisine dair duygu ve öznel deneyimlerin varlığı ile mümkündür (84). Buradan hareketle örneğin kanser gibi negatif olaylar, kişinin yaşam şemalarını veya olay algısını değiştirerek ele alınabilir (71).

2.3.2.3. Kişisel Yapı Kuramı

Kelly'nin (1955) oluşturduğu bu kurama göre, bir kişinin yaşantıları, düşünceleri, duygu ve davranışları o kişinin olaylara ilişkin beklentileri doğrultusunda şekillendirilir. Kuramda yapı ve yapılanma sistemi olmak üzere iki temel kavram üzerinde durulmaktadır. Kelly insanların yaşantıları ve izlenimleri yoluyla edindiği bilgiyi öznel olarak yorumlayıp anlamlandırarak yaşamlarına dair bir takım "kişisel yapılar" oluşturduğunu belirtmiş ve bu yapıların tutarlı bir bütünlük içinde bir araya gelmesini de "yapılanma sistemi" olarak adlandırmıştır. Yapılar kişinin çevresindeki olaylara, kişilere veya nesnelere bir takım özellikler atfetmesiyle edinilir. Kelly bu yapıların olumsuz yaşantılar gibi değişen koşullarda bireyin dünyasını

düzenleyemediğinde veya deneyimlerin bu yapılara uyarlanamadığı durumlarda anksiyete oluştuğunu belirtir. Bu durumda birey var olan yapılarını yeniden gözden geçirip bunlar içinde yetersiz olanların yerine alternatif olabilecek bir başka yeni yapı oluşturabilirse anksiyete ile baş edebilir. Böyle bir alternatif yapı ortaya çıkarılamazsa oluşturulmuş geçersiz yapılanma sürdürülür (85).

Kelly, kitabında birkaç kez ölümü “tehdit”in model örneği olarak kullanır; bu, “kişinin çekirdek yapılarındaki yakın değişimin farkındalığı” olarak tanımlanır. Kelly, ölümü sadece "tehdit" bağlamında kullansa da teorisinde anksiyetenin oluşum mekanizması olarak tanımladığı yaklaşımın, ölüm tehdidinden ayrı olarak ölüm anksiyetesine de uyarlanmasına imkan sağladığı ifade edilmektedir. Buradan hareketle ölümün, anlaşılması zor bir olay (unsur) olarak düşünülebileceği, bu unsurun mevcut yapı altında kapsanamaması durumunda anksiyetenin oluşacağı, kişinin özellikle de kendi ölümünü kavrama zorluğu nedeniyle daha yüksek anksiyetenin eşlik etmesinin bekleneceği belirtilmekte, ampirik araştırma bulgularının da bu hipotezle tutarlı olduğu vurgulanmaktadır (71).

Kelly'nin orijinal teorisi ve metodolojisi (örneğin, Repertuar Grid Tekniği, Kelly, 1955), bir Tehdit İndeksi (TI) oluşturularak, ölüm tutumlarının incelenmesi için verimli bir şekilde genişletilmiştir. Tehdit İndeksi ölümün, bir kişinin benlik kavramını tehdit ettiği fikrine dayanır. Kelly'nin Grid Tekniği'ne dayalı bir Ölüm Tutum Repertuar Testi de geliştirilmiştir. Neimeyer ve Chapman'ın 1980 yılındaki çalışmalarına (86) dayanarak, Robinson ve Wood (87, 88), ölüm tehdidini araştırmak için TI metodolojisini kullanarak yeni bir model geliştirmişlerdir. Bu modelde katılımcıların tehdit indeksindeki soru alanlarının her biri için “kendilik”, “ideal kendilik” ve kişinin “kendi ölümü”nü değerlendirmeleri istenir. Her soru alanı için kendini ve ideal kendiliği birbirine yakın olarak değerlendiren katılımcının, kim olduğu ile kim olmayı tercih edeceği arasında bir fark görmediği düşünülmektedir. Modelde ölüm anksiyetesi iki faktöre dayanarak yorumlanır: “Gerçekleştirme” ve “Entegrasyon”. Buradan hareketle kendiliği ve ideal kendiliği birbirine yakın olarak değerlendirilen birinin kendini gerçekleştirme konusunda başarılı olduğu kabul edilir. Aynı şekilde, soru alanlarının her birinde katılımcının kendiliği ve kendi ölümü ile ilgili değerlendirmesi arasındaki uyumun yükseklik derecesi, o kişinin kendi ölümünü

kişisel yapı sistemine ne kadar iyi entegre edebildiğinin göstergesi olarak kabul edilir. Diğer bir deyişle, ölüm yapılarının benlik yapıları ile bütünleşme derecesi ne kadar yüksekse, yani kendilik ile ilgili değerlendirmeleri ile kendi ölümü ile ilgili değerlendirmeleri arasındaki bölünmeler ne kadar azsa, kişi ölümden o kadar az korkacaktır (88). Bu konuda yapılan çalışmalarda, hem kişisel yapı kuramı hem de kendini gerçekleştirme yaklaşımı ile tutarlı olarak oluşturulmuş eklemeli bir model ile kapsamlı ve umut vadeden bir ölüm anksiyetesi modeli geliştirilebileceği ifade edilmektedir (71).

2.3.2.4. İnkâr ve Olumlu Yanılsama Kuramları

Freudyan ve Neo-Freudyan yaklaşımlarda önemli bir kavram, içsel veya dışsal uyarıların neden olduğu anksiyeteye karşı korunmak için bir ego işlevi olarak kullanılan savunma mekanizmalarıdır. İleride de değinileceği gibi, Freud'un kendisi tarafından ölüm anksiyetesi bir temel psikodinamik mesele olarak görülmesi de, bu savunmaların kabul edilemez ölüm düşüncelerine karşı koruma olarak kullanılması Becker (89) başta olmak üzere, Rank ve Brown gibi psikanalitik düşünürler tarafından dile getirilmiştir. Bu yaklaşıma göre aslında kişinin kendi "yalanları" ndan fazla rahatsız olmadan ölümü reddetme yeteneği "normalliğin özü" olarak düşünülebilir. Ölüm anksiyetesi, koruyucu mekanizmaların ve esas olarak böylesi bir inkâr mekanizmasının bozulması olarak yorumlanmaktadır. Becker'e göre insanlar ölüm terörüne bir panzehir olarak kültürel sistemle özdeşleşerek sembolik ölümsüzlük yanılsamasını kullanırlar. Diğer bir deyişle bu kuram insanların bastırma veya yanılsamayı kullanarak kendilerini ölüm hayaletine karşı korumaları gerektiğini ve / veya sembolik sistemlerin ölümsüzlük yanılsaması yaratmada ve sürdürmede etkili araçlar olduğunu varsayar (89, 90). Bu bakış açısından hareketle oluşturulmuş bazı kuramsal model veya yaklaşımlara da aşağıda ayrıca değinilmiştir.

2.3.2.4.1. Ölüm Anksiyetesinin İki Faktörlü Modeli

Bu modele göre ölüm anksiyetesi iki etkenle belirlenir. İlk etken, genel anksiyete ve depresyon ölçümleriyle gösterildiği gibi genel ruhsal sağlığı yansıtırken, ikinci etken ölüm konusuyla ilgili spesifik yaşam deneyimlerini yansıtır. Gilliland ve Templer (91) ilk etkenin ölüm anksiyetesini temsil ettiğini, ikinci etkenin ise "doğrudan" ölüm

korkusunu temsil ettiğini öne sürmüşlerdir. İkinci etkenin doğası ile ilgili bu iddia tartışmalıdır. Öte yandan Lonetto ve Templar (92), bulguların genel olarak iki faktörlü bir açıklama ile örtüştüğü sonucuna varmışlardır. Bu modele göre savunma mekanizmalarının çökmesi, depresyon, nevroz türleri ve psikoz gibi diğer psikopatolojik durumlarla birlikte ölüm anksiyetesine neden olabilir (71).

2.3.2.4.2. Dehşet Yönetimi Kuramı

Dehşet Yönetimi Kuramı, en önemlisi Ernest Becker olmak üzere, Otto Rank, Rollo May, Irvin Yalom, Robert Jay Lifton ve Norman O. Brown da dahil çok sayıda varoluşçu ve psikodinamik alanlarla ilgilenen bilginlerin yazılarına dayanır ve Greenberg, Routledge gibi pek çok araştırmacının çalışmalarına zemin sağlamıştır (25, 71). Kuram, insanların, diğer tüm yaşam formları gibi, kendini korumaya ve genetik eşlenme ile üreme yoluyla hayatta kalmaya devam etmeleri konusunda temel bir yönelime sahip olduklarını ileri sürer. Tıpkı diğer tüm organizmaların hayatta kalmalarını kolaylaştıran kendi kendini düzenleyen sistemlere ve adaptasyonlara sahip olmaları gibi insanlar da karmaşık düşünme kalıpları konusunda onları yetenekli hale getiren son derece gelişmiş bilişsel yeteneklerle içinde yaşadıkları kültürel sisteme adapte olmaya çalışırlar. Öte yandan insanlar kaçınılmaz ölümlerinin ve ölümün her zaman öngörülemeyen veya kontrol edilemeyen nedenlerle olabileceği gerçeğinin farkındadır. En ilkel canlıyla aynı ölümcül kaderi paylaşan ve basitçe gelip geçici yaratıklar olduğumuzu bilerek işlev görmek zor olacağından, insanlar soruna –yani ölümlülük farkındalığına- yol açan aynı bilişsel yetenekleri devreye sokarak bu varoluşsal ikilemi en aza indirebilirler (25).

Dehşet Yönetimi Kuramı kültürel sistemlerin, insanın kırılabilirlik ve nihai ölümlülük farkındalığına karşı tampon işlevi gördüğünü varsayar (71, 93). Diğer bir deyişle insanların sosyal davranışlarının geniş bir yelpazesinin, insanın kaçınılmaz ölümlülük bilinciyle başa çıkmak için oluşturulan psikolojik çabaları yansıttığını iddia eder (25). Bu kurama göre kültürel dünya görüşleri, kişinin düzen ve anlam duygusu sağladığı düşünülen yapılarla özdeşleşmesini sağlayarak "sembolik" ölümsüzlük ve din yoluyla veya çocuk sahibi olarak, yani dünyaya kendilerinden bir parça bırakarak "gerçek" ölümsüzlük vaat ederler (71, 93). Bu "ölümsüzlükler" için, kişinin belli sistemlere ve ortak kültürel standartlara uyması gerekir. Bu şekilde kişi kültürel sistemde değerli bir

katılımcı olma hissine (benlik saygısına) ulaşır (71). Bu kurama göre benlik saygısı ihtiyacı evrenselidir. İnsanların yaşamın bir anlamı varmış gibi hissetmeleri ve anlamlı bir gerçekliğe önemli katkıda bulunduğunu hissetmeleri gerekir. Yani bu yaklaşıma göre, tek kesinliğin kişinin bedeninin çürüyerek gübre haline gelmesinin kaçınılmaz olduğu bir dünyada insanların benlik saygılarını ve anlamlı bir dünya içinde kişisel bir önemliliklerinin olduğu inancını sürdürebilmeleri gerekir (25). Böylece insanlar kültürel sistemlerine ve onlara ait olma gerekliliklerine inanmaya motive olurlar. Kuram, ölümleri denekler için daha belirgin hale getirmenin, onları özellikle kültürel değerleri koruyan insanlara olumlu tepki vermeye ve özellikle onları ihlal eden kişilere olumsuz tepki vermeye motive etmesi gerektiğini öngörmektedir. Model ayrıca, deneklerde artan özsaygının, video-bantlı ölüm sahneleri gibi tehdit edici uyarılara (ölüm hatırlatıcılarına) yanıt olarak anksiyeteyi azaltan bir etken olduğunu öngörmektedir. Bu tahminlerle tutarlı çalışmalar olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca, benlik saygısı ve ölüm anksiyetesi arasında negatif bir ilişki olduğunu gösteren sonuçların da [örn. Davis ve ark. (94), Buzzanga ve ark.(95)] Dehşet Yönetimi Kuramı ile tutarlı olduğu belirtilmektedir (71). Dehşet Yönetimi Kuramı'nın, bu temel önermelerin esaslarını incelemek amacıyla 250'den fazla ampirik çalışmaya ilham verdiği ve bu çalışmaların insan hayatında ölümle ilgili varoluşsal kaygıların rolünü anlamak için iyi bir teorik temel sağladığı ifade edilmektedir (25).

2.3.2.4.3. Özdenetim Yanılsamaları

Taylor ve diğer araştırmacılar tarafından sunulan genel görüşe göre, çoğu insan kendileri, dünya, çevre ve geleceği kontrol etme yetenekleri doğrultusunda olumlu yanılsamalar geliştirir ve sürdürür. Ayrıca, bu olumlu yanılsamalar –patolojik-savunma mekanizmalarından ayırt edilebilir ve pozitif psikolojik uyumu teşvik ederler.

Ölümle ilgili yanılsamalar nelerdir? Bu konu yaşamı tehdit eden hastalıklarla karşı karşıya olan veya ölen bir kişi bağlamında kapsamlı bir şekilde (ve çoğunlukla inkar açısından) tartışılmıştır. Olumlu yanılsamalar kuramına göre kişinin iç kontrol odağını (kişisel beceri gibi) kullanması ölüm anksiyetesini azaltırken, dış kontrol odağı (şans, kader, koşullar) doğrultusunda hareket etmesi ölüm anksiyetesini artırır. Yapılan bazı çalışmalarda bu varsayımın tutarlı sonuçlar elde edildiği ifade edilmektedir. Ayrıca

yanılsamalar inanç oldukları için, bireylerdeki ölüm anksiyetesinin kişilerin inanç sistemlerinin daha derin bir şekilde araştırılmasıyla anlaşılabilceği belirtilmektedir (71).

2.3.2.5. Çoklu Kendilik ve Kendilik Uyuşmazlığı Kuramı

Erikson'un Psikososyal Kuramı kendini büyüme sürecinde oluşturan ve dönüştüren bir kendiliği tanımlar. Bu "dinamik" kendilik kavramının [örneğin, Markus ve Wurf (96)] pek çok farklı kuramsal yaklaşım tarafından ele alındığı belirtilmektedir. Bununla yakından bağlantılı olarak çoklu kendilik ve olası ya da potansiyel çoklu kendilik kavramları vardır (97). Bu düşünceye göre, motivasyonlar gelecekteki olaylarla ilgili hedefler ve tehditlerin bilişsel temsillerini içeren yapılar doğrultusunda şekillenmektedir. Markus ve Nurius'un formülasyonundaki bu temsiller, şimdi kendilik için değerlendirici ve yorumlayıcı bir bağlam sunmaktadır. Buradan hareketle ölüme karşı tutumlar, gelecekte kendini "ölmekte olan bir ben" (98) olarak hangi bilişsel temsillerle zihinselleştirildiğine göre belirlenmektedir (71).

Çoklu kendilik kavramını kullanan ve ölüm anksiyetesi çalışmalarıyla daha yakından ilgili olan bir kuram da Higgins'in 1987 yılında yayınladığı çalışmasında ele aldığı Kendilik Uyuşmazlığı Kuramı'dır (99). Higgins bu kuramla ilgili olarak yazdığı orijinal metinlerde "self-discrepancy" ve "self-concept discrepancy" kavramlarını kullanır. Bu kuramla ilgili olarak psikiyatri literatüründe Türkçe yazılmış bir kaynak bulamadığımız için bu metinde "self" kelimesinin yerine Türkçe psikiyatri literatüründe daha yaygın olarak adı geçen "kendilik" ifadesini kullanmayı daha uygun bulduk. "Discrepancy" kelimesinin kökenine baktığımızda, Latince *dis-* ön eki ile *crepare* kelimesinden oluştuğu anlaşılmaktadır. Bilindiği gibi "dis-" ön eki "ayrı, uzak" gibi anlamlara gelirken, "crepare" kelimesi ise "gıcırdama, takırdama, çatırtı" gibi anlamlara gelmektedir (100). "Dis-" ön eki ve "crepare" kelimesinin bir araya gelmesinin ise "ahenksizlik, uyuşmazlık" gibi anlamlara gelen Latince "discrepare" kelimesini oluşturduğu (100, 101), daha sonra bu kelimenin İngilizce "discrepancy" biçiminde kullanıldığı anlaşılmaktadır (100). Higgins, kuramında öne sürdüğü fikrin özünde, bir kişideki farklı kendilik biçimlerinin arasındaki uyuşmazlıkların neden olduğu çatışmalara vurgu yaptığından "discrepancy" kelimesinin yerine de "uyuşmazlık" ifadesini kullanmayı uygun bulduk.

Kendilik Uyuşmazlığı Kuramı'nın öne sürdüğü model üç kendilik alanını inceler: 1) Gerçek kendilik; gerçekte sahip olduğumu hissettiğim nitelikleri içerir; 2) İdeal kendilik; ideal olarak sahip olmak istediğim nitelikleri içerir; ve 3) Gerekli kendilik; sahip olmam gerektiğini hissettiğim nitelikleri içerir (99). Kendilik Uyuşmazlığı Kuramı'nda gerçek kendilik ile ideal kendilik arasında algılanan tutarsızlıkların, kendilikle ilgili yerine getirilmemiş isteklere, gerçek kendilik ile gerekli kendilik arasındaki tutarsızlıkların, yerine getirilmemiş görevlere ve sorumluluklara bağlı olduğu düşünülmektedir. Buradan hareketle ilkinin hayal kırıklığı ve başarısızlık duyguları yarattığı varsayılırken, ikincisinin korku, tehdit ve anksiyete yarattığı varsayılır. Higgins ve ark. (102) bu modeli, depresyon ve anksiyetenin farklı yönlerini ayırt etmek için uygulamış, sonuç olarak gerçek kendilik ile ideal kendilik arasında algılanan tutarsızlıklar keyifsizlikle ilgili duygularla, gerçek kendilik ile gerekli kendilik arasında algılanan uyumsuzluklar ise ajitasyonla ilgili duygularla ilişkili saptanmıştır. Buradan hareketle kişiyi gelecekte bekleyen bir ölüm düşüncesi ile ilgili olarak kişinin kendiliğine dair istek ve sorumluluklarını yerine getirdiği düşüncesini destekleyen düşünce, davranış ve yaklaşımların daha düşük ölüm anksiyetesinin belirleyicisi olmasının beklenebileceği ifade edilmektedir (71).

2.3.2.6. Erikson'un Psikososyal Kuramı

Klasik psikanalitik kuramcılar tanımladıkları psikoseksüel gelişim evreleri ile insanın ruhsal yapısının oluşumunda özellikle erken çocukluk yıllarının önemli olduğunun altını çizerler. Freud'un insanın yaşamı boyunca sürececek örüntülerin oluşmasında erken yaşam deneyimlerinin etkilerine yaptığı vurgu önemlidir (103), zira normal ya da anormal kişilik oluşumunun gerçek temellerinin çocukluk çağında atıldığı bugün bilinmektedir. Öte yandan klasik psikanaliz kuramı ve uygulamaları ergenlik çağından sonraki dönemlerin üzerinde durmamıştır (3). Kendisi de psikanalitik gelenekten gelen bir kuramcı olan Erikson "İnsanın Sekiz Evresi"nde, ruhsal gelişimi insan yaşamının tümünü kapsayan bir süreç olarak görmüş, çocukluk çağındaki gelişimsel özelliklere ek olarak ergenlik çağından sonraki dönemlerin de temel özelliklerini, sorun alanlarını ve bunalımlarını tanımlamıştır. Kuramından hareketle Erikson her evrede birey için bir olumlu bir de olumsuz benlik ögesinin olduğunu belirtmiş, insan yaşamındaki sekizinci ve son evreyi benlik bütünlüğü (ego integrity) olarak tanımlamıştır (3).

Orhan Öztürk, Erikson'un bu evresi hakkında: "Yaşlılık dönemini kapsayan bu evrede, daha önceki evrede kazanılmış benlik özelliklerinin artık iyice olgunlaşması ve birbirleri ile bütünleştirilmesi benliğin en önemli görevidir. Benlik bütünlüğünün kapsayıcı bir tanımını yapmak güçtür. Bu, benliğin kendi içinde bir düzen ve anlamın bulunmasıdır. Bu, benliğin yalnız kendisini değil, tüm insan benliğini özseverliğin ötesinde sevişidir. Benlik bütünlüğü, olumlu olumsuz, acı tatlı yönleri ile bütün bir yaşamın olduğu gibi kabul edilidir. Bu, bir bakıma geçmişteki yaşantıların, tümüyle kendisine ait olduğunun kabullenilişi; geleceğin, korku, endişe ile karşılanmamasıdır. Yaşanmış olan geçmişin yeni baştan başka türlü yaşanabilmesi için pişmanlıklarla dolu bir özlem yoktur. Geleceğin ne olacağı bellidir. Benlik bütünlüğüne ulaşmış kişi, sonucu kesin belli olan gelecekte, yani ölümden ürkmez. Benlik bütünlüğü duygusundan yoksun oluşun belirtisi geçmiş günlerin iyi yaşanmamış olduğu duygusu, yeni baştan yaşama özlemi ve ölüm korkusudur. Ölüm korkusunda, bireyin kendine özgü tek ve bütün bir yaşamı oluşunun kabul edilemeyeşi vardır" der ve şöyle devam eder: "Bu çağın tehlikesi umut yitimi ve ölüm korkusudur. Umutsuzluk, vaktin artık çok az kalmasına ilişkin bir duygudur. Vakit artık bitmek üzeredir; yolun sonuna gelinmiştir ve yeni baştan yaşamaya olanak yoktur. Bu nedenle de ölüm korkunç bir son demektir. Kimi yaşlılar böyle bir umutsuzluk ve ölümden korkma duygusuna kapılabilir. Ama, çoğu yaşlı insan ölümü huzurlu bir ağırbaşlılıkla yaşamın doğal bir parçası olarak görür ve korkmaz. Bu yaşlılarda daha önceki evreler oldukça sağlıklı geçirilmiştir. Yeni baştan yaşayabilseydim tutkusu yoktur. Yaşlılığı da ona bir huzur sağlamaktadır. Ürettiklerinden hoşnuttur, huzurludur. Gençleri kıskanmaz ve horlamaz; onlara sevgi, saygı duyar. İşte, böyle bir ruhsal durumu yaşayabilen kişide benlik bütünlüğünün var olduğunu düşünebiliriz. Yaşlılık çağındaki "benlik bütünlüğü" duygusu ile bebeklik çağındaki "güven duygusu" hem birbirine çok bağlı, hem de benzemektedir". Bu düşünceden hareketle Erikson: "Yaşlılarda ölümden korkmamaya yetecek derecede benlik bütünlüğü olursa, çocuklar da yaşamdan korkmayacaklardır" der (3).

Orhan Öztürk'ün "benliğin yalnız kendisini değil, tüm insan benliğini özseverliğin ötesinde sevişi" olarak betimlediği benlik bütünlüğü, kimi araştırmacılar tarafından 'genişletilmiş kendilik' kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır. Bu konuda yapılan çalışmalarda ölüm korkusu ile genişletilmiş kendilik arasındaki negatif ilişkiye dair

bazı kanıtların (104). Erikson'un kuramı ile tutarlı olduğu ifade edilmektedir. Erikson'un psikososyal kuramı, ölüm anksiyetesinin incelenmesi için zengin bir kavramsal sistem oluşturmaktadır (71).

2.3.2.7. Varoluşçu Yaklaşımlar

Varoluşçu psikolojinin önde gelen ismi olan Irwin Yalom varoluşçu terapilerle ilgili şöyle bir biçimsel tanım yapar: “Varoluşçu psikoterapi, bireyin var olmasından kaynaklanan endişelere odaklanan dinamik bir terapi yaklaşımıdır”. Yalom, *Varoluşçu Psikoterapiler* adlı kitabında dört nihai kaygıdan bahseder: Ölüm, özgürlük, yalıtım ve anlamsızlık. Yalom’a göre, birey hayatın bu gerçeklerinden biriyle karşı karşıya kaldığında kaçınılmaz olarak anksiyete yaşayacaktır. Yalom bu anksiyetenin varoluşçu dinamik çatışmanın içeriğini oluşturduğunu savunmaktadır. Yalom’a göre bu nihai kaygılar içinde en dikkat çeken ve en kolay korkuya neden olanı ölümdür. Bu konuda insanın temeldeki varoluşsal çatışmasının, ölümün kaçınılmazlığının farkında olmasıyla, var olmaya devam etme arzusu arasındaki gerilim olduğunu ifade ederken Spinoza’nın şu sözlerine yer verir: “Her şey, kendi varoluşu içinde sürüp gitmeye çabalar” (17).

Yalom ölümü hayatın ayrılmaz bir parçası olarak kabullenmenin hayata bir kesinlik hissi verdiğini, insanın hayata bakışında kökten değişiklikler yaptığını ve insanı sakinleştiriciler, oyalanmalar ve basit kaygılarla sürdürülen bir yaşam tarzından daha otantik bir tarza taşıyarak insanın yaşamını daha anlamlı ve zengin bir hale getireceğini savunur. Bu görüşünü de Martin Heidegger’in fikirleriyle temellendirir: “Heidegger dünyada iki türlü temel varoluş şekli bulunduğuna inanmaktadır: 1) Var olmayı unutma durumu ya da 2) Var olmayı düşünme durumu (17).

Bir kişi var olmayı unutma durumunda yaşıyorsa madde dünyasında yaşayıp kendisini sıradan hayat oyalamalarına kaptırmıştır: ‘Düzeyi düşmüştür’, ‘boş gevezeliğe’ kaptırmıştır kendini, ‘onların’ içinde kaybolmuştur. Kendini sıradan dünyaya, işlerin gidiş şekliyle ilgili kaygılara teslim etmiştir (17).

Diğer durumda, var olmayı düşünen durumda, insan işlerin gidişine değil oluşuna hayran olur. Bu tarzda var olmak devamlı olarak var olmanın farkında olmak demektir.

Sıklıkla ‘ontolojik tarz’ (Yunanca ‘varoluş’ anlamına gelen ontos’tan alınmıştır) olarak söz edilen bu tarzda, insan, var olmayı düşünür, sadece var olmanın kırılganlığını değil, kişinin kendi varoluşuna ait sorumluluğunu da düşünür (17).

İnsan alışılmış şekilde birinci durumda yaşar. Varoluşu unutma sıradan var olma tarzıdır. Heidegger buna ‘otantik olmamak’ der – insanın kendi hayatı ve dünyasının sahibi olduğunun farkında olmadığı, ‘kaçtığı’, ‘düştüğü’ ve ‘sakinleştirildiği’, ‘rastgele birisi tarafından sürüklenerek’ seçimlerden kaçtığı tarzıdır bu. Ancak, insan ikinci var olma durumuna girdiğinde (var olmayı düşünme) otantik olarak vardır. Bu durumda, kişi tam bir öz farkındalık yaşar – deneysel ego (empirical - nesnel bir ego, "orada, oluşturulmuş olan, dünyada bir nesne" olan bir şey) olduğu kadar aşkın ego (transcendental - yani "sorumlu" bir ego “dünyayı oluşturan”) olarak da kendisinin farkındadır. Kendi olanaklarını ve sınırlılıklarını kabul eder; mutlak özgürlük ve yoklukla yüzleşir – ve onların karşısında endişelenir” (105).

Yalom bu çerçeveden hareketle ölüm ile psikopatoloji arasındaki ilişkiyi irdeler. Ona göre ruhsal bozukluklar (her sistemde), yapısı gereği etkin olmayan savunmaların tezahürüdür ve ciddi düzeydeki anksiyeteyi etkili bir şekilde savuşturan veya azaltan savunma mekanizmaları dahi gelişimi kettir; tatmin edici olmayan ve kısıtlı bir hayatla sonuçlanır. Bu görüşünü Rank ve Tillich’in sözleriyle destekler: “Otto Rank nevrotik bireyi ‘borcu (ölüm) ödemekten kaçınmak için krediyi (hayat) almayı reddeden’ olarak tanımlıyordu. Paul Tillich, ‘nevroz var olmaktan kaçınarak var olmamaktan kurtulmanın bir yoludur’ demektedir” (17).

Yalom, ölüme karşı, kaynağı erken çocukluk yaşantılarındaki özel olduğumuza dair inanca dayanan inkarı kullandığımızı ve bunun da daha sonra iki temel (psikopatolojik) savunma biçiminde tezahür ettiğini söyler: Özel olma ve nihai kurtarıcı. Yalom bu iki savunmanın kişisel gelişimi engelleyen, uyumsuz ve katı davranışlara zemin hazırladığını iddia ederek şöyle der: “İki savunma, işlenmemiş ve kapsamlı şekilde bir diyalektik oluşturmaktadır – insani durumla yüzleşmenin birbirine taban tabana zıt iki şekli. İnsanoğlu ne ayrılır ne de birleşir, ne bir şeyin iyice içine gömülür ne de dışına çıkar. Özerkliğini (Rank’in söylediği gibi) ‘doğada sivrilerek’ doğrulamakta ya da başka bir güçle birleşerek güvenlik aramaktadır. Ya kendi babası haline gelir ya da ebedi oğul olarak kalır. İnsanı, ‘teslimiyeti arzulayan

ya da güç için yanıp tutuşan' biri olarak tarif ederken Fromm'un kastettiği de kesinlikle bu olmalı". Yalom'a göre bu diyalektik, terapistin klinik çalışmada çoğu kez gözden kaçan veriyi anlamasına, hastayla en derin düzeyde bağlanmasına izin vermektedir. Bu kavrayış, şu anda var olan temel anksiyeteyi anlamaya dayanmaktadır. Terapist hastanın bu tür belirtilerini, kişiyi halihazırda tehdit eden ölüm anksiyetesine bir tepki olarak görür, geçmiş travma ya da stresin hatırlanmasına bir tepki olarak değil. Yalom bundan ötürü terapistin etkinliğini artıran yaklaşımın, yakınlık, farkında olma ve seçimi vurgulaması olduğunu belirtir (17).

Yalom'a göre özel olma savunması kendini zoraki kahramanlık, işkoliklik, narsisizm, saldırganlık (güç dürtüsü ile) ve kontrol (ölümü kontrol ile örneğin askerlik, doktorluk, rahiplik, cenaze kaldırma gibi meslekleri seçme) biçiminde gösterebilir (17).

Yalom, nihai kurtarıcı savunmasının ise kişisel özel olmaya duyulan inançtan (özel olma savunmasından) daha az etkili olduğunu söyler. Ona göre bu savunma yalnızca daha kolay dağılmakla kalmaz, yapısı gereği insanı sınırlayıcıdır da. Çünkü insanı risk almamaya teşvik eder. Yalom şöyle der: "Riske girmemek için bir başkasında gömülü kalan kişi tehlikelerin en büyüğüyle karşı karşıya kalmaktadır – kendini kaybetme tehlikesi, insanın içindeki çok çeşitli potansiyelleri keşfetme veya geliştirme yetersizliğidir bu". Yalom bu savunmanın bazı tezahürlerini, ölüm korkusuna karşı en etkisiz ve sihirli tarzda başa çıkma olarak tanımlar; bunun yaşamayı reddederek ölümden kurtulmak veya sonsuza dek çocuk kalarak zamanı zapt etme yanılışına düşmek olduğunu belirtir (17).

Yalom nihai kurtarıcının çöküşünün Heidegger'in deyimiyle "makinelere bir arıza" meydana getirdiğini söyler. Bu, öldürücü bir hastalık sonucu olabildiği gibi, "bir 'baskın hedef' veya 'baskın olan bir başkası' için yaşayan bir bireyin o hedef veya başkasını kaybetmesi ya da onlara olan inancının sarsılması durumunda da olabilir. Bu durumda da kişide aldatılmışlık, kandırılmışlık hissi, öfkelenme gibi duygularla iç içe bir depresyon tablosunun ortaya çıkabildiğini ifade eder (17). Aslında Yalom burada bir yas tablosu tarif etmektedir. Ancak yası yaşayan kişinin kayıp öncesinde kendisini, onun için önemli olan öteki uğruna (Yalom'a göre ölüm anksiyetesini savuşturmak uğruna) bu denli edilgen/bağımlı hale getirmesinin, yas sürecinde o kişi için ne kadar büyük bir ruhsal sıkıntı yaratabileceğine dair yaptığı vurgu önemli görünmektedir.

Yalom bu iki savunmadan hareketle Rank'in "hayat ve ölüm korkusu" kavramına şöyle göndermede bulunur: "Hayat anksiyetesi özel olma savunmasından ortaya çıkar; insanın korunmasız bir şekilde doğadan sivrilme karşılığında ödediği bedeldir bu. Ölüm anksiyetesi birleşmenin bedelidir; insan özerkliğinden vazgeçtiğinde kendisini kaybeder ve bir tür ölüm yaşar" (17).

Yalom insanın hayat ve ölüm anksiyetesi arasındaki sarkaç hareketinin ergenlik çağındaki çocuğun evden ayrılma sürecindeki ailelerin terapi süreçlerinde de sıkça görüldüğünü belirtir. Bu durumdaki anne babaların en kurnaz şekilde çocuklarının gelişimine engel olduklarını; bir yandan onu özerk bir yetişkin olarak hayata hazırlayıp öte yandan alçak bir sesle "büyüme, bizi terk etme, sonsuza dek genç kal, böylece biz de genç kalırız" diye yalvardıklarını söyler (17).

2.3.2.8. Bilişsel Yaklaşımlar

Bilişsel kuramlar insanların sağlıklı bir ruhsal yapının sürekliliğinin sağlanabilmesi için zaman içinde geliştirdikleri inançlar ve bilişsel şemalar (uyaranların, fikirlerin veya deneyimlerin zihinde depolanmış temsilleri) olduğunu ve bunların bilgi işleme sistemlerini kontrol ettiğini savunmaktadır. Önyargılı inançlar, olumlu bir bilişsel yapının sürdürülebilmesi açısından uyum sağlayıcı olabildiği gibi tümüyle uyumsuz da olabilen bir süreklilikte, koşullu veya mutlak olabilir. Bilişsel kuramlar bu inançların bir bireyin subklinik veya klinik bir rahatsızlık yaşama olasılığını artırma sebebinin hatalı bilgi işlemesi olduğunu iddia etmektedir. Bu kurama göre bilgi işleme hatalı bilgi sağladığında, diğer sistemler (duygusal, motivasyonel, davranışsal) artık uygun bir şekilde çalışmaz. Hatalı bilgiler diğer (yorumlama, dikkat, bellek işlevlerini etkileyen) bilişsel önyargılara neden olarak, aşırı veya uygunsuz etki ve uyumsuz davranışa neden olabilir. Örneğin, hatalı veya abartılı bir tehdit yorumu, uygunsuz veya aşırı anksiyete ve kaçınma davranışı ile sonuçlanacaktır (106). Buradan hareketle bilişsel modeller özellikle anksiyete bozuklukları için, abartılı tehdit değerlendirmesinin patolojik anksiyetenin altında yatan temel bir unsur olduğunu öne sürmektedir (107).

Ölüm anksiyetesi konusunda yapılan çalışmalarda ortaya konulan bilişsel yaklaşımlarda, ölüm düşüncesi ve onunla ilgili diğer bilişsel unsurların (belirsizliğe

tahammülsüzlük vs.), olumlu ve uygun bilişsel yapılarla bütünleşmiş hale getirilmesi halinde daha az tehdit olarak algılanacağı savunulmaktadır (81).

Son yapılan çalışmalarda ölüm anksiyetesi, ölüme karşı tutumlardan kaynaklanan çok boyutlu bir bilişsel yapı olarak görülmektedir. Bu boyutların, ölme süreci (acı vs.), ölme ya da yok olma durumu, önemli ötekilerin kaybı, ölüm sonrası veya ölümün ne zaman geleceği ile ilgili bilinmezlikler, ölümden sonra bedendeki değişimler hakkındaki düşünce ve inançlar, erken ölüm düşünceleri (81) ve ölümden sonra yaşanılacağına inanılan hayatla ilgili inançlar gibi pek çok unsuru içerdiği ifade edilmektedir.

Bu çalışmalarda kaçınma davranışının, ölüm korkusuyla başa çıkmanın en yaygın yollarından biri olduğu, bu nedenle tedavide, kontrol ve güvence arama davranışını azaltmanın, bilişsel yeniden yapılandırmanın, yaşam hedeflerine, yaşamdan alınan keyfe ve sağlıklı bir yaşam tarzı geliştirmeye artan odaklanmanın hedeflenmesi gerektiği belirtilmektedir. Ayrıca sağlık veya ölümle ilgili kaygıların olabileceği durumlarda, değerlendirme görüşmesi sırasında özellikle ölüm korkusu hakkında soru sormanın önemli olduğu vurgulanmaktadır. Her ne kadar ölüm anksiyetesi olan bireylerin intihar riskinin yüksek olduğuna dair ampirik bir kanıt olmasa da, hatta ölüm anksiyetesi olan çoğu bireyin intihara eğilimli olmadığı bilinse de, bazıları için intihar, ölme sürecine ilişkin belirsizliğe, ciddi fiziksel acı korkusuna ve uzun süreli anksiyete durumuna tercih edilebileceği için, tüm klinik değerlendirmelerde olduğu gibi, özellikle kişinin önemli ölüm korkusu bildirdiği durumlarda intihar eğiliminin ele alınmasının önemli olduğunun altı çizilmektedir (14).

2.3.2.9. Psikodinamik Yaklaşımlar

Freud'un dürtü kuramı ilk zamanlarda haz ilkesine dayanmaktaysa da Freud zamanla zihindeki çatışmaların sadece gerçeklik ile haz ilkesi arasında olamayacak kadar karmaşık olduğunu düşünmeye başlamıştır. Çünkü haz ilkesine göre çalışan yaşam dürtüleri, organizmanın yaşamın güçlüklerine karşı kendini koruma ve yaşamda kalma amacına ters düşebilecek, tekrar eden zarar verici davranışlara yol açabilmekteydi (78). Freud bu türden tekrarlayıcı davranışları dürtü kuramından hareketle açıklamaya çalışmış ve libidonun acı verici de olsa ilk nesne ilişkilerine yapışkan bir biçimde bağlı

oluşundan ve erken dönemde yaşanan travmaların sürekli olarak yeniden yaratılması anlamına gelen bu türden tekrar eden davranışlara yineleme zorlantısı adını vermişti. Daha sonra 1920 senesinde “Haz ilkesinin ötesinde”de Freud yineleme zorlantısını haz ilkesi çerçevesinde açıklamanın yeterince ikna edici olmadığını düşünerek, erken dönemdeki acı verici deneyimlerin tekrarlanması “haz ilkesinin ötesinde” olduğunu ve bunun zihinsel işlevin içgüdüsel bir özelliği, ölüm içgüdüsünün bir türevi olduğunu öne sürmüştür (108). Freud “Haz İlkesinin Ötesinde” isimli çalışmasında kullandığı ve pek çok analist tarafından halen tartışmalı bulunan (108, 109) ölüm dürtüsü kavramını sadece yineleme zorlantısını temellendirmek için kullanmaz. Freud’un aynı zamanda insanın saldırganlığı ve yıkıcılığını derinden fark ettiği noktada öne sürdüğü ölüm dürtüsü kavramı, yıkıcılığın kendini korumanın ötesine geçtiğini, varoluşu tehlike altında olmadığı hallerde bile insanın öldürebildiğini, Hannah Arendt’in deyişiyle, “kötülüğün sıradanlığını” (110) açıklamak için de öne sürdüğü bir kavramdır. Freud bu kavram üzerinden, dış gerçeklikte bir tehdit olmadığı durumlarda bile ortaya çıkan saldırganlığın, içerideki olası yıkımı engellemek adına dışarıya yönlendirilmiş olduğunu söyler (109).

Freud bir yandan ölümü, ölüm dürtüsü kavramı aracılığıyla açıklarken, bilinçdışında kişinin kendi ölümüne inanmadığını da belirtir. Ölümün zaman belirten bir kavram olduğunu fakat bilinçdışının gerçek yaşamın zaman kurallarına uymadan çalıştığını hatırlatır (78). Klasik psikanalitik kurama göre ölümü düşünmek, düşüncenin doğasına aykırıdır çünkü düşüncenin kavrayamayacağı tek şey, kendi var olmama durumudur. Düşüncenin, içinde artık kendisinin olmadığı bir uzay-zaman tasarlaması mümkün değildir (109).

Dolayısıyla Freud’a göre ölüm anksiyetesi psikopatolojinin nedeni değil, yalnızca bir belirtisidir (111). Ölüm halinin gerçeğini deneyimlememiş insan, zihninde bu hali tanımlayacak bir kaygı temsili yaratamadığından, ölüm anksiyetesi aslında hadım edilme (kastrasyon) anksiyetesini perdeler (78) ya da diğer bir deyişle onun yerine geçeneğidir. Yine başka bazı psikanalitik ekollere göre de ölüm aslında bir ilişkinin sonunu simgeleyen bir ruhsal belirti olarak ayrılık anksiyetesinin bir yerine geçeneğidir (111).

Freud her ne kadar ölüm düşüncesine ölüm dürtüsü kavramı dışında kuramında yer

vermesi de ‘Savaş ve Ölüm Zamanları Üzerine Düşünceler’ isimli makalesinde ölüm konusunu ilk kez odak noktası olarak ele alır ve varoluşçu bir bakış açısıyla ölüm hakkındaki düşüncelerini aktarır. İnsanlara ölümü inkar ettikleri, sorumlu davranmadıkları için öfkelenir ve saldırganlığın, savaşların, insanlığın yıkıcı gücünü ötekine en açık şekilde gösterdiği alanlar olduğunu belirtir (78). Şöyle der: “Bizim alışkanlığımız ölümün tesadüfi nedenselliğine vurgu yapmak - kaza, hastalık, enfeksiyon, ileri yaş; bu şekilde ölümü bir zorunluluktan rastlantısal bir olaya indirgeme çabamızı ele veriyoruz” (112). Freud aynı makalede son olarak şunları söyler: “Ölüme gerçeklikte ve düşüncelerimizde yer versek ve şimdiye kadar bu denli dikkatli bir şekilde bastırdığımız ölüme yönelik bilinçdışı tutuma biraz daha önem versek daha iyi olmaz mıydı? Bu, pek de daha ileri bir adım gibi görünmüyor, hatta bazı yönlerden geriye doğru bir adım - bir gerilemedir, ancak gerçeği daha fazla dikkate alma ve hayatı bir kez daha bizim için daha katlanılır kılmak gibi bir avantajı var. Ne de olsa yaşama katlanmak, yaşayan herkesin temel görevi olarak kalmaya devam etmektedir. Onu bizim için daha da zorlaştıracaksa yanılsamaların bizim için hiçbir değeri yoktur. O eski deyişi hatırlayalım: Si vis pacem, para bellum. Barışı korumak istiyorsan, savaşa hazırlan. Çağımıza uygun olması için onu şu şekilde değiştirmek uygun olacaktır: Si vis vitam, para mortem. Yaşama katlanmak istiyorsan, kendini ölüme hazırla” (112).

Klein’a göre ölüm içgüdüğü kavramı çok daha ilksel bir öneme haizdir. “Haset ve Şükran”da şöyle der: “Freud benim baştan beri var olduğunu düşünmemiştir, ama organizmaya yakıştırdığı görevlerden biri kanımca ancak ben tarafından yerine getirilebilir. İçteki ölüm içgüdüğü tarafından yok edilme tehdidi, bana göre – bu noktada Freud’dan ayrılıyorum – ilksel kaygıdır; işte bu tehdidi bir ölçüde dışa yönelten de yaşam içgüdüğü’nün hizmetindeki bendir, hatta beni harekete geçiren de yaşam ve ölüm içgüdüğü arasındaki bu karşıtlık olabilir. Ölüm içgüdüğüne karşı bu temel savunmayı Freud organizmaya bağlıyordu; bense benim asli uğraşı olarak görüyorum” (113).

Uluslararası Psikanaliz Sözlüğü’nde psikoza belirleyen ana unsurlardan bir tanesinin ‘yok olma anksiyetesi’ (annihilation anxiety) olduğu belirtilmektedir. ‘Yok olma anksiyetesi’ dağılma, parçalanma, çürüme ve ruhsal kontrolü kaybetme korkularını

kapsayan bir anksiyete olarak Klein’ın özellikle vurguladığı bir kavramdır. Klein’ın psikotik anksiyete olarak adlandırdığı bu durumun, nevrotiklerin kastrasyon anksiyetesinden ve sınır yapıların nesne kaybı anksiyetesinden farklı olduğu ifade edilmektedir (114). Rorschach Testi’nin protokollerinde yaygın bir biçimde bu anksiyetenin varlığı, psikoza işaret etmektedir. İkiz, yok olma anksiyetesi yaşayan bireyin, ruhsal dünyasının çökmesinden korktuğunu ve hastada yeterli savunmaların (uyarı kalkanının) bulunmaması nedeniyle, içten ve dıştan gelen uyaranlara karşı yetersizlik ortaya çıkacağını söyler (115).

Jung bir röportajında, ölümün psikolojik olarak doğum kadar önemli ve hayatın ayrılmaz bir parçası olduğunu ve ondan uzaklaşmanın yaşam ve yaşamın amacından kaçınmak olduğunu kabul ettiğini söyler. Son olarak şu ifadeleri kullanır: “Pek çok yaşlı insanı tedavi ettiğimi biliyorsunuz ve açıkça sonunun geldiği tehdidi altında olduğu gerçeğiyle bilinçdışının ne yaptığını izlemek oldukça ilginç, onu gözardı ederler. Hayat sanki devam ediyormuş gibi davranırlar ve bence yaşlı bir insanın ileriye bakması, ertesi günü sanki daha yüzyıllar geçirecekmiş gibi yaşaması daha iyidir ve o kişi daha sonra düzgün bir şekilde yaşar. Fakat kişi korktuğu ve ileriye bakmadığı zaman; geriye bakar. Donakalır ve zamanından önce ölür, ama yaşarken ve ilerideki büyük macerayı dört gözle beklediğinde yaşar. Ve bu bilinçdışının yapmak istediği şeyle ilgilidir. Tabii ki hepimizin öleceği açık ve bu her şeyin üzücü sonu, ama yine de, görünüşe göre, içimizde buna inanmayan bir şey var, belli ki bu bir gerçek, psikolojik bir gerçek. Benim için bir şey kanıtladığı anlamına gelmez. Sadece öyle. Örneğin, neden tuza ihtiyacımız olduğunu bilmiyor olabilirim, ama yine de tuz yemeyi tercih ederiz, çünkü daha iyi hissederiz. Ve bunun gibi, belli bir şekilde düşündüğünüzde, kendinizi daha iyi hissedebilirsiniz. Ve eğer doğanın çizgileri doğrultusunda düşünürseniz, o zaman düzgün düşünürsünüz” diyerek bir yandan da ölüm hakkında, onun korkusuyla ketlenmek yerine kendimizi bilinçdışımızın yönelimlerine bırakmamızın da önemine değinir (116).

2.3.2.10. Bağlanma Kuramı

Her ne kadar bağlanma kuramı psikodinamik yaklaşımlar içinde ele alınabilse de, yukarıda değinildiği gibi ölüm anksiyetesi, psikanalitik kuramlarda genellikle hadım edilme anksiyetesi ve ayrılık anksiyetesinin bir yerine geçeni olarak

değerlendirildiğinden bağlanma kuramı perspektifinden ölüm anksiyetesini ayrıca ele almak uygun olacaktır.

Bağlanma kuramını -adı her ne kadar bazı kaynaklarda sadece John Bowlby ile anılsa da- Bowlby ve Mary Ainsworth'un ortak çalışması olarak tanımlamak daha uygundur. Bowlby, kuramının temel ilkelerini etoloji, bilgi işleme, gelişim psikolojisi ve psikanalitik kavramlar temelinde tasarlamıştır. Mary Ainsworth, yenilikçi metodolojisi ile sadece Bowlby'nin fikirlerinden bazılarını ampirik olarak sınamayı mümkün kılmakla kalmamış, aynı zamanda kuramın kendisini genişletmesinde de büyük rol oynamıştır (117).

Yaşamın ilk yılları bebek bedensel, ruhsal ve zihinsel yönlerden hızla gelişirken, bebeğin sağlıklı bir gelişim gösterebilmesi için biyolojik gereksinimlerinin yanı sıra duyuşal ve duygusal (sevgi, şefkat, koruma) gereksinimlerinin de karşılanması zorunludur. Bebek bu dönemde, kendisine bakım veren yetişkine tam anlamıyla bağımlıdır. Bu ilişki süresince çocukta, kendisine bakım veren kişiye karşı derin bir bağlanma oluşur. Biyolojik bir temeli de olan bu bağlanma, insan yaşamının sonraki dönemlerinde görülecek olan pek çok davranış biçimine ve insan ilişkilerine de etki etmektedir (118).

Bağlanma kuramı bebeklik dönemindeki bağlanma ilişkisinin bebeğin ruhsal gelişimini ne yönde etkileyebileceğini ve sağlıklı ruhsal gelişim için gerekli etkileşim biçimlerini tanımlar. Bağlanma kuramcılarını yetişkinlerde kişilerarası yakın ilişkileri incelerken, o kişilerin bebeklik döneminde yaşamındaki tüm önemli bakım verenlerle arasındaki ilişkilerin korunma ve bakım gibi öğelerini anlamaya çalışır. Bu yaklaşıma göre bir çocuğun bağlanma biçimi (güvenli ya da güvensiz) anksiyeteye verdiği yanıt ile anlaşılmaktadır. Bu yanıtta bağlanma nesnesinin ulaşılabilirliği, öngörülebilirliği ve sağlanan bakımın niteliği belirleyici olur (118).

Ainsworth dört tip bağlanma tanımlamıştır. Bunlar:

- 1) Güvenli bağlanma
- 2) Kaçınıcı bağlanma

3) Dirençli/ikilemli (ambivalan)bağlanma

4) Düzensiz bağlanma (118).

Ölüm anksiyetesini bağlanma kuramı çerçevesinde ele alan bir çalışmada ölüm anksiyetesinin hem bebek hem de bakım veren açısından ele alınması gerektiği belirtilmiştir. Bu çalışmada bebek açısından anneden ayrılmanın, erken yaşamda oluşan ve daha sonra yaşam boyu ortaya çıkabilecek olan ölüm anksiyetesi için bir temel teşkil edebileceği vurgulanmaktadır. Anne açısından ise ölüm anksiyetesinin henüz doğumdaki olası kayıplar, annenin bedeninden bir parçanın kopması, olası bir fetüs kaybı yaşaması ve benliğin bir parçasının kaybolduğu hissi gibi çok farklı unsurla ilişkili olabileceği ifade edilmektedir. Ayrıca, sonrasında da bir ebeveynin bebeğini kendisinin narsistik uzantısı olarak algılamasından ötürü, ebeveynlikte olası bir başarısızlık duygusunun ebeveynde boşluk, değersizlik ve çaresizlik gibi duygulara yol açabilmesi nedeniyle, bebekten ayrılmanın yine benliğin bir parçasının kaybı ve özsaygıda azalma ile birlikte ölüm anksiyetesini artırabileceği belirtilmektedir. Özellikle ilk çocuğun, annenin kazandığı yeni kimlik nedeniyle zaman zaman yaşadığı yabancılaşma, bazı belirsizlikler, bir bebeğe bakma konusunda yaşadığı deneyim eksikliği gibi nedenlerle endişelerini artırabileceği, özgüvenini zayıflatabileceği ve ebeveynlik işlevini olumsuz etkileyebileceği vurgulanmaktadır. Öte yandan bu çalışmada ölüm anksiyetesi ile bağlanma stilleri arasında bir ilişki saptanamamıştır (119).

Bağlanma çalışmalarında bağlanma güvenliğini tehdit etmenin ölümle ilgili düşüncelere daha fazla yol açtığı gösterilmiştir (119, 120). Ancak yine de ayrılık anksiyetesi ile ölüm anksiyetesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sayısı sınırlıdır. Bir korelasyon çalışmasında [Caras (121)], 140 lisans öğrencisinden oluşan büyük bir örnekleme ölüm anksiyetesi, ayrılık anksiyetesi ve bağlanma özellikleri arasında anlamlı ilişkiler olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada düşük ölüm anksiyetesi düzeyleri daha güvenli bir bağlanma tarzı ile ilişkili saptanmıştır. Walser (122), 20 kontrol grubu ile karşılaştırıldığında 20 sınırdurum ve 20 şizofreni hastasında ölüm anksiyetesi ve ayrılık anksiyetesinin daha yüksek saptandığını bildirmiştir. Walser, bu iki anksiyete türünün fenomenolojik açıdan eş anlamlı olarak deneyimlendiğini belirlemek için daha fazla araştırmanın gerekli olduğunu belirtmiştir (93).

Mikulincer ve ark. (123) 80 üniversite öğrencisinin bağlanma stilleri ile ölüm anksiyetesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri bir çalışmada güvenli bağlanma stili olanların, güvensiz bağlanma stili olanlara göre daha az ölüm anksiyetesi olduğunu saptamışlardır.

2.4. Şizofrenide Ölüm Anksiyetesi

2.4.1. Şizofrenide Ölüme Dair Tutum ve Ölüm Anksiyetesi Çalışmaları

Şizofreni gibi ciddi ruhsal bozukluğu olan hastalarda ölüme ilişkin tutumlar ve ölüm anksiyetesi nadiren incelenmiştir (124).

Doğrudan ölüm anksiyetesi ile ilgili olmamakla birlikte şizofrenide ölüm kavramının etkilerinin incelendiği ilk çalışmalardan birini S. Rosenzweig ve D. Bray'in yaptığı anlaşılmaktadır (1942-43). Rosenzweig ve Bray, çalışma verilerine dayanarak şizofreni hastalarının çocukluklarında kardeş ölümünün normal popülasyona kıyasla daha fazla görüldüğünü ifade ederken, kardeşler arası düşmanlık ve yasaksevi duygularından kaynaklanan yoğun suçluluk duygusunun şizofrenik davranış örüntüsünün ortaya çıkmasında önemli bir etken olabileceği yorumunda bulunmuşlardır. Ayrıca Rosenzweig, araştırmasında şizofreni hastalarının yüzde 60'ından fazlasının hayatlarının erken dönemlerinde bir kayıpla karşılaşmış olduklarını vurgular (17).

Yalom bu verileri şu şekilde yorumlar: “O halde, belki de şizofrenik hastalar ‘çok fazla şeyle çok erken’ karşılaşmışlardır. Bu hastalar yalnızca ölüme çok fazla maruz kalmakla kalmamış, aile çevresindeki patolojinin derecesi yüzünden, aileler ve hastalar ölüm anksiyetesiyle de başa çıkamamışlardır. Bir ebeveynin ölümü çocuk için korkunç bir olaydır... Çocuk derin bir kaybın acısını çeker ve üstelik ebeveynle ilgili fantezilerinin ya da saldırgan tavırlarının onun ölümünde aracı olup olmadığına dair endişelerle de kuşatılır. Kayıp ve suçluluğun rolü iyi bilinmektedir ve başkaları tarafından yeterli derecede tartışılmıştır. Bir kaybın ardından geride kalmaya yönelik

geleneksel literatüre dahil edilmeyen şey, ebeveynin ölümünün çocuğun kendi ölümünün farkındalığı üzerine etkisidir. Daha önce de belirttiğim gibi yok olma bireyin birincil korkusudur ve acının çoğunu bir diğerinin kaybına gösterdiği reaksiyona yükler” der ve Maurer’in bunu çok iyi ifade ettiğini söyler: “Gerçek bilişin altında bir düzeyde, çocuk saf bir narsisizmle ebeveyninin kaybının hayata bağının kaybı olduğunu ‘bilir’... Kaybolan sevgi nesnesine kıskanç bir şekilde sahip çıkmaktan çok kendi hayatı için duyduğu korku, ayrılık anksiyetesi stresinin nedenidir” (17).

Harold Searles 1958’de Maryland, Rockersville, Chestnut Lodge’da psikotik hastalarla yaptığı görüşmelerden bazılarını içeren “Şizofreni ve Ölümün Kaçınılmazlığı” isimli bir makale yayınlamıştır. Searles makalesini şu sözlerle özetlemektedir: “Görünüşte sıradan olan ölümün kaçınılmazlığı gerçeği, aslında, insan anksiyetesinin son derece güçlü kaynaklarından biridir ve gerçeğin bu yönüne verilen duygusal tepkiler bizim yaşamamızın olası olduğu en yoğun ve karmaşık tepkiler arasında bulunmaktadır. Şizofrenide görülen sıklıkla garip görünümlü savunmalar da dahil olmak üzere, psikiyatrik hastalığın savunma mekanizmaları, bireyin farkındalığını hayatın sonluluğuna dair basit gerçeğin dışında tutmak için tasarlanmıştır” (125).

Yalom Searles’in bu çalışmasına göndermede bulunarak şöyle der: “Şizofrenik hastaların çoğu, belki de hepsi, kendilerini tamamen canlı olarak yaşantılayamazlar. Bu ölü olma halinin, şizofrenik hastadaki bütün duyguların topyekün bastırılmasının bir işlevi olduğuna hiç kuşku yoktur, ama aynı zamanda bu durum Searles’in öne sürdüğü gibi, ek bir savunma amacına da hizmet etmektedir. “Ölü”olmak hastayı ölmekten kurtarabilir. Sınırlı ölüm gerçek ölümden daha iyidir. İnsan zaten ölüyse ölümden korkması gerekmez... Eğer ölüm korkusu şizofrenik hastalardaki öz dinamikse, neden şizofrenik hastaların bu her yerde var olan korkuyla yıkıldıkları sorusunu yanıtlamalıyız. Searles birkaç neden öne sürmektedir. Birincisi, ölümle yüzleşme anksiyetesi, güç verici kişisel bütünlük ve yaşama tam katılım bilgisi olmayanlarda çok daha büyüktür... İkinci nedeni, hastanın çok erken yaşta inanılmaz kayıplar yaşaması ve bunlarla bütünleşememesidir. Olgunlaşmamış bir egoya sahip olması nedeniyle, genellikle kaybın inkarına hizmet eden öznel, çocuksu her şeye gücü

yeterliğin pekiştirilmesiyle hasta kayıplara karşı patolojik reaksiyonlar verir (insan eğer bütün dünyaysa kayba uğramaz)... Yoğun ölüm anksiyetesinin üçüncü kaynağı şizofrenik hastanın annesiyle ilk ilişkilerinin yapısına dayanmaktadır – hastanın hiçbir zaman içinden çıkamadığı, fakat psikolojik birleşme ya da tam bir ilişkisizlik durumu arasında gidip geldiği ortak yaşamsal birleşme. Hastanın annesiyle ilişki kurma deneyimi manyetik bir alanda ilerlemek gibidir; çok yaklaşırsan birden içe çekilirsin, çok fazla uzaklaşırsan hiçliğe doğru gidersin” (17).

Greenberg (126), şizofreni hastalarında ölümle ilgili duygusal tepkiye ilişkin tutumları araştırmış ve karışık sonuçlar bulmuştur: Kadınlar ölüm hakkında konuşurken olumsuz duygusal kelimelerin sayısını artırmıştır, ancak erkeklerde özel olarak böyle bir eğilim görülmemiştir. Çalışmadaki sonuçlar, şizofreni tanısı olan erkeklerin kadınlara göre daha geniş bir tutum yelpazesi göstermekle birlikte ölümle ilgili tutumlarının daha olumsuz olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Öte yandan çalışmanın, en büyüğü 19 kişiden oluşan katılımcı grubu ile yapıldığı ve bazı metodolojik eksikliklerinin olduğu vurgulanmaktadır (127).

Planansky ve Johnston (128) ölüm anksiyetesini şizofrenili bireylerde yüksek saptamışlardır. Bu çalışmadaki verinin sadece askerlik zamanları ve savaşlar sırasında ölümün farklı yönleriyle karşı karşıya kalan şizofreni hastalığına sahip 205 yaşlı erkek gazi hastanın hastane kayıtlarının sistematik bir incelemesinden elde edildiği ifade edilmektedir. Bu nedenle bu hastaların 80'inin belirtilerinin odağında ölümle ilgili düşünceler olması ve ölüm anksiyetesinin bu hastalarda yüksek saptanmasının psikotik hastalıklarının tezahürüyle ilişkili olması şaşırtıcı bulunmamaktadır. Bu yazarların ifadesine göre, açık ölüm düşüncesi özellikle negatif belirtileri olan hastalarda saptanmıştır (124).

Graftieaux ve Kiely (129), şizofreni hastalarının ölümle ilgili kelimeler gösterildiğinde inkâr tabanlı savunmaları kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Bir başka çalışmada Lonetto ve Templer (92), hastanede yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında Templer Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (TDAS) ile Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) ve şizofreni alt ölçekleri arasında pozitif yönde

yüksek bir ilişki saptamışlardır (17).

Khanna ve ark. (130), Templer'in Ölüm Anksiyetesi Ölçeği'ni 30 şizofreni, 30 bipolar bozukluk tanısı olan ve 30 sağlıklı kontrol grubunu oluşturan katılımcılara uygulayarak ölüm anksiyetesi puanını şizofreni grubunda en yüksek saptadıklarını bildirmişlerdir. Bu çalışmada özellikle şizofreni hastalarının ölçeğin beş alt bileşeninde (kişisel ölüm korkusu, ölüm ve ıstırap çekmekten endişe duyma, ölüme öznel yakınlık, rahatsız edici ölüm düşünceleri ve ölüme bağlı korkular) en yüksek puanı aldığı belirtilmiştir. Tüm bileşenler için daha yüksek olmakla birlikte, şizofreni grubunda “kişisel ölüm korkusu” ile “acı veren ve yavaş ölüm” konusundaki puanların sağlıklı kontrol grubu ile kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (127).

Benveniste ve ark. (131), Rorschach İçerik Ölçeği (RCS) ile ölçülen Rorschach, bir ego gücü ölçeği (Cartwright Strength Score) ve The Hurvich Experience Inventory-Revised (HEI-R) ölçeğini kullandıkları bir çalışmada 25 şizofreni hastası, 25 sınır durum kişilik bozukluğu hastası ve 25 kişiden oluşan kontrol grubu ile yok olma anksiyetesini araştırmışlardır. Yazarlar bu çalışmada şizofreni hastalarının (DSM III'e göre) sağlıklı kontrollere kıyasla psikodinamik yok olma anksiyetesini değerlendirmek için tasarlanmış bir ölçek olan HEI-R'de önemli ölçüde daha yüksek puanlar aldığını saptamışlardır ($p < .001$). Ayrıca yok olma anksiyetesi için RCS ile ölçülen Rorschach testinde daha fazla yok olma anksiyetesi ile ilgili yanıtlar saptandığını ifade etmişlerdir. Araştırmacılar her iki hasta grubunun da yok olma anksiyetesi için RCS'de kontrollerden anlamlı olarak daha yüksek puan aldıklarını ($p < .001$), sınır durum kişilik bozukluğu grubunun şizofreniden anlamlı derecede yüksek puan aldıklarını bulmuşlardır. Ayrıca çalışmada her iki hasta grubunun da kontrollerden çok daha düşük ego gücüne sahip olduğu ve şizofreni hastalarının sınır durum kişilik bozukluğu grubundan önemli ölçüde daha düşük işleve sahip olduğu saptanmıştır. Her üç grubun da HEI-R'de (yok olma anksiyetesi açısından) birbirinden anlamlı derecede farklı puanlar aldıkları saptanmıştır; sınır durum kişilik bozukluğu grubu en yüksek puanı alırken, ardından şizofreni grubu gelmiş ve kontrol grubu en düşük puanı almıştır. Sınır durum hastalarının şizofreni hastaları ile “dağılma tehdidinin içsel farkındalığı” açısından benzer olmaları nedeniyle yok olma anksiyetelerinin yüksek saptanmış

olabileceği, ayrıca bu grubun şizofreni grubundan da yüksek puan almalarının ise aslında psikozda bulunan güçlü ve “koruyucu” sanrısız savunmalardan yoksun olmalarına bağlı olabileceği biçiminde yorumlanmıştır. Bu çalışmada güvenilir bir metodolojinin kullanıldığı ve bu nedenle çalışmadaki verinin teknik olarak yok edilme anksiyetesi hakkında önemli bilgiler verdiği ve ölüm anksiyetesinin bilinçdışı doğasını anlamak açısından şizofrenide de benzersiz bir model için güçlü kanıtlar sunduğu ifade edilmektedir (127, 131).

Abdel-Khalek (132), Mısır’da 765 katılımcıda beşli likert tipi, 15 maddeden oluşan ölüm obsesyonu ölçeğinin (DOS) kullanıldığı bir çalışmada, anksiyete bozukluğu, şizofreni, alkol ve madde bağımlılığı ve sağlıklı kontrol grubu arasındaki farkları incelemiştir. Abdel-Khalek’in bu çalışmada kullandığı örneklem yedi alt gruptan oluşmaktadır: Erkek ve kadın sağlıklı kontrol grubu, anksiyete bozukluğu tanısı almış erkek ve kadın bireyler, şizofreni tanısı olan erkek ve kadın bireyler ve son olarak; alkol ve madde bağımlılığı olan erkek bireyler (DSM-IV’e göre). Ölüm obsesyon skorları kadın ve erkek anksiyete bozukluğu olan bireylerde diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmış ve bu durumun aynı zamanda ölüm anksiyetesi ve nevrotiklik arasındaki anlamlı korelasyonla da uyumlu olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada erkek sağlıklı kontrol ve erkek şizofreni grupları en düşük ortalama DOS skorlarına sahipti (132). Her ne kadar Abdel-Khalek bu çalışmada doğrudan ölüm anksiyetesi ölçeği kullanmamış olsa da şizofreni hastalarında ölümle ilgili tutumlar ve ölüm anksiyetesi ile ilgili soruları içeren bir ölçek skorunun yüksek saptanmaması önceki literatür bilgileriyle uyumlu değildir. Abdel-Khalek’in bu konudaki yorumu ise şöyledir: “Psikoz, nevrozun ileri bir aşaması olmadığından, psikotiklerin büyük olasılıkla DOS ile önemli ölçüde ilişkili duygusal rahatsızlık ölçeklerinde düşük puanlara ulaşması beklenir”. Abdel Khalek 2005 yılında aynı örneklemle bu kez ölüm anksiyetesi ölçeği (ASDA) kullanarak yaptığı çalışmayı yayınlamış (133) ve benzer sonuçlar bulmuştur. Abdel-Khalek’e göre bu çalışmadaki önemli farklardan biri de şizofreni tanısı alan kadın bireylerin kadın ve erkek anksiyete hastalarından sonra ikinci en yüksek ortalama ölüm anksiyetesi puanına sahip olmalarıydı. Abdel-Khalek’in Arap Ölüm Anksiyetesi Ölçeği’ni (ASDA) kullandığı çalışmada alkol ve madde bağımlılığı olan bireyler ve normal katılımcıların şizofreni tanısı olan erkek bireylerin ardından en düşük ortalama puanlara sahip oldukları belirtilmiştir (133).

Mavrogiorgou ve ark. (124), yakın zamanda yayınlanan çalışmalarında ICD-10'a göre yineleyen depresif bozukluk tanısı olan 20 birey (12 kadın, 8 erkek), şizofreni spektrum bozuklukları olan 20 birey (9 kadın, 11 erkek) ve 20 sağlıklı gönüllüden (8 kadın, 12 erkek) oluşan kontrol grubu ile şizofreni ve depresyon hastalarında ölüm anksiyetesi ve ölüme karşı tutumları araştırmışlardır. Bu çalışmada psikiyatrik bozukluğun genel şiddeti, Klinik Global İzlenim ölçeği kullanılarak ölçülmüştür. Depresif belirtilerin şiddeti 21 maddelik Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri kullanılarak değerlendirilmiştir. Şizofrenide klinik belirtilerin şiddeti Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) kullanılarak ölçülmüştür. Psikososyal işlevsellik, Kişisel ve Sosyal Performans (PSP) ölçeği ile ölçülmüştür. Bu çalışmada ölüm anksiyetesini değerlendirilmek için Bochum Ölüm Tutumunu ve Ölüm Anksiyetesini Değerlendirme Anketi'ni (BOFRETТА) kullanmışlardır. Bu anket ölüme karşı tutum (10 madde) ve ölüm anksiyetesi (15 madde) hakkında 25 ifade içermektedir. BOFRETТА ölçeği ile ölçülen ölüm anksiyetesi depresyon grubunda daha yüksek olmak üzere hem depresyon ve hem de şizofreni hasta gruplarında kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmıştır. Daha ayrıntılı olarak, sağlıklı gönüllüler BOFRETТА toplam skorunda ve ölüm anksiyetesi alt ölçeğinde en düşük seviyeleri gösterirken, depresif hastalar en yüksek değerlere sahip bulunmuştur. Buna ek olarak, ölüme karşı tutumda gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır; şizofreni hastalarının, ölüme karşı olumsuz tutum anlamında en yüksek değere sahip olduğu ifade edilmiştir. Önemli bir diğer sonuç olarak da hastalık şiddeti ve psikososyal işlevsellik, BOFRETТА ölçeğinin üç boyutu (tutum, anksiyete, toplam puan) ile anlamlı derecede ilişkili saptanmıştır. Yani hastalık şiddeti ne kadar yüksek ve psikososyal işlevler ne kadar yetersizse, ölüm anksiyetesinin o kadar yüksek ve ölüme karşı tutumun da o kadar olumsuz olduğu ifade edilmiştir. Çalışmada ayrıca negatif belirtileri belirgin olan hastalarda özellikle ölüme karşı olumsuz bir tutum bulunduğu saptanmıştır (124).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Deseni ve Katılımcılar

Çalışma kesitsel araştırma modeline göre tasarlanmıştır. Çalışma örneklemini oluşturan hasta grubu Ondokuz Mayıs Üniversitesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran bireylerden seçilmiştir. Hem hastaları yönlendiren klinisyen hem de araştırmacı tarafından DSM 5'e göre şizofreni tanısı konulan hastalar, dahil edilme ve dışlama kriterleri göz önünde bulundurularak çalışmanın hasta grubuna dahil edilmiştir. Araştırmadaki hasta grubu ile yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından benzer özelliklere sahip genel popülasyondan sağlıklı gönüllü bireyler, kontrol grubunu oluşturmuştur. Hasta grubu 52, kontrol grubu 52 kişiden oluşmaktadır. Dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalar ile sağlıklı bireyler araştırma hakkında bilgilendirilmiş, yazılı onamları alınmıştır. Katılımcıların tümüyle klinik görüşme yapılarak, kontrol grubunu oluşturan katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A) ve Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ÖAÖ) uygulanırken, Şizofreni grubunu oluşturan katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A), Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği (PANSS), Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) ve Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ÖAÖ) uygulanmıştır.

Araştırma için, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2019/416 karar numarası ile onam alınmıştır. Araştırma verisi Mayıs 2019- Şubat 2020 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.2. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaşından büyük olmak.
- Okuma-yazma biliyor olmak.
- Çalışmada uygulanacak ölçekler, yapılacak değerlendirme ve klinik görüşmelere katılım konusunda istekli olmak
- Çalışmada uygulanacak ölçekleri dolduracak bilişsel ve mental yeterliliğe sahip olmak

3.3. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Ek psikiyatrik hastalığa sahip olmak.
- Testlerin uygulanması sırasında alkol ya da psikoaktif madde etkisinde olmak.
- Kanseri ve ağır organ yetmezliği gibi terminal dönemde kronik hastalığa sahip olmak.
- Akut bir kayıp yaşamış veya komplike olmuş yas reaksiyonuna sahip olmak.
- Primer nörolojik bozukluğa, kognitif mental bozukluğa (demans, deliryum) veya mental retardasyona sahip olmak.

3.4. Çalışmada Kullanılan Form ve Ölçekler

3.4.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır; katılımcıların sosyodemografik verisi, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, önceki psikiyatrik öyküsü, tedavileri, sigara, alkol, madde kullanımı, intihar girişimi öyküsü ile ilgili sorular yer almaktadır. Bu form araştırmacının yaptığı görüşme sırasında araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.4.2. Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği:

Ölçek 2004 yılında Abdel-Khalek tarafından Arapça ve İngilizce olarak geliştirilmiştir. 20 maddeden oluşmaktadır. Beşli Likert tipi bir ölçüm sağlamaktadır (1= hiç ve 5=çok fazla). Ölçek, araştırmacıların gözetiminde katılımcılar tarafından doldurulmaktadır. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması; Aydoğan ve ark. (2015) tarafından yapılmıştır (134). Bu çalışmada Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe formunun üniversite öğrencilerinde geçerlik ve güvenilirliği araştırılmış ve ölçeğin psikometrik özellikleri Templer Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ile karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe formu için 0,86 olarak hesaplanan Cronbach alfa değerinin, ölçeğin yüksek iç tutarlılığa sahip olduğunu gösterdiği ifade edilmektedir (134). Ölçeğin özgün güvenilirlik çalışması Suriye, Kuveyt ve Mısır'da yapılmış; Cronbach alfa değerleri sırası ile 0,89, 0,93 ve 0,90 olarak saptanmıştır (135). İspanya ve Mısırdaki yürütülen bir başka geçerlilik çalışmasında ölçeğin alfa değerleri sırasıyla 0,90 ve 0,86

olarak bulunmuştur (136). Aynı çalışmada Templer Ölüm Anksiyetesi Ölçeği için bulunan alfa değerleri sırası ile 0,71 ve 0,65 olarak saptanmıştır. Benzer şekilde, Aydoğan ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmada da Templer Ölüm Anksiyetesi Ölçeği için hesaplanan güvenilirlik katsayısı, Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği'nden daha düşük olarak saptanmıştır. Diğer güvenilirlik ölçümlerinde de (Guttman katsayısı, her bir madde çıkarıldığında hesaplanan alfa değeri) Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği'nin daha iyi psikometrik özellikler gösterdiği belirtilmiştir. Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği'nin Templer Ölüm Anksiyetesi Ölçeği'ne göre daha yüksek güvenilirliğe sahip olmasında dil kullanımının rol oynayabileceği öne sürülmüştür. Zira Templer Ölüm Anksiyetesi Ölçeği'nde yer alan ölçek maddelerinin %40'ı olumsuz önermeler içermekte, madde “yanlış” olarak yanıtlandığında ikili olumsuzluk ortaya çıkmaktadır. Bu durum anadili İngilizce olmayan kişilerin çift olumsuzluk içeren maddeleri daha zor kavrayıp olabileceği yönünde yorumlanmıştır (136). Akça ve Köse, Templer Ölüm Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe formu için geçerlik katsayısını 0,75 olarak bulmuşlardır (137). Templer Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ile farklı ülkelerde yürütülen çalışmalarda ve kültürlerarası karşılaştırmaların yapıldığı çalışmalarda birbirine yakın güvenilirlik değerlerinin elde edilmesinin, ölçeğin güvenilirliğinin farklı kültürlerle göre değiştiği yorumunu yapmayı güçleştirdiği ifade edilmektedir (134).

Öte yandan Templer Ölüm Anksiyetesi Ölçeği'nin yedili likert tipi puan yapısında bir ölçek olması ve bazı olumsuz önermeye sahip sorular içermesinin klinik görüşmenin ardından şizofreni hastaları açısından zorlayıcı olabileceği, aynı zamanda Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği'nin bazı maddelerinin (kabir azabı gibi) bizim kültürümüz için daha uygun bir veri sağlayacağını düşündüğümüz için bu çalışmada Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği'ni kullanmayı uygun bulduk.

Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği'nin Batı ve Arap ülkelerinde karşılaştırmalı olarak kullanıldığı az sayıda çalışmada da birbirine benzer güvenilirlik değerleri elde edilmiştir (136, 138).

Aydoğan ve ark. (2015), Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği'nin yapı geçerliği açısından faktör analizi ile incelenmesi sonucunda beş faktör elde etmişlerdir:

1. Faktör: Ölümle ilişkili görsel uyaranların uyandırdığı korku:
 - Madde 2: Ölüye bakmaktan korkarım.
 - Madde 8: Bir cesede bakmaktan korkarım.
 - Madde 11: Defin işlemine tanık olmak beni dehşete düşürür.
 - Madde 16: Bir cenaze törenine tanık olmak beni altüst eder.
 - Madde 17: Ölmekte olan bir insanın görünümü beni korkutur.
2. Faktör: Ölümün beraberindeki fiziksel ve ruhsal acıya ilişkin korku:
 - Madde 5: Kalp krizi geçirmekten korkarım.
 - Madde 6: Ölümün beni sevdiğim birinden mahrum bırakmasından kaygı duyarım
 - Madde 10: Ciddi bir hastalığa yakalanmaktan korkarım.
 - Madde 15: Ölümün beraberindeki acı beni çok korkutur.
 - Madde 19: Kansere yakalanmaktan korkarım.
3. Faktör: Ölümü hatırlatan diğer durumlarla ilişkili korku:
 - Madde 3: Mezarlık ziyaret etmekten korkarım.
 - Madde 12: Mezarlıkta yürümek beni dehşete düşürür.
 - Madde 14: Uyumaktan ve sonrasında tekrar uyanmamaktan korkarım.
 - Madde 18: Ölüm hakkında konuşmak beni altüst eder.
4. Faktör: Ölümünden sonrasına ilişkin korku:
 - Madde 7: Ölümünden sonraki bilinmeyen şeylerle ilgili endişeliyim.
 - Madde 9: Kabir azabından korkarım.
 - Madde 13: Ölümünden sonra ne olacağı ile ilgili düşünceler kafamı sürekli meşgul eder.
5. Faktör: Ölme işinin kendisine yönelik korku:
 - Madde 1: Ne zaman hasta olsam ölümünden korkarım.
 - Madde 4: Bir ameliyat olma olasılığı beni dehşete düşürür.
 - Madde 20: Ölümünden korkarım.

Ölçeğin özgün geçerlilik çalışmasında Mısır ve Suriye örnekleminde 4, Kuveyt örnekleminde 3 faktör elde edildiği, bu faktörlerin birlikte toplam varyansın sırası ile %62,1; %55,2 ve %61'ini açıkladığı bildirilmiştir. Mısır örneklemindeki faktörler “Ölü beden ve mezarlık korkusu”, “Ölümden sonrası ile ilişkili korku”, “Ölümcül hastalık korkusu”, “Ölüm Düşüncesi” olarak isimlendirilmiştir. Benzer şekilde Suriye örnekleminde de faktörler “Ölü beden ve mezarlık korkusu”, “Ölümden sonrası ile ilişkili korku”, “Ölümcül hastalık korkusu”, “Ölüm Endişesi” olarak isimlendirilmiştir. Kuveyt örnekleminde elde edilen faktörler ise “Ölü beden ve mezarlık korkusu”, “Ölümcül Hastalık Korkusu” ve “Ölümden sonrası ile ilişkili korku” olarak isimlendirilmiştir (134).

3.4.3. Hamilton Anksiyete Ölçeği:

Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A), Max Hamilton tarafından 1959 yılında anksiyete şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiş, görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir (139, 140). 14 sorudan oluşan HAM-A, her sorunun 0-4 puan (0- yok, 4- çok şiddetli) arasında değerlendirildiği beşli likert tipi ölçüm sağlar. Tüm anksiyete bozukluğu tanıları için kullanılabilirken en sık yaygın anksiyete bozukluğu için kullanılır. Psikişik ve somatik alt-ölçekleri bulunur. Psikişik alt-ölçeği (1-6 ve 14. maddeler) subjektif bilişsel ve duygudurum belirtilerini (anksiyeteli duygudurum, gerginlik, korku, uykusuzluk, entelektüel-kognitif işlev, depresif duygudurum ve görüşme esnasındaki davranış) değerlendirirken somatik alt-ölçek (7-13. maddeler) ise somatik, otonomik ve çeşitli sistemlere ait fiziksel belirtileri içerir (139, 141). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır fakat kestirim değeri belirlenmemiştir (139).

3.4.4. Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği:

Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği (PANSS), şizofrenide pozitif ve negatif belirtilerin değerlendirilmesinde en sık kullanılan ölçeklerden biridir. Kay ve ark tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir (142). PANSS, pozitif, negatif ve genel şizofreni belirtilerini ölçmeyi sağlayan yarı yapılandırılmış 30 maddelik bir ölçektir. Bu 30 maddenin 18'i Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği'nden, 12'si ise Psikopatoloji Değerlendirme Ölçeği'nden uyarlanmıştır. PANSS ile değerlendirilen 30 parametreden yedisi pozitif

sendrom alt ölçeğine, yedisi negatif sendrom alt ölçeğine ve on altısı genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Değerlendirmede her madde için, ağırlığına göre 1 ile 7 arasında puanlama yapılır. Pozitif, negatif ve genel psikopatoloji skorları ve bir de toplam PANSS skoru olmak üzere dört ölçüm yapılır. Ölçeğin Türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması 1999 yılında Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (143). PANSS değerlendirmesi yaklaşık 45 dakikalık yarı-yapılandırılmış bir görüşmeyle yapılır ve her bir maddenin tanımı ve puanlama ölçütleri ve kılavuzları çok net tanımlanmıştır. Madde puanlamaları için ölçütler 1=yok, 2=çok hafif, 3=hafif, 4=orta, 5= orta/ağır, 6=ağır ve 7=çok ağır olarak belirlenmiştir. Sonuç olarak pozitif ve negatif alt ölçekler için 7-49, genel psikopatoloji alt ölçeği için 16-112 puan aralığı elde edilir (144).

3.4.5. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği:

Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ), “Şizofreni’de İşlevsel İyileşme Gözlem Grubu”nun uzmanları tarafından tasarlanmıştır. Belirtilerden bağımsız olarak hastaların işlevselliğini değerlendirmeyi sağlayan 19 maddeden oluşan 5’li likert tipi bir ölçektir. Değerlendirme yarı yapılandırılmış görüşmeler şeklinde yapılmaktadır. Ölçeği uygulama süresi yaklaşık 30 dakikadır. Değerlendirme, hem hastanın kendisinden hem de ailesinden alınan bilgiye dayanır. Değerlendirmede hastanın son bir ay içindeki işlevselliği sorgulanır. Her madde için 5 değerlendirme düzeyi bulunmaktadır. 1. Düzey (yok) en düşük düzeydeki iyileşmeyi belirtirken, 5. Düzey (mükemmel derecede var) “ideal” işlev düzeyine karşılık gelmektedir. 2. Düzey; kısmen var, 3. Düzey; yeterince var ve 4. Düzey; neredeyse tamamen var şeklinde değerlendirilmektedir. İki düzey arasında kalındığında düşük olan düzey seçilmektedir. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 95, minimum puan ise 19’dur. Sosyal işlevsellik, sağlık, günlük yaşam becerileri ve mesleki işlevsellik alt ölçeklerinden oluşan ŞİLÖ dört ayrı alanda işlevselliği ölçmektedir. Her maddenin değerlendirmesi ile ilgili görüşmeciyeye yardımcı olacak soru maddeleri yer almaktadır. Ölçeğin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Emiroğlu ve ark. (2009) tarafından yapılmıştır (145).

3.5. Verinin İstatistiksel Analizi

İstatistiksel analizleri yapmadan önce hipotezlerin test edilmesi için bağımlı değişkenlerin betimleyici analizleri gerçekleştirilmiştir. Şizofreni grubu ile sağlıklı kontrol grubu sosyodemografik verisi karşılaştırılırken, nominal değişkenler Ki Kare Testi ile, ölçümle elde edilen değişkenlerin karşılaştırması normal dağılıma uyuyor ise Student t Testi ile, uymuyorsa Mann Whitney-U Testi ile istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Ölçümle elde edilen verinin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov Testi ile kontrol edilmiştir. Şizofreni grubu ve sağlıklı kontrol grubunun ÖAÖ ve HAM-A puanlarının karşılaştırılmasında Student t Testi kullanılmıştır. Şizofreni grubundaki bireylerin işlevsellikleri ile ölüm anksiyetesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla ŞİLÖ puanları (Sosyal işlevsellik, sağlık, günlük yaşam becerileri ve mesleki işlevsellik alt ölçekleri ile birlikte) ve şizofreni grubundaki bireylerin ÖAÖ puanları arasındaki ilişki, şizofreni grubundaki bireylerin hastalıklarının klinik özellikleri ile ölüm anksiyetesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla PANSS puanları (pozitif, negatif ve genel alt ölçekleri ile birlikte) ve şizofreni grubundaki bireylerin ÖAÖ puanları arasındaki ilişki ve her iki grubun anksiyete düzeyleri ile ölüm anksiyetesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla HAM-A puanları ve ÖAÖ puanları arasındaki ilişki Pearson Çarpım Moment Korelasyon Analizi Testi ile incelenmiştir. Korelasyon katsayıları (r) için etki büyüklüklerinin yorumlanmasında; Hinkle ve ark. önerdiği etki büyüklüğü değeri; .00 – .30 arası çok düşük, .30 – .50 arası düşük, .50 – .70 arası orta, .70–.90 arası yüksek, .90–1.00 arası ise çok yüksek olarak yorumlanmıştır (146). Katılımcılardan elde edilen verinin analizi SPSS v.21 İstatistik Paket Programı kullanılarak yapılmıştır. Ortalama değerler, *ortalama ± standart sapma* şeklinde gösterilmiştir. Çalışmamızda anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Şizofreni ve Kontrol Grubu Sosyodemografik Özellikleri

Şizofreni grubunu oluşturan 52 kişinin 33'ü (%63,5) erkek, kontrol grubunu oluşturan 52 kişinin 32'si (%61,6) erkektir. Şizofreni grubunun yaş ortalaması 39,29 ($\pm$ 9,66) iken, kontrol grubunun 40,37 ($\pm$ 10,43) bulunmuştur ($t=$ 0,55; $p=0,84$). Şizofreni grubunda 15 (%28,9) kişi evli, kontrol grubunda 35 (%67,3) kişi evlidir ($X^2 = 15,41$; $p=0,00$). Şizofreni grubunda çocuğu olan 17 (%32,7) kişi, çocuğu olmayan 35 (%67,3) kişi varken, kontrol grubunda çocuğu olan 31 (%59,7) kişi, çocuğu olmayan 21 (%40,4) kişi vardı ($X^2 = 7,58$; $p=0,01$). Şizofreni grubunda 6 (%11,5) kişi yalnız yaşarken, kontrol grubunda 5 (%9,6) kişi yalnız yaşıyordu. Şizofreni grubunda anne, baba veya bir yakını (akrabası) ile yaşayan 31 (%59,6) kişi varken, kontrol grubunda bu sayı 11 (%21,2) kişiydi. Şizofreni grubunda partner veya çocuklarıyla yaşayanlar 15 (%28,8) kişiyken, kontrol grubunda 36 (%69,2) kişiydi ($X^2 = 18,26$; $p=0,00$). Çalışmamızda şizofreni grubunda 26 (%50) kişi yüksekokul-üniversite mezunu, 12 (%23,1) kişi lise mezunu, 7 (%13,5) kişi ortaokul ve yine 7 (%13,5) kişi ilkokul mezunudur. Sağlıklı kontrol grubunda ise 29 (%55,8) kişi yüksekokul-üniversite mezunu, 11 (%21,2) kişi lise mezunu, 6 (%11,5) kişi ortaokul, yine 6 (% 11,5) kişi ilkokul mezunu olarak saptanmıştır ($X^2 = 0,36$; $p=0,95$). Şizofreni grubunda 18 (%34,6) kişi çalışıyor, 23 (%44,2) kişi çalışmıyor, 11 (%21,2) kişi emekliydi. Kontrol grubunda 41 (%78,8) kişi çalışıyor, 7 (%13,5) kişi çalışmıyor, 4 (%7,7) kişi ise emekliydi ($X^2 = 20,77$; $p=0,00$). Katılımcıların gelir durumlarını ne seviyede algıladıklarını dikkate alarak, zayıf, orta ve iyi olarak tanımlamaları istenmiştir. Buna göre şizofreni grubunda gelir durumlarını zayıf olarak niteleyen 10 (%19,2) kişi, orta olarak niteleyen 30 (%57,7) kişi ve iyi olarak niteleyen 12 (%23,1) kişi vardı. Kontrol grubunda ise gelir durumlarını zayıf olarak niteleyen 1 (%1,9) kişi, orta olarak niteleyen 40 (%76,9) kişi ve iyi olarak niteleyen 11 (%21,2) kişi vardı ($X^2 = 8,84$; $p=0,01$). Şizofreni grubunda sosyal desteklerini yeterli bulan 26 (%50) kişi, kısmen yeterli bulan (bazı alanlarda eksiklikler olduğunu söyleyen) 19 (%36,5) kişi ve sosyal destek konusunda birçok alanda eksiklik olduğunu söyleyen veya sosyal desteğini yetersiz bulan 7 (%13,5) kişi varken, kontrol grubunda sosyal desteklerini yeterli bulan 34 (%65,4) kişi, kısmen yeterli bulan (bazı alanlarda eksiklikler olduğunu söyleyen)

14 (%26,9) kişi ve birçok alanda eksiklik olduğunu söyleyen veya yetersiz bulan 4 (%7,7) kişi vardı ($X^2 = 2,64$; $p=0,27$). Şizofreni grubunda 24 (%46,2) kişi sigara kullanmakta, 28 (%53,8) kişi sigara kullanmamakta iken, kontrol grubunda 12 (%23,1) kişi sigara kullanmakta, 40 (%76,9) kişi ise sigara kullanmamaktadır ($X^2 = 6,12$; $p=0,01$). (Tablo 1).

Tablo 1. Şizofreni ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Kategori	Şizofreni	Kontrol	X ²	p
	n: 52 (%)	n: 52 (%)		
Cinsiyet				
Erkek	33 (63,5)	32 (61,6)	0,41	0,84
Kadın	19 (36,5)	20 (38,5)		
Medeni Durum				
Bekar	37 (71,2)	17 (32,7)	15,41	0,00
Evli	15 (28,9)	35 (67,3)		
Çocuk				
Var	17 (32,7)	31 (59,7)	7,58	0,01
Yok	35 (67,3)	21 (40,4)		
Birlikte Yaşadığı Kişiler				
Yalnız	6 (11,5)	5 (9,6)	18,26	0,00
Anne baba veya yakını ile	31 (59,6)	11 (21,2)		
Partner veya çocuklar ile	15 (28,8)	36 (69,2)		
Eğitim Durumu				
İlkokul	7 (13,5)	6 (11,5)	0,36	0,95
Ortaokul	7 (13,5)	6 (11,5)		
Lise	12 (23,1)	11 (21,2)		
Üniversite	26 (50)	29 (55,8)		
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	18 (34,6)	41 (78,8)	20,77	0,00
Çalışmıyor	23 (44,2)	7 (13,5)		
Emekli	11 (21,2)	4 (7,7)		
Gelir Durumu				
Zayıf	10 (19,2)	1 (1,9)	8,84	0,01
Orta	30 (57,7)	40 (76,9)		
İyi	12 (23,1)	11 (21,2)		
Sosyal Destek				
Yeterli	26 (50)	34 (65,4)	2,64	0,27
Bazı eksiklikler var/ Kısmen yeterli	19 (36,5)	14 (26,9)		
Birçok yetersizlik var/ Yetersiz	7 (13,5)	4 (7,7)		
Sigara Kullanımı				
Kullanmıyor	28 (53,8)	40 (76,9)	6,12	0,01
Kullanıyor	24 (46,2)	12 (23,1)		

4.2. Şizofreni Grubunun Klinik Özellikleri

Çalışmamızda şizofreni grubunda toplam 52 hasta mevcuttur, hastalık başlangıç yaşı ortalaması 22,86 ($\pm$ 6,53) yıl bulunmuştur. 21 hastanın birinci, ikinci veya üçüncü derece akrabalarında psikotik bozukluk öyküsü mevcuttur. 45 hastanın yatarak tedavi olma öyküsü mevcut olup, bu hastaların hastanede ortalama yatış sayıları 4 ($\pm$ 3,81) saptanmıştır. Hastaların tedavisiz geçirdikleri ortalama süre 17,81 ($\pm$ 31,90) aydır. Şizofreni grubunda tıbbi bir hastalığı olan 18 (%34,6) kişi varken, psikiyatri dışı herhangi bir kronik hastalığı olmayan 34 (%65,4) kişi vardı. Kontrol grubunda tıbbi bir hastalığı olan 16 (%30,8) kişi varken, psikiyatri dışı herhangi bir kronik hastalığı olmayan 36 (%69,2) kişi vardı ($X^2=0,54$; $p=0,76$). Şizofreni grubunda intihar girişimi öyküsü olan 18 (%34,6) kişi, intihar girişiminde bulunmayan 34 (%65,4) kişi varken kontrol grubundaki 52 hastanın hiçbirinde intihar girişimi öyküsü yoktu. ($X^2 = 21,77$; $p=0,00$). Şizofreni grubunda 18 hasta (14'ü bir kez, 3'ü iki kez, 1'i üç kez) daha önce intihar girişiminde bulunduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca hastalardan beşi daha önce intihar girişimi dışında da kendine zarar verici davranışta bulunduğunu belirtmiştir (Tablo 2). Şizofreni grubunun PANSS ve ŞİLÖ puanları Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 2. Şizofreni grubunun klinik özellikleri

Klinik Özellikler		n (%)
Ailede psikotik bozukluk öyküsü	Var	21 (40,4)
	Yok	31 (59,6)
Hastane yatışı	Var	45 (86,5)
	Yok	7 (13,5)
Kendine zarar verici davranış	Var	5 (9,6)
	Yok	47 (90,4)
İntihar girişimi	Var	18 (34,6)
	Yok	34 (65,4)
Tıbbi hastalık	Var	18 (34,6)
	Yok	34 (65,4)
		(Ortalama ± SS)
Hastalık başlangıç yaşı		22,87 ± 6,53
Yatış sayısı		4,00 ± 3,81
Tedavisiz süre (ay)		17,81 ± 31,90
İntihar girişimi sayısı		1,28 ± 0,58
Tıbbi hastalık sayısı		1,44 ± 0,67

Tablo 3. Şizofreni grubunda PANSS ve ŞİLÖ ortalama puan ve standart sapmaları

Ölçekler		(Ortalama $\pm$ SS)
PANSS	Pozitif	15,08 $\pm$ 6,53
	Negatif	16,29 $\pm$ 5,55
	Genel	29,23 $\pm$ 8,32
	Toplam	60,60 $\pm$ 18,85
ŞİLÖ	Sosyal	21,90 $\pm$ 4,72
	Sağlık	14,92 $\pm$ 2,39
	Günlük Yaşam	23,10 $\pm$ 3,60
	Mesleki	6,58 $\pm$ 2,07
	Toplam	66,50 $\pm$ 10,98

PANSS: Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği
 ŞİLÖ: Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği

4.3. Şizofreni Grubu ve Kontrol Grubunun Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ve HAM-A Puanlarının Karşılaştırılması

Şizofreni ve kontrol gruplarının ÖAÖ toplam skorları karşılaştırıldığında şizofreni grubunda ortalama puan 50,10 ($\pm$ 17,36), kontrol grubunda 38,63 ($\pm$ 11,48) saptanmıştır. İki grup arasında ÖAÖ toplam skorlarının ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=3,97$; $p=0,00$) (Tablo 4). ÖAÖ puanları daha detaylı incelendiğinde, yalnızca Madde 6 (Ölümün beni sevdiğim birinden mahrum bırakmasından kaygı duyarım) için kontrol grubunun ortalama puanı ($3,10 \pm 1,30$) şizofreni grubundan ($2,92 \pm 1,40$) yüksek çıkmıştır, ancak 6. Madde açısından bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=-0,65$; $p=0,52$). Madde 16 (Bir cenaze törenine tanık olmak beni altüst eder) ortalama puanı şizofreni grubunda $1,77 (\pm 1,08)$ ve kontrol grubunda $1,77 (\pm 0,78)$ saptanmıştır ($t=0,00$; $p=1,00$). Ayrıca, Madde 10 (Ciddi bir hastalığa yakalanmaktan korkarım) ($t=1,74$; $p=0,08$), Madde 17 (Ölmekte olan bir insanın görünümü beni korkutur) ($t=1,14$; $p=0,26$) ve Madde 19 (Kansere yakalanmaktan korkarım) ($t=1,67$; $p=0,10$) ortalama puanları şizofreni grubunda kontrol grubuna göre yüksek çıkmış, ancak bu maddeler için iki grup arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı saptanmamıştır. Madde 6,

Madde 10, Madde 16, Madde 17 ve Madde 19 dışındaki tüm maddelerde şizofreni grubunda kontrol grubuna göre ortalama ÖAÖ puanları daha yüksek saptanmış ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. (Tablo 5).

Çalışmamızda şizofreni grubu ve kontrol grubu HAM-A toplam puanları açısından da karşılaştırılmıştır. Şizofreni grubunda HAM-A toplam puan ortalamasının ($8,85 \pm 5,78$), kontrol grubunun HAM-A toplam puan ortalamasından ($4,67 \pm 2,22$) yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=4,86$; $p=0,00$) (Tablo 4).

Tablo 4. Şizofreni ve kontrol grubunun ÖAÖ ve HAM-A toplam puanlarının karşılaştırılması

	Ortalama $\pm$ SS		t	p
	Şizofreni (n: 52)	Kontrol (n: 52)		
ÖAÖ - Toplam	50,10 $\pm$ 17,36	38,63 $\pm$ 11,48	3,97	,00
HAM - A - Toplam	8,85 $\pm$ 5,78	4,67 $\pm$ 2,22	4,86	,00

ÖAÖ: Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği
HAM-A: Hamilton Anksiyete Ölçeği

Tablo 5. Şizofreni ve kontrol grubunun her maddesi için ÖAÖ puanlarının

karşılaştırılması

	Ortalama $\pm$ SS		t	p
	Şizofreni (n: 52)	Kontrol (n: 52)		
ÖAÖ - 1	2,21 $\pm$ 1,26	1,42 $\pm$ 0,67	3,99	,00
ÖAÖ - 2	2,65 $\pm$ 1,48	1,90 $\pm$ 1,02	3,01	,00
ÖAÖ - 3	1,83 $\pm$ 1,12	1,31 $\pm$ 0,81	2,72	,01
ÖAÖ - 4	2,65 $\pm$ 1,27	1,98 $\pm$ 0,99	3,01	,00
ÖAÖ - 5	2,67 $\pm$ 1,31	1,96 $\pm$ 1,15	2,94	,00
ÖAÖ - 6	2,92 $\pm$ 1,40	3,10 $\pm$ 1,30	-0,65	,52
ÖAÖ - 7	2,50 $\pm$ 1,38	1,75 $\pm$ 0,88	3,30	,00
ÖAÖ - 8	2,67 $\pm$ 1,51	1,96 $\pm$ 1,07	2,78	,01
ÖAÖ - 9	3,23 $\pm$ 1,41	2,21 $\pm$ 1,26	3,89	,00
ÖAÖ - 10	3,00 $\pm$ 1,40	2,56 $\pm$ 1,18	1,74	,08
ÖAÖ - 11	2,42 $\pm$ 1,41	1,71 $\pm$ 0,98	3,00	,00
ÖAÖ - 12	2,04 $\pm$ 1,31	1,44 $\pm$ 0,73	2,87	,01
ÖAÖ - 13	2,42 $\pm$ 1,21	1,75 $\pm$ 1,08	2,99	,00
ÖAÖ - 14	1,87 $\pm$ 1,17	1,33 $\pm$ 0,99	2,54	,01
ÖAÖ - 15	2,71 $\pm$ 1,29	1,94 $\pm$ 1,11	3,26	,00
ÖAÖ - 16	1,77 $\pm$ 1,08	1,77 $\pm$ 0,78	0,00	1,00
ÖAÖ - 17	2,54 $\pm$ 1,32	2,27 $\pm$ 1,09	1,14	,26
ÖAÖ - 18	2,04 $\pm$ 1,08	1,60 $\pm$ 0,80	2,37	,02
ÖAÖ - 19	3,17 $\pm$ 1,47	2,73 $\pm$ 1,22	1,67	,10
ÖAÖ - 20	2,77 $\pm$ 1,40	1,94 $\pm$ 0,98	3,50	,00
ÖAÖ: Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği				

Çalışmamızda şizofreni grubu ve kontrol grubunda ölüm anksiyetesi puanları Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği'nin faktör yapılarına göre de karşılaştırılmıştır. Buna göre tüm faktörler açısından iki grubun ölüm anksiyetesi skorları karşılaştırıldığında şizofreni grubunda ÖAÖ puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuş, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (1. Faktör: $t=2,55$; $p=0,01$, 2. Faktör: $t=2,29$; $p=0,02$, 3. Faktör: $t=3,65$; $p=0,00$, 4. Faktör: $t=4,21$; $p=0,00$, 5. Faktör: $t=4,56$; $p=0,00$) (Tablo 6).

Tablo 6. Şizofreni ve kontrol grubunun faktör yapılarına göre Ölüm Anksiyetesi Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Ortalama $\pm$ ss	t	p
Faktör 1: Ölümle ilişkili görsel uyaranların uyandırdığı korku			
Şizofreni	12,06 $\pm$ 5,94	2,55	0,01
Kontrol	9,62 $\pm$ 3,53		
Faktör 2: Ölümün beraberindeki fiziksel ve ruhsal acıya ilişkin korku			
Şizofreni	14,48 $\pm$ 5,13	2,29	0,02
Kontrol	12,29 $\pm$ 4,63		
Faktör 3: Ölümü hatırlatan diğer durumlarla ilişkili korku			
Şizofreni	7,77 $\pm$ 3,39	3,65	0,00
Kontrol	5,67 $\pm$ 2,37		
Faktör 4: Ölümünden sonrasına ilişkin korku			
Şizofreni	8,15 $\pm$ 3,36	4,21	0,00
Kontrol	5,71 $\pm$ 2,48		
Faktör 5: Ölme işinin kendisine yönelik korku			
Şizofreni	7,64 $\pm$ 3,08	4,56	0,00
Kontrol	5,35 $\pm$ 1,90		

Ayrıca çalışmamızda şizofreni grubundaki bireylerin sosyodemografik özellikleri ve hastalığın klinik özellikleri ile ölüm anksiyetesi arasındaki ilişkilerini inceledik. Mann-Whitney U Testi sonuçları, cinsiyet, medeni durum (evli/bekar), çocuk sahibi olma/olmama, yalnız yaşama/birlikte yaşama, sosyal desteğin yeterli olup olmama durumu, ekonomik durum algısı (zayıf/iyi), tıbbi bir hastalığının olup olmaması,

kendine zarar verme davranışının olup olmaması, intihar girişiminin olup olmaması, ailede psikotik bozukluk öyküsünün bulunup bulunmaması gibi sosyodemografik ve klinik özellikler ile ölüm anksiyetesi skorları arasında anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuştur (Tablo 7).

Tablo 7. Şizofreni grubunda bazı sosyodemografik veri ve klinik özelliklerin Ölüm Anksiyetesi Ölçeği puanları açısından karşılaştırılması

Kategori	Kişi Sayısı	Sıra Ortalaması	u	p
Cinsiyet				
Erkek	33	23,47	213,50	0,06
Kadın	19	31,76		
Medeni Hali				
Bekar	37	26,24	268,00	0,85
Evli	15	27,13		
Çocuk				
Var	17	26,94	290,00	0,88
Yok	35	26,29		
Yalnız Yaşama				
Yalnız	6	23,33	119,00	0,59
Birlikte	46	26,91		
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	18	27,14	294,50	0,83
Çalışmıyor	34	26,16		
Tıbbi Hastalık				
Var	18	21,83	222,00	0,11
Yok	34	28,97		
Ailede Psikotik Bozukluk Öyküsü				
Var	21	28,52	283,00	0,43
Yok	31	25,13		
Kendine Zarar Verici Davranış				
Var	5	22,90	99,50	0,58
Yok	47	26,88		
İntihar girişimi				
Yok	34	25,51	272,50	0,52
Var	18	28,36		

4.4. Şizofrenide Klinik Özellikler ve İşlevselliğin Ölüm Anksiyetesi ve Birbirleri ile İlişkisinin İncelenmesi

Çalışmamızda Şizofreni grubunda bulunan 52 hastanın hem ŞİLÖ hem PANSS, hem de HAM-A puanlarının ölüm anksiyetesiyle (ÖAÖ puanlarıyla) ilişkisi Pearson Çarpım Moment Korelasyon Analizi yöntemiyle incelenmiştir (Tablo 8). ŞİLÖ toplam puanları ($r=-0,38$; $p=0,01$), ŞİLÖ günlük yaşam becerileri alt ölçeği ($r=-0,44$; $p=0,00$) ve ŞİLÖ sağlık alt ölçeği ($r=-0,31$; $p=0,03$) puanlarının ÖAÖ toplam puanları ile düşük derecede negatif yönde korelasyonu olduğu bulunmuştur. Diğer yandan ŞİLÖ mesleki alt ölçeği puanları ÖAÖ toplam puanları ile çok düşük derecede negatif yönde korele saptanmıştır ($r=-0,28$; $p=0,05$).

Çalışmamızda şizofreni grubunda HAM-A toplam puanlarının ÖAÖ toplam puanları ile çok düşük derecede pozitif yönde korele olduğu, ancak bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($r=0,19$; $p=0,17$). Kontrol grubunda ise şizofreni grubundan farklı olarak HAM-A toplam puanlarının ÖAÖ toplam puanları ile düşük derecede pozitif yönde olan korelasyonunun istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($r=0,36$; $p=0,01$).

Tablo 8. Şizofreni grubunda HAM-A, PANSS, ŞİLÖ puanları ve bazı klinik özellikler ile Ölüm Anksiyetesi Ölçeği puanlarının korelasyonu ve kontrol grubunda HAM-A ile Ölüm Anksiyetesi Ölçeği puanlarının korelasyonu

	Şizofreni (r)	Kontrol (r)
HAM-A Toplam	0,19	**0,36
Hastalık Başlangıç Yaşı	0,01	
Hastalık Süresi	0,01	
PANSS Pozitif	0,12	
PANSS Negatif	0,22	
PANSS Genel	0,17	
PANSS Toplam	0,18	
ŞİLÖ Sosyal	-0,26	
ŞİLÖ Sağlık	* -,31	
ŞİLÖ Günlük Yaşam	**-,44	
ŞİLÖ Mesleki	* -,28	
ŞİLÖ Toplam	** -,38	
*. p < 0.05 , **. p < 0.01 HAM-A: Hamilton Anksiyete Ölçeği PANSS: Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği ŞİLÖ: Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği		

5. TARTIŞMA

Şizofreni tanılı 52 birey ve sağlıklı 52 bireyin dahil edildiği bu çalışmada amaç, şizofreni hastalarında ölüm anksiyetesi ile hastalığın klinik özellikleri ve işlevsellik arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

5.1. Şizofreni ve Ölüm Anksiyetesi

Çalışmamızda şizofreni grubundaki bireylerin sosyodemografik veri ve bazı klinik özellikleri ile ölüm anksiyetesi arasındaki ilişkilerini inceledik. Mann-Whitney U testi sonuçları, cinsiyet, medeni durum (evli/bekar), çocuk sahibi olma/olmama, yalnız yaşama/birlikte yaşama, sosyal desteğin yeterli olup olmama durumu, ekonomik durum algısı (zayıf/iyi), tıbbi bir hastalığının olup olmaması, kendine zarar verme davranışının olup olmaması, intihar girişiminin olup olmaması, ailede psikotik bozukluk öyküsünün bulunup bulunmaması gibi sosyodemografik ve klinik özellikler arasında ölüm anksiyetesi skorları açısından anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuştur. Öte yandan çalışmamızda medeni durum ve başka bazı sosyodemografik ve klinik özellikler açısından şizofreni grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı farklılıkların olduğu dikkate alındığında bu konuda daha büyük örneklemle yapılacak çalışmalar yol gösterici olabilir.

Çalışmamızda şizofreni ve kontrol gruplarının ÖAÖ toplam skorları karşılaştırıldığında, şizofreni grubunda ölüm anksiyetesi kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur. Ayrıca her iki grubun Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği'nin faktör yapılarına göre ölüm anksiyetesi puanları karşılaştırıldığında beş faktör yapısının tümünde –şizofreni grubunda daha yüksek olmak üzere- gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu sonuçlar Planansky ve Johnston'un (128), Lonetto ve Templer'in (92), Khanna ve arkadaşlarının (130) ve Mavrogiorgou ve arkadaşlarının (124) yaptıkları çalışmaların sonuçları ile uyumludur. Abdel-Khalek'in Mısır'da 765 katılımcıda DOS ve ASDA kullanarak, anksiyete bozukluğu, şizofreni, alkol ve madde bağımlılığı ve sağlıklı kontrol grubu arasındaki farkları incelediği çalışmada (132, 133) ise şizofreni tanısı alan kadın bireylerin kadın ve erkek anksiyete hastalarından sonra ikinci en yüksek ortalama ölüm anksiyetesi puanına sahip oldukları ve literatürün aksine erkek şizofreni

tanılı bireylerde ölüm anksiyetesi skorunun tüm gruplar içinde en düşük olarak saptandığı ifade edilmiştir (133). Abdel-Khalek kadın ve erkek şizofreni hastaları arasında ölüm anksiyetesi açısından bu farka değinmiş, hastanede yatan şizofreni tanılı –özellikle de - kadın bireylerin Arap toplumunda yaygın biçimde damgalanmaya maruz kalmalarının bu sonuçta etkili olmuş olabileceğini vurgulamıştır (133). Bu açıklama dehşet yönetimi kuramının öngördüğü üzere damgalama gibi kültürel olarak bireyi yabancılaştıran tutumların ölüm anksiyetesini daha da olumsuz etkileyeceği ile ilgili hipotezleri desteklediği biçiminde yorumlanmıştır (127). Öte yandan Abdel-Khalek’in erkek ve kadın şizofreni hastaları arasında böylesi bir fark saptamasına dair yorumunu tatmin edici bulmayan araştırmacılar da bulunmaktadır (124). Bizim çalışmamızda da kadın şizofreni hastalarında ÖAÖ toplam ortalama puanı erkek şizofreni hastalarından yüksek saptanmış, bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da p değeri anlamlılığa oldukça yakın bulunmuştur ($p=0,06$). Abdel Khalek’in çalışmasında iki cinsiyet arasında bu kadar büyük bir fark saptanmasını anlamak zor olsa da cinsiyet farklılığı şizofrenide ölüm anksiyetesini etkiliyor olabilir. Bunu değerlendirmek için daha büyük bir örneklem ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kendini Gerçekleştirme Kuramı, Kişisel Yapı Kuramı, İnkâr ve Olumlu Yanılsama Kuramı, Dehşet Yönetimi Kuramı, Özdenetim Yanılsamaları Kuramı, Çoklu Kendilik ve Kendilik Uyuşmazlığı Kuramı gibi pek çok kuramın öne sürdüğü görüşleri birarada ele aldığımızda; kişinin doğuştan gelen potansiyellerini gerçekleştirebilecek bir ruhsal yapıya sahip olmasının, içinde yaşadığı kültürel yapıyla iyi bir uyum içinde ve özsaygısı gelişmiş bir birey olmasının ve ölüm gibi bir gerçeklik karşısında inkarı kullanırken bütünlüklü bir kendilik algısına sahip olmasının ölüm anksiyetesine karşı koruyucu bir işlev göreceği söylenebilir. Şizofreni hastaları gerçeklikle başa çıkabilmek için sıklıkla inkarı bir savunma biçimi olarak kullanırlar. Ancak buradaki inkar nevrotik bireylerinkinden farklıdır. Freud’un deyimiyle “nevroz gerçekliği yadsımaz, onu sadece görmezden gelir, psikoz gerçekliği yadsır ve yerini doldurmaya çalışır” (6). Bu doldurma çabası, diğer bir deyişle psikotik inkar, hastaların yer yer ölüm gerçekliğini de inkar edebilmelerini sağlasa da, dış gerçekliğin kendini dayattığı pek çok durumda hastaların uyum becerilerini ayakta tutma konusunda yetersiz kalır. Gerek bu yetersizlikler, gerekse hastalığın nörogelişimsel bir bozukluk olmasına bağlı olumsuzluklar, şizofreni hastalarının potansiyellerini gerçekleştirebilmeleri

konusunda onlara önemli ölçüde güçlük yaratır. Damgalanma, hastalıkla ilgili yanlış önyargılar, şizofreni hastalarını toplumsal yaşam ve iş alanlarında destekleyecek sosyal politikalar konusundaki yetersizlikler gibi nedenler, şizofreni hastalarının hem potansiyellerini gerçekleştirebilme hem de kendilerini içinde yaşadıkları kültürün bir parçası gibi hissedebilme ve benlik saygılarını koruyabilmelerinin önünde ciddi engeller oluşturur. Buradan hareketle şizofreni hastalarının ölüm anksiyetesiyle başa çıkmada genel toplumu oluşturan bireylerden daha fazla zorlanmaları anlaşılır görünmektedir.

Varoluşsal yaklaşımlara göre bir kişinin ruhsal açıdan zenginleşmesi ve kendini gerçekleştirmesi, ölümlülüğüne dair gerçekliği kabul ederek ve gündelik oyalanmalar yerine yaşamını daha anlamlı kılmak üzerine çabalayarak olabilir. Buradan hareketle şizofreni hastalarını düşündüğümüzde, ölümün gerçekliğini kabul etme ve anlam üretme konusunda zorluk yaşamalarını beklemek olağandır. Anlam Arayışı Kuramları açısından ele alacak olursak belki de ilk olarak “anlam” kavramına değinmek gerekir. Özellikle analitik felsefe alanından bazı düşünürler “anlam” teriminin varlığa değil, dile ait olduğunu söylerler (78). Lacan da gerçekliğe geçişin, simgeselin kurulumuyla mümkün olduğunu söyler. Lacan’a göre psikotik öznenin gerçekleştiremediği şey kültürel sisteme ve bu sistemin oluşturduğu anlam dünyasına, dilin sistemine geçiştir. Diğer bir deyişle psikoz, anlamdan yoksun olma halidir. Dış dünyadaki imgeler, sanki sadece o haliyle kalmış, bir anlam atfedilerek kaydı yapılmamış gibidir (6). Buradan hareketle şizofreni hastalarının yaşamda bir anlam, hedef arayarak ölüm anksiyetesiyle başa çıkmada zorlanmaları beklenmelidir.

Bilişsel Kuram, ölüm düşüncesi ve onunla ilgili bilişsel unsurları olumlu ve uygun yapılarla bütünleşmiş şekilde ele alan girişim ve terapötik yaklaşımların ölüm anksiyetesini azaltacağını savunur. Öte yandan bilindiği gibi bilişsel işlev bozuklukları şizofrenide görülen temel özelliklerden biri olarak kabul edilmektedir. Dolayısıyla hastalarda ölüm anksiyetesini tetikleyebilecek koşul ve uyarıların varlığında şizofreni hastalarının ölüm tehdidiyle başa çıkabilecek bilişsel esnekliği göstermede zorlanması anlaşılabilir.

Psikodinamik yaklaşımların doğrudan ölüm anksiyetesine pek değinmediklerini belirtmiştik. Öte yandan ölümün en temel dış gerçekliklerden biri olduğunu kabul

edersek, bu yaklaşımlara göre psikotik öznenin dış gerçeklikle başa çıkma çabalarını anlamaya çalışmak, şizofrenide ölüm anksiyetesi ile ilgili daha derinlikli düşünmemize yardımcı olabilir. Fenichel'in de vurguladığı gibi sanrılar "gerçekliğin kaybolmuş kısımlarının yerine bir şey koyma girişimidir". Freud da sanrılarını "benliğin dış dünyayla ilişkisinde açılan gediğe yama yapılması gibi bir iyileştirme girişi" olarak görmüştür. Rosenfeld'in Klein'in görüşlerinden hareketle ifade ettiği gibi, zulmedici korkular (veya yok edilme korkuları) çok güçlü olduğunda ve benlik depresif konumu derinlemesine çalışmayıp paranoid-şizoid konuma gerilemeye zorlandığında psikotik özne kendini depresif konumda idame ettirmekte, diğer bir deyişle gerçekliğe tutunmakta zorlanır. Bu noktada sanrılar psikotik özneye belki bir süre katıksız bir acısızlık durumu hissini yaşatsa da bu savunma genellikle kırılabilir ve istikrarsızdır (147). Diğer bir deyişle şizofreni hastaları zaten gerçekliğe tutunma çabası içinde sürekli bir zorlanma halinde yaşarlar. Bu durumdaki bir birey için "ölüm" hem doğrudan yok edilme korkularını tetikler hem de zaten kırılabilir bir benliğe sahip psikotik özne için ayrılık gibi travmatik olabilecek durumları çağırır. Örneğin bir şizofreni hastası dış gerçeklikle başa çıkabilmek için kendisi veya sevdiklerinin kötülük göreceği, öldürüleceği sanrılarını içindeyken doğrudan bu korkuları tetikleyecek bir olayla karşılaştığında ciddi bir zorluk yaşamaya beklenebilir.

Çalışmamızda ŞİLÖ puanlarının ölüm anksiyetesiyle (ÖAÖ puanlarıyla) ilişkisi incelendiğinde ŞİLÖ toplam puanları, ŞİLÖ günlük yaşam becerileri alt ölçeği ve ŞİLÖ sağlık alt ölçeği puanlarının ÖAÖ toplam puanları ile düşük derecede negatif yönde korelasyonu olduğu, bulunmuştur. Literatürde bu konuda yapılmış çalışma sayısı oldukça sınırlı olmakla birlikte Mavrogiorgou ve ark. çalışmasında (124) psikososyal işlevsellik, BOFRETTE ölçeğinin üç boyutu (tutum, anksiyete, toplam puan) ile anlamlı derecede ilişkili saptanmıştır. Yani psikososyal işlevler ne kadar yetersizse, ölüm anksiyetesinin o kadar yüksek ve ölüme karşı tutumun da o kadar olumsuz olduğu ifade edilmiştir. Bu anlamda çalışmamızda şizofrenide ölüm anksiyetesi ile işlevsellik arasında negatif yönde anlamlı olarak saptadığımız ilişki şimdiye kadarki literatür bilgisiyle uyumludur. Öte yandan çalışmamızda PANSS toplam puanları ve her bir alt ölçek puanları ile ÖAÖ toplam puanları arasında saptanan çok düşük dereceli pozitif yöndeki korelasyon anlamlı bulunmamıştır. Şimdiye kadar bu alanda yapılmış iki çalışmadan Planansky ve Johnston (128), açık

ölüm düşüncesinin özellikle negatif belirtileri olan hastalarda saptandığını, Mavrogiorgou ve ark. (124) da PANSS kompozit skoru ile ilişkili olarak belirgin negatif belirtileri olan hastalarda ölüme karşı olumsuz bir tutum bulunduğunu belirtmişlerdir. Ancak PANSS negatif puanlarıyla BOFRETТА ölüm anksiyetesi alt ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır. Bizim çalışmamızda da PANSS alt ölçek puanları ile ÖAÖ toplam puanları arasında saptanan çok düşük dereceli pozitif yöndeki korelasyon en fazla negatif belirtilerle ölüm anksiyetesi arasında saptanmakla birlikte, bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Planansky ve Johnston'un (128) çalışmasındaki örneklem bizim çalışmamızdan daha büyük olmakla birlikte, bu çalışma savaş gazileriyle yapılan bir sistematik gözden geçirme çalışması olması nedeniyle metodolojik açıdan bizim çalışmamızdan farklıdır. Ayrıca her iki çalışmada da negatif belirtilerle doğrudan ölüm anksiyetesi arasında ilişki kurulmamış; negatif belirtiler, ölüm düşüncesi ve ölüme karşı tutum gibi kavramlarla ilişkili bulunmuştur.

Abdel Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği'nin tek tek maddeler üzerinden geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmamış olmakla birlikte, çalışmamızda bazı maddeler ile ilgili ilginç sayılabilecek bazı bulgular elde edildiğinden, bundan sonra bu alanda yapılabilecek ölçek geliştirme çalışmaları ve kalitatif araştırmalar için bu bulguları da tartışmayı uygun bulduk. Çalışmamızda yalnızca Madde 6 (Ölümün beni sevdiğim birinden mahrum bırakmasından kaygı duyarım) için kontrol grubunun ortalama puanı şizofreni grubundan yüksek bulunmuş, ancak 6. Madde açısından bu fark istatistiksel açıdan anlamlı saptanmamıştır. Madde 6, ölüm anksiyetesinin ayrılık anksiyetesi ile ilişkisini ortaya koyan bir madde olarak değerlendirilebilir. Bu madde kontrol grubunda ölüm anksiyetesi ölçeğinde ortalama en yüksek puanın saptandığı madde olmakla birlikte, şizofreni grubunda da ortalama en yüksek dördüncü puanın saptandığı maddedir. Bu anlamda bu sonuca bakarak, ilk bakışta ölümün ayrılık anksiyetesine dair çağrıştırdıkları açısından sağlıklı bireyler, psikotik bireylerden daha fazla kaygı duyuyor gibi görünseler de aslında her iki gruptaki bireylerde de ölümün kişiyi sevdiği birinden mahrum bırakmasının ortalama olarak orta derecede anksiyete uyandırdığı biçiminde yorumda bulunmak mümkün olabilir. Diğer bir deyişle, şizofreni hastaları her ne kadar toplumdan soyutlanarak kendi iç dünyalarına kapanan bireyler olsa da bu, onların hayatlarındaki önemli ötekilerin yokluğuna dair anksiyete yaşamadıkları anlamına gelmez.

Catalina Bronstein, “Sanrı ve Onarım” başlıklı makalesinde sanrı sistemlerinin onarıcı niteliğini incelerken bu konuya değinir. Bronstein, sanrı kavramını bir “onarım girişimi” olarak ele alan Freud’un benlik onarımı mefhumuyla Klein’in onarım mefhumu arasındaki farklılıktan yola çıkarak, sanrının işlevinin yalnızca benliğı korumak değıl aynı zamanda nesneyi (ötekini) hastanın şiddetinden korumak olduğunu vurgulamaktadır (147).

Burnham, şizofreni hastalarının nesne ilişkilerinde bir faktör olarak ayrılık anksiyetesini ele aldığı makalesinde; ilk bakışta birçok şizofreni hastasının bu tür bir anksiyeteden nispeten yoksun olduğunun varsayılabilceğini, zira nesne ilişkilerine çok az ilgi duyduklarını, kendilikleri içine kapanmış ve narsisistik olduklarını söyler. Bununla birlikte, Burnham’a göre şizofreni hastalarındaki bu kayıtsızlık hali, ayrılma anksiyetesine bağılı derin ve yaygın bunalıtıyı sıklıkla gizler (148).

Ayrıca ÖAÖ maddelerine tek tek bakmaya devam ettiğimizde Madde 10 (Ciddi bir hastalığa yakalanmaktan korkarım), Madde 17 (Ölmekte olan bir insanın görünümü beni korkutur) ve Madde 19’un (Kansere yakalanmaktan korkarım) ortalama puanları şizofreni grubunda kontrol grubuna göre yüksek çıkmış, ancak iki grup arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Öncelikle Madde 17 açısından iki grupta da birbirine yakın bir ortalama puan saptanmasını ele aldığımızda bu, Madde 17’nin ölümle ilişkili görsel uyarıların uyandırdığı bir korku ile ilgili olmasının ötesinde, ölümün gerçekliğı (canlı tanıklığı) ve ölmekte olan kişinin henüz -bizim gibi- yaşamakta olan biri oluşu ile ilgili olabilir. Ayrıca bu madde açısından iki grup arasında yakın puan ortalamalarının saptanması, böylesi bir tanıklığın ölüm (ölmekte olan biri) karşısında her insana hissettirebileceğı çaresizlik duygusunun yaratabileceğı anksiyeteye de ilişkili olabilir.

Madde 10 ve Madde 19’un ikisi de ciddi/çaresi olmayan bir tıbbi hastalığa yakalanma korkusuyla ilgili olması bakımından, yine insanın henüz yaşarken yaklaşmakta olan ölüme karşı her insanın kendisini aciz hissedebileceğı bir sürece vurgu yapmaktadır. Aynı zamanda bu maddeler, fiziksel bir kaygı (acı çekme vb) ve bedenle ilgili ölüm düşüncelerini de çağrıştırmaktadır. Psikanalitik literatürde –özellikle de psikosomatik okulunda- genel olarak, beden olmadan kişinin de olamayacağı gerçeğinin gücü

nedeniyle bedeninin rolünün merkezi olduğu ifade edilmektedir. Öyle ki Freud: “Benlik, her şeyden önce bedenseldir” der (149). Buradan hareketle ölmekte olma durumuna (sürecine) vurgu yapan ciddi tıbbi hastalıkların kişinin yavaş yavaş ölecek olan benliği karşısında hissettiğı çaresizlik olarak hemen her insana belirli düzeyde anksiyete yaşatıyor olması mümkündür. Zira ÖAÖ skorları açısından kontrol grubunda sırasıyla en yüksek ortalama puanlar Madde 6, Madde 19, Madde 10, Madde 17 ve Madde 9’da (Kabir azabından korkarım) saptanmıştır.

Ölüm Anksiyetesi Ölçeğı’nin ortalama skorları açısından Madde 16 (Bir cenaze törenine tanık olmak beni altüst eder) ortalama puanı her iki grupta eşit saptanmıştır. Bu madde ÖAÖ’nün faktör yapısında ölümle ilişkili görsel uyaranların uyandırdığı korku kapsamında ele alınmaktadır. Ancak bu maddenin ölüye/cesede bakma, defin işlemine tanık olma ve ölmekte olan bir insanı görme ile kıyaslandığında biraz daha sembolik bir ölüm hatırlatıcısı olduğı düşünülebilir. Dolayısıyla –tıpkı mezarlık ziyaretinde olduğı gibi- bir cenaze merasiminin de hayatın içinden toplumsal/sembolik bir gereklilik olarak şizofreni hastalarında daha az anksiyete yaratmasının mümkün olabileceğı düşünülebilir.

Ölüm Anksiyetesi Ölçeğı skorları açısından şizofreni grubunda sırasıyla en yüksek ortalama puanlar Madde 9, Madde 19, Madde 10 ve Madde 6 olarak saptanmıştır. Bu 4 madde, aynı zamanda kontrol grubunda da en yüksek puan ortalamasına sahip beş madde arasındadır. Öte yandan ÖAÖ maddelerinin ayrı ayrı değerlendirmeleri ile ilgili daha kesin, objektif yargılara ulaşabilmek için bu yorumların ötesinde bir incelemenin gerekli olduğı da aşıkardır.

Çalışmamızda şizofreni grubunda HAM-A toplam puanlarının ÖAÖ toplam puanları ile çok düşük derecede pozitif yönde korele olduğı, ancak bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır. Kontrol grubunda ise şizofreni grubundan farklı olarak HAM-A toplam puanlarının ÖAÖ toplam puanları ile düşük derecede pozitif yönde olan korelasyonunun istatistiksel açıdan anlamlı olduğı saptanmıştır. Çalışmamızda şizofreni grubu ve kontrol grubu HAM-A toplam puanları açısından da karşılaştırılmıştır. Şizofreni grubunda HAM-A toplam puan ortalamasının, kontrol grubunun HAM-A toplam puan ortalamasından yüksek olduğı ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğı saptanmıştır. Buradan hareketle şizofreni grubunda

kontrol grubuna göre HAM-A toplam puanları anlamlı biçimde yüksek saptanmasına karşın, HAM-A toplam puanlarının ÖAÖ toplam puanlarıyla ilişkisinde kontrol grubundaki korelasyonun şizofreni grubundan daha anlamlı olması, şizofreni grubunda ölüm anksiyetesini artıran faktörlerin bu hastalarda görülen genel anksiyeteden bağımsız yönlerinin de olabileceğini düşündürmektedir. Diğer yandan bununla ilgili daha kesin yargılara varabilmek için hem şizofreni hem de kontrol grubundaki bireylerin yaşadıkları anksiyetenin ne gibi unsurları barındırdığı ve ölüm anksiyetesinin her iki grupta genel anksiyeteye ne şekilde etki ettiği ile ilgili daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç var gibi gözükmektedir.

Ayrıca çalışmamızda ölçeklerden edinilen niceliksel bulgular dışında, klinik görüşmeler sayesinde ölçek verisine yansımayan, ancak değerli olabilecek bazı kalitatif bulgular da edinilmiştir. Şizofreni grubunda –görüşme esnasında iyi düzenlenmiş aktif sanrıları olan- iki hastanın ölüm anksiyeteleri oldukça düşük saptanmıştır. İki hastada da olan ortak özellik, bu kişilerin, sanrılarının içeriği gereği kendilerini bir nihai kurtarıcıya veya bir tanrısal sisteme tümüyle adanmış olmalarıydı. Bu bulgu, sanrı yapılarının bazı hastalarda ölüm anksiyetesine karşı önemli bir bariyer olarak işlev gördüğünü düşündürmektedir. Kontrol grubunda da bazı katılımcıların ölüm anksiyetesi ile ilgili pek çok maddede “fazla”, “çok fazla” gibi seçenekleri işaretlerken, son madde olan “ölümden korkarım” ifadesini “hiç” şeklinde yanıtlamaları, psikotik olmayan kimi bireylerin de ölüm anksiyetesine karşı inkar savunmasını ne kadar yoğun kullanabildiklerini gözlemlememizi sağlamıştır.

5.2. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları vardır. Ölüm anksiyetesinin transdiagnostik bir kavram olarak günümüzde kullanılan tanı kategorilerinin ötesinde pek çok unsurdan etkilenebileceği ve şizofreninin heterojen bir hastalık olduğu dikkate alındığında, araştırma örneklemimiz görece düşük sayıda katılımcı içermektedir.

Çalışmamızda ilaç gruplarının etkisine bakılmamıştır. Her ilacın anksiyeteye etkilerinin farklı olabileceği dikkate alındığında, ilaç gruplarının hastaların ölçek skorlarını ne şekilde etkilemiş olabildiğini yeterince bilemiyoruz.

Çalışmamızda hastalarda bulunan sanrı tiplerinin ölüm anksiyetesine etkisi yeterince incelenmemiştir. Şizofrenide sanrıların, hastaların gerçeklikle başa çıkabilmek adına bir çeşit onarım çabası olarak görüldüğüne yukarıda değinmiştik. Eğer böyle ise ölüm gibi bir gerçeklik karşısında sanrı tiplerinin hastaların ölüm anksiyetesine karşı ne denli koruyucu olduğu konusunda çalışmamızın eksikliği olduğu söylenebilir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızın sonuçları, şizofreni hastalarında bir transdiagnostik tanı olarak ölüm anksiyetesinin normal popülasyondan daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Ek olarak sonuçlar bu yüksekliğin belki bir kısmının ölüm anksiyetesinin genel anksiyete ile ilişkili bir durum olarak şizofreni hastalarında daha fazla olmasıyla ilintilendirilebileceğini düşündürse de, ölüm anksiyetesinin genel anksiyeteden bağımsız bir durum olarak da şizofreni hastalarında bulunduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızda işlevsellik düzeyleri daha yüksek olan hastaların ölüm anksiyetesi düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, şizofreni hastalarında işlevselliği artıracak girişimlerin ve terapötik yaklaşımların bu hastaların ölüm anksiyetesini azaltabileceğini göstermektedir.

Çağdaş tanı ölçütleri şizofrenide çekirdek belirtilerin (pozitif, negatif, dağınıklık) dışında ek belirti alanları üzerine yeterince eğilmemektedir. Bu anlamda tanımlayıcı yaklaşımlar her ne kadar metodolojik açıdan daha güvenilir araştırmalar yapılması açısından uygun bir zemin oluştursa da şizofreni gibi pek çok karmaşık belirtinin farklı biçimlerde birlikte görülebildiği bir sendromda hastanın biricikliğinin anlaşılması noktasında sınırlayıcıdır. Elbette şizofreni tanılı bireylerle yapılan görüşmelerin belirli ölçüde yapılandırılmış olmasının, hastaların klinik takibinin objektif ve evrensel ölçütlere göre yapılmasını sağlayıcı bir etkisi olduğu yadsınamaz. Ancak bu yapılandırma klinik görüşmenin aynı zamanda otantikliğini tırpanlayan bir biçimde gerçekleşirse, hem hastayı nesneleştirme riskini doğurması, hem de ölüm anksiyetesi gibi transdiagnostik yapıların veya insan olmanın ta kendisine dair pek çok meselenin anlaşılması fırsatını ortadan kaldırması ihtimali kaçınılmazdır. Özellikle ülkemizdeki pek çok klinikte olumsuz çalışma koşullarına bağlı olarak hastalara ayrılan zamanın hastaların hak ettikleri sürelerin hayli altında olmasının da etkisiyle, ölüm anksiyetesi gibi bir durumun klinisyen tarafından, örneğin yanlışlıkla psikotik bir alevlenme olarak değerlendirilmesi ihtimali pek de az değildir. Bu durumda da hekimler, artmış olarak değerlendirdikleri psikotik belirtiler nedeniyle gereksiz hastane yatışları yapma ve/veya daha yüksek dozda antipsikotik ilaçlarla yahut çoklu ilaç kullanımı gibi uygulamalarla hastaları tedavi etmeye çalışma riskiyle karşı karşıya kalabilirler. Üstelik bu durum, ilaçlara bağlı metabolik, ekstrapiramidal, bilişsel vb. yan etkilerin

artışı nedeniyle morbidite ve mortaliteyi olduğu kadar hastaların yaşam kalitesini, işlevselliğini ve ilaç uyumunu da olumsuz etkileyen, hatta bu sebeplerle ölüm anksiyetesini daha da artıran bir unsura da dönüşebilir. Örneğin yakın zamanda bir yakınını kaybetmiş olan bir şizofreni hastası, kliniğe artan ölüm anksiyetesi veya ölüme ilişkin olumsuz tutumlara bağlı ruhsal sorunlarla gelebilir. Böyle bir durumda hastanın en temel ihtiyacı öncelikle onun psikopatolojik pozisyonunu da dikkate alan bir yas çalışması olabilir.

Ölüm anksiyetesi ile ilgili pek çok farklı kuramsal yaklaşımın altını çizdiği bazı ortak noktalar olduğunu söylemek mümkündür. Özetle bu farklı yaklaşımların, insanın kendi yaşamının etkin bir öznesi haline gelmesini sağlayan, özsaygısını ve benlik bütünlüğünü artıran, kendilerini içinde yaşadıkları kültürün/toplumun bir parçası gibi hissetmelerine yardımcı olan, ölüme dair olumsuz düşünceleri ve bilişsel çarpıtmaları azaltan girişimlerin ve terapötik yaklaşımların önemine değindikleri görülmektedir.

Dolayısıyla şizofreni hastalarının etkin bir özne olabilmeleri ve kendilerini içinde yaşadıkları kültürün/grubun bir parçası gibi hissedebilmelerini sağlamak açısından işlevselliklerini artırabilecek yaklaşımların, ruhsal iyilik hallerine sağlayacağı pek çok katkı gibi, ölüm anksiyetelerini azaltma yönünde de katkı sağlaması beklenebilir. Örneğin hastaların toplumsal beceri eğitimlerine ulaşabilmelerinin kolaylaştırılmasının ve bu yönde teşvik edilmelerinin, sanat ve grup terapileri gibi terapötik girişimlerin kullanılması ve yaygınlaştırılmasının ve şizofreni hastalarını destekleyen istihdam politikalarına ağırlık verilmesinin, bu yönde iyileştirici etkilerinin olması beklenebilir. Şizofreni tanısı olan bireylerin kendilerini hem içinde bulundukları toplumun eşit ve etkin bir ferdi gibi hissedebilmeleri, hem istihdam edilmeleri konusundaki yanlış önyargıların değiştirilmesi hem de özsaygılarını muhafaza edebilmelerine yardımcı olmak için, maruz kaldıkları damgalayıcı tutumlarla mücadele edilmesini sağlayacak halk sağlığı politikalarının tesis edilmesi de bu açıdan önemlidir.

Şizofreni tanılı bireylerde güvenilir bir rol model olarak hastanın özsaygısını ve benlik bütünlüğünü artırmaya yönelik tekniklerin kullanıldığı destekleyici psikoterapilerin, bu hastaların ölüm anksiyetesini azaltmada etkili olması umulabilir.

Şizofreni hastalarında özellikle belirti şiddetini iyileştirme ve hem bilişsel hem de sosyal işlevselliği artırma açısından etkisi ispatlanmış olan bilişsel onarım terapileri, ölüm anksiyetesini azaltmada önemli katkılar sağlayabilir.

Çalışmamızın kısıtlılıklarında da belirttiğimiz gibi araştırmamızda şizofreni hastalarında bulunan sanrıların tiplerine göre spesifik bir değerlendirme yapılmamıştır. Örneğin birileri tarafından öldürüleceği ile ilgili düşünceleri olan bir hasta ile büyüklük sanrıları olan bir hastanın ölüm anksiyetelerinin farklı olması beklenir. Bu nedenle şizofreni hastalarındaki sanrı tiplerinin ölüm anksiyetesine etkilerinin inceleneceği çalışmaların şizofrenide ölüm anksiyetesinin doğasını daha iyi anlamamız açısından değerli olabileceğini düşünüyoruz.



7. KAYNAKLAR

1. Atbaşoğlu C. Ayırıcı Tanı. In: Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Kaymak SU, editors. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. 2 ed. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018. p. 73-81.
2. Söğütlü L, Özen Ş, Varlık C, Güler A. Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına ruhsal toplumsal beceri eğitimi uygulanması ve sonuçları. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2017;18(2).
3. Öztürk OM, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I. 11 ed. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2011.
4. Kırılı U, Binbay T. Psikoz ve Şizofreni Epidemiyolojisi. In: Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Kaymak SU, editors. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. 2 ed. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018. p. 29-45.
5. Soygür H, Erkoç Ş. Şizofreni Kavramı: Dün, Bugün, Yarın. In: Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Kaymak SU, editors. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. 2 ed. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018. p. 1-10.
6. Keser V. Psikoz: Gerçekliğin Öteki Yüzü. In: Küey AG, editor. Psikoz- Psikanaliz Buluşmaları-1. 2 ed. İstanbul: Bağlam Yayınları; 2018. p. 51-9.
7. Eaton NR, Rodriguez-Seijas C, Carragher N, Krueger RF. Transdiagnostic factors of psychopathology and substance use disorders: a review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2015;50(2):171-82.
8. Häfner H. Descriptive psychopathology, phenomenology, and the legacy of Karl Jaspers. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(1):19-29.
9. Newby JM, McKinnon A, Kuyken W, Gilbody S, Dalglish T. Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*. 2015;40:91-110.
10. Clark DA, Taylor S. The Transdiagnostic Perspective on Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety and Depression: New Wine for Old Wineskins? *J Cogn Psychother*. 2009;(1):60-6.
11. Fusar-Poli P, Solmi M, Brondino N, Davies C, Chae C, Politi P, et al. Transdiagnostic psychiatry: a systematic review. *World Psychiatry*. 2019;18(2):192-207.

12. Kim HS, Hodgins DC, Kim B, Wild TC. Transdiagnostic or Disorder Specific? Indicators of Substance and Behavioral Addictions Nominated by People with Lived Experience. *J Clin Med*. 2020;9(2):334.
13. Baltacı E. Panik Bozukluğunda Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi ile Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki [Tıpta Uzmanlık Tezi]2018.
14. Furer P, Walker JR. Death Anxiety: A Cognitive-Behavioral Approach. *J Cogn Psychother*. 2008(2):167-82.
15. Iverach L, Menzies RG, Menzies RE. Death anxiety and its role in psychopathology: reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clin Psychol Rev*. 2014;34(7):580-93.
16. Strachan E, Schimel J, Arndt J, Williams T, Solomon S, Pyszczynski T, et al. Terror mismanagement: Evidence that mortality salience exacerbates phobic and compulsive behaviors. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2007;33(8):1137-51.
17. Yalom ID. Varoluşçu psikoterapi. Çev. Babayiğit Zİ. 3 ed. İstanbul: Kabalcı Yayınevi; 2001.
18. Bellido-Zanin G, Ángeles Pérez-San-Gregorio M, Martín-Rodríguez A, Vázquez-Morejón AJ. Social functioning as a predictor of the use of mental health resources in patients with severe mental disorder. *Psychiatry Research*. 2015;230(2):189-93.
19. Kamenov K, Cabello M, Caballero FF, Cieza A, Sabariego C, Raggi A, et al. Factors Related to Social Support in Neurological and Mental Disorders. *PLoS One*. 2016;11(2):e0149356-e.
20. Saris IMJ, Aghajani M, Van Der Werff SJA, Van Der Wee NJA, Penninx BWJH. Social functioning in patients with depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2017;136(4):352-61.
21. Olatunji BO, Cisler JM, Tolin DF. Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2007;27(5):572-81.
22. Stout RL, Dolan R, Dyck I, Eisen J, Keller MB. Course of social functioning after remission from panic disorder. *Compr Psychiatry*. 2001;42(6):441-7.

23. Greenberg J, Simon L, Pyszczynski T, Solomon S, Chatel D. Terror management and tolerance: does mortality salience always intensify negative reactions to others who threaten one's worldview? *J Pers Soc Psychol.* 1992;63(2):212-20.
24. Hui VK, Bond MH, Ng TS. General beliefs about the world as defensive mechanisms against death anxiety. *Omega (Westport).* 2006;54(3):199-214.
25. Arndt J, Routledge C, Cox CR, Goldenberg JL. The worm at the core: A terror management perspective on the roots of psychological dysfunction. *Applied and Preventive Psychology.* 2005;11(3):191-213.
26. Schooler NR. Relapse prevention and recovery in the treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(5):19-23.
27. Ensari H, Gültekin BK, Karaman D, Koç A, Beşkardeş AF. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2013;14(2):108-14.
28. Üçok A, Atılı H, Çetinkaya Z, Kandemir P. Şizofreni hastalarında bütüncül yaklaşımlı grup tedavisinin yaşam kalitesine etkisi: bir yıllık uygulama sonuçları. *Nöropsikiyatri Arşivi.* 2002;39:113-8.
29. Yıldız M, Veznedaroglu B, Eryavuz A, Kayahan B. Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: a controlled study in Turkey. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice.* 2004;8(4):219-25.
30. Noordsy DL, O'Keefe C. Effectiveness of combining atypical antipsychotics and psychosocial rehabilitation in a community mental health center setting. *J Clin Psychiatry.* 1999;60(19):47-51; discussion 2-3.
31. Başkak B, Başkak-Sedes N, Devrimci-Özgüven H. Psikoeğitim. In: Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Kaymak SU, editors. *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar.* 2 ed. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018. p. 519-33.
32. Yıldız M. Şizofrenide Toplumsal Beceri Eğitimi. In: Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Kaymak SU, editors. *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar.* 2 ed. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018. p. 535-45.

33. Sütçübaşı-Kaya B, Koçarslan B, Taş C. Şizofrenide Bilişsel Onarım Terapisi. In: Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Kaymak SU, editors. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. 2 ed. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018. p. 547-57.
34. Erol A. Şizofrenide Destekleyici Psikoterapi. In: Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Kaymak SU, editors. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. 2 ed. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018. p. 574-80.
35. Sarandöl A. Şizofreni ve Grup Tedavileri. In: Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Kaymak SU, editors. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. 2 ed. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018. p. 581-94.
36. Ciapparelli A, Paggini R, Marazziti D, Carmassi C, Bianchi M, Taponecco C, et al. Comorbidity with axis I anxiety disorders in remitted psychotic patients 1 year after hospitalization. *CNS Spectr.* 2007;12(12):913-9.
37. Eker S. Şizofrenide Eşanlı Durumlar. In: Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Kaymak SU, editors. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. 2 ed. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018. p. 116-29.
38. Erol A, Kılıçaslan EE. Şizofrenide Belirti Örüntüsü, Klinik ve Seyir. In: Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Kaymak SU, editors. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. 2 ed. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018. p. 13-27.
39. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Şizofreni. Çev. Uzun Ö, Akarsu S. In: Bozkurt A, editor. Kaplan Sadock Synopsis of Psychiatry Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. 11 ed. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016. p. 300-23.
40. Etemadikhah M, Niazi A, Wetterberg L, Feuk L. Transcriptome analysis of fibroblasts from schizophrenia patients reveals differential expression of schizophrenia-related genes. *Scientific Reports.* 2020;10(1).
41. Minor KS, Lysaker PH. Necessary, but not sufficient: Links between neurocognition, social cognition, and metacognition in schizophrenia are moderated by disorganized symptoms. *Schizophrenia Research.* 2014;159(1):198-204.
42. Smith TE, Hull JW, Huppert JD, Silverstein SM. Recovery from psychosis in schizophrenia and schizoaffective disorder: symptoms and neurocognitive rate-

- limiters for the development of social behavior skills. *Schizophrenia Research*. 2002;55(3):229-37.
43. Evans J. Cognitive and clinical predictors of success in vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2004;70(2-3):331-42.
 44. Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*. 1996;153(3):321-30.
 45. Correll CU, Schooler NR. Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020;16:519-34.
 46. Tseng P-T, Chen Y-W, Lin P-Y, Tu K-Y, Wang H-Y, Cheng Y-S, et al. Significant treatment effect of adjunct music therapy to standard treatment on the positive, negative, and mood symptoms of schizophrenic patients: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1).
 47. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Epidemiologic Reviews*. 2008;30(1):67-76.
 48. Eaton WW. Update on the epidemiology of schizophrenia. *Epidemiol Rev*. 1991;13:320-8.
 49. Goldner EM, Hsu L, Waraich P, Somers JM. Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*. 2002;47(9):833-43.
 50. Aleman A, Kahn RS, Selten J-P. Sex Differences in the Risk of Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 2003;60(6):565.
 51. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, Maccauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Medicine*. 2004;2(1):1-22.
 52. Häfner H. From Onset and Prodromal Stage to a Life-Long Course of Schizophrenia and Its Symptom Dimensions: How Sex, Age, and Other Risk Factors Influence Incidence and Course of Illness. *Psychiatry J*. 2019:1-15.
 53. Ranning A, Laursen T, Agerbo E, Thorup A, Hjorthøj C, Jepsen JRM, et al. School performance from primary education in the adolescent offspring of parents

- with schizophrenia and bipolar disorder- a national, register-based study. *Psychol Med*. 2018;48(12):1993-2000.
54. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment - A review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2004;39:337-49.
 55. Bouwmans C, de Sonnevile C, Mulder CL, Hakkaart-van Roijen L. Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2015;11:2125-42.
 56. Aggarwal S, Grover S, Chakrabarti S. A comparative study evaluating the marital and sexual functioning in patients with schizophrenia and depressive disorders. *Asian Journal of Psychiatry*. 2019;39:128-34.
 57. Nyer M, Kasckow J, Fellows I, Lawrence EC, Golshan S, Solorzano E, et al. The relationship of marital status and clinical characteristics in middle-aged and older patients with schizophrenia and depressive symptoms. *Ann Clin Psychiatry*. 2010;22(3):172-9.
 58. Nørgaard HCB, Schou Pedersen H, Fenger-Grøn M, Vestergaard M, Nordentoft M, Laursen TM, et al. Schizophrenia and attendance in primary healthcare: a population-based matched cohort study. *Scand J Prim Health Care*. 2019;37(3):358-65.
 59. Vasudev K, Martindale BV. Physical healthcare of people with severe mental illness: everybody's business! *Ment Health Fam Med*. 2010;7(2):115-22.
 60. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011;10(1):52-77.
 61. Appleby L, Thomas S, Ferrier N, Lewis G, Shaw J, Amos T. Sudden unexplained death in psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry*. 2000;176:405-6.
 62. Ruschena D, Mullen PE, Burgess P, Cordner SM, Barry-Walsh J, Drummer OH, et al. Sudden death in psychiatric patients. *Br J Psychiatry*. 1998;172:331-6.
 63. Kirkpatrick B, Messias E, Harvey P, Fernandez-Egea E, Bowie C. Is Schizophrenia a Syndrome of Accelerated Aging? *Schizophrenia bulletin*. 2008;34:1024-32.
 64. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess Early Mortality in Schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2014;10(1):425-48.

65. Braga RJ, Petrides G, Figueira I. Anxiety disorders in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 2004;45(6):460-8.
66. Tien AY, Eaton WW. Psychopathologic precursors and sociodemographic risk factors for the schizophrenia syndrome. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49(1):37-46.
67. Temmingh H, Stein DJ. Anxiety in Patients with Schizophrenia: Epidemiology and Management. *CNS Drugs*. 2015;29(10):819-32.
68. Emsley RA, Oosthuizen PP, Joubert AF, Roberts MC, Stein DJ. Depressive and anxiety symptoms in patients with schizophrenia and schizophreniform disorder. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(11):747-51.
69. Braga RJ, Mendlowicz MV, Marrocos RP, Figueira IL. Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life. *Journal of Psychiatric Research*. 2005;39(4):409-14.
70. Pallanti S, Quercioli L, Hollander E. Social Anxiety in Outpatients With Schizophrenia: A Relevant Cause of Disability. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(1):53-8.
71. Neimeyer RA. *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*: Taylor & Francis; 1994.
72. Solomon RC, Malpas J. *Ölüm ve Felsefe*. Çev. Nur Küçük. İstanbul: İthaki Yayınları; 2006.
73. Simmel G. *Zur Metaphysik des Todes*. *Logos- Internationale Zeitschrift für Philosophie der Kultur*. 1910;1:57-70.
(Bu kaynaktaki bilgiye şuradan ulaşılmıştır: Ökten KH. Ölüm kitabı: ölüm düşüncesinin temel metinleri: Agora Kitaplığı; 2010.)
74. Ökten KH. Ölüm kitabı: ölüm düşüncesinin temel metinleri: Agora Kitaplığı; 2010.
75. Heidegger M. *Varlık ve Zaman*. Çev. Ökten KH. 3 ed. İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım San. ve Tic. Ltd. Şti.; 2020. 358-63 p.
76. Sartre J-P. *Varlık ve Hiçlik: Fenomenolojik Ontoloji Denemesi*. Çev. Ilgaz T, Eksen GÇ. 9 ed. İstanbul: İthaki Yayınları; 2018. 645 p.
77. Levinas E. *Ölüm ve Zaman*. Çev. Başer N. 1 ed. İstanbul: Ayrıntı Yayınları; 2006. 15-7 p.
78. Çüçen AK. *Yaşam ve Ölüm Felsefesi*. Ankara: Sentez Yayıncılık; 2017.

79. Davies D. Ölme üzerine bir inceleme: bireysel bütünlük, bedensel çöküş ve ruhsal dönüşüm. Kellehear A, editor. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi; 2015. 329-54 p.
80. Topaloğlu B. TDV İslâm Ansiklopedisi'. Ankara2002. p. 516-22.
81. Lehto RH, Stein KF. Death anxiety: an analysis of an evolving concept. Res Theory Nurs Pract. 2009;23(1):23-41.
82. Gürcan D. Benlik Farklılıklarına Rogers' ın Danışan Odaklı Terapisi ile Yaklaşım: Vaka Çalışması. Ayna Klinik Psikoloji Dergisi. 2015;2(1):13-26.
83. Frankl VE. İnsanın anlam arayışı. 73 ed. İstanbul: Okuyan Us; 2020. 135 p.
84. Thompson SC, Janigian AS. Life Schemes: A Framework for Understanding the Search for Meaning. Journal of Social and Clinical Psychology. 1988;7(2-3):260-80.
85. Çiçek AU, Fettahoğlu EÇ, Özatalay E, Sarı SA. Cinsel istismara uğrayan ergen olguların repertuar grid tekniği ile değerlendirilmesi: kesitsel bir çalışma. Cukurova Medical Journal. 2019;44(3):1007-16.
86. Neimeyer RA, Chapman KM. Self/Ideal Discrepancy and Fear of Death: The Test of an Existential Hypothesis. OMEGA - Journal of Death and Dying. 1981;11(3):233-40.
87. Robinson PJ, Wood K. Fear of death and physical illness: A personal construct approach. Death Education. 1983;7(2-3):213-28.
88. Robinson PJ, Wood K. The Threat Index: An Additive Approach. OMEGA - Journal of Death and Dying. 1985;15(2):139-44.
89. Becker E. The denial of death. New York: Simon and Schuster; 1997. 1-24 p.
90. Becker E. Escape from evil: Free Press; 1975.
- (Bu kaynaktaki bilgiye şuradan ulaşılmıştır: Neimeyer RA. Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application: Taylor & Francis; 1994.)
91. Gilliland JC, Templer DI. Relationship of Death Anxiety Scale Factors to Subjective States. OMEGA - Journal of Death and Dying. 1986;16(2):155-67.
92. Lonetto R, Templer DI. Death anxiety: Hemisphere Publishing Corp; 1986.
- (Bu kaynaktaki bilgiye şuradan ulaşılmıştır: Yalom ID. Varoluşçu psikoterapi. Çev. Babayiğit Zİ. 3 ed. İstanbul: Kabalcı Yayınevi; 2001.)

93. Iverach L, Menzies RG, Menzies RE. Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical Psychology Review*. 2014;34(7):580-93.
94. Davis SF, Martin DA, Wilee CT, Voorhees JW. Relationship of Fear of Death and Level of Self-Esteem in College Students. *Psychological Reports*. 1978;42(2):419-22.
95. Buzzanga VL, Miller HR, Perne SE, Sander JA, Davis SF. The relationship between death anxiety and level of self-esteem: A reassessment. *Bulletin of the Psychonomic Society*. 1989;27(6):570-2.
96. Markus H, Wurf E. The Dynamic Self-Concept: A Social Psychological Perspective. *Annual Review of Psychology*. 1987;38(1):299-337.
97. Markus H, Nurius P. Possible Selves. *American Psychologist*. 1986;41:954-69.
98. Marshall VW. Last chapters: A sociology of aging and dying: Brooks/Cole Publishing Company Monterey, CA.; 1980.
(Bu kaynaktaki bilgiye şuradan ulaşılmıştır: Neimeyer RA. Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application: Taylor & Francis; 1994.)
99. Higgins ET. Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological review*. 1987;94(3):319.
100. Dictionary OE. <https://www.etymonline.com/word/discrepancy> 2020 [Erişim tarihi: 08.09.2020].
101. Wictionary. <https://en.wiktionary.org/wiki/discrepare> 2020 [Erişim tarihi: 08.09.2020].
102. Higgins ET, Klein R, Strauman T. Self-Concept Discrepancy Theory: A Psychological Model for Distinguishing among Different Aspects of Depression and Anxiety. *Social Cognition*. 1985;3(1):51-76.
103. Onur B. Gelişim psikolojisi. 11 ed. Ankara: İmge Kitabevi; 2017. 38-41 p.
104. Westman AS, Canter FM. Fear of Death and the Concept of Extended Self. *Psychological Reports*. 1985;56(2):419-25.
105. Yalom ID. Existential psychotherapy. 1980. New York Simon & Shuster. 2017.
106. Beck AT, Haigh EAP. Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2014;10(1):1-24.

- 107.Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, Powers MB, Smits JAJ, Hofmann SG. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depress Anxiety*. 2018;35(6):502-14.
- 108.Mitchell S. Psikanalizde ilişkisel kavramlar bir bütünleşme. Çev. Şentürk G, Anlı İ. 2 ed. Paker M, editor. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları; 2018. 26 p.
- 109.Padar P. Ölüm Hastalığı. In: Parman T, editor. Neden Ölüm Dürtüsü? Psikanaliz Buluşmaları-10 1ed. İstanbul: Bağlam Yayınları; 2017. p. 33-40.
110. Arendt H. Kötülüğün Sıradanlığı: Adolf Eichmann Kudüs'te. Çev. Çelik Ö. 6 ed. İstanbul: Metis Yayınları; 2019.
- 111.Hoelterhoff M. A theoretical exploration of death anxiety. *Journal of Applied Psychology and Social Science*. 2015;1(2):1-17.
- 112.Freud S. Thoughts for the times on war and death. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works*1957. p. 273-300.
- 113.Klein M. Haset ve Şükran. Çev. Koçak O, Erten Y. 4 ed. Tura SM, editor. İstanbul: Metis Yayınları; 2016. 34 p.
- 114.Göçer K. Projektif Yöntem Olarak Rorschach Testi ile Psikozun İncelenmesi. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi*. 2018;5(3):21-32.
115. İkiz T. Rorschach Testi: Psikanalitik Yorum, Kodlama ve Uygulamalar. İstanbul: Bağlam Yayıncılık; 2017. 187 p.
- 116.Jung CG. The “Face to Face” Interview. *CG Jung Speaking*. 1977:436.
- 117.Bowlby J, Ainsworth M. The origins of attachment theory. *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives*. 2013;45.
- 118.Öztürk OM, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları II. 11 ed. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2011. 758-62 p.
- 119.Taubman–Ben-Ari O, Katz–Ben-Ami L. Death Awareness, Maternal Separation Anxiety, and Attachment Style Among First-Time Mothers—A Terror Management Perspective. *Death Studies*. 2008;32(8):737-56.

- 120.Hart J, Shaver PR, Goldenberg JL. Attachment, self-esteem, worldviews, and terror management: evidence for a tripartite security system. *J Pers Soc Psychol.* 2005;88(6):999-1013.
- 121.Caras GW. The relationships among psychological separation, the quality of attachment, separation anxiety and death anxiety. 1996.
- 122.Walser CB. Death anxiety and separation anxiety in borderline and schizophrenic patients: California School of Professional Psychology, Berkeley; 1984.
- 123.Mikulincer M, Florian V, Tolmacz R. Attachment styles and fear of personal death: A case study of affect regulation. *Journal of personality and social psychology.* 1990;58(2):273.
- 124.Mavrogiorgou P, Haller K, Juckel G. Death anxiety and attitude to death in patients with schizophrenia and depression. *Psychiatry Research.* 2020;290:113148.
- 125.Searles HF. Schizophrenia and the inevitability of death. *The Psychiatric Quarterly.* 1961;35(4):631-65.
- 126.Greenberg I. Attitudes Toward Death in Schizophrenia. *Journal of the Hillside Hospital.* 1964;13:104.
- (Bu kaynaktaki bilgiye şuradan ulaşılmıştır: Carroll JR. The experience of death anxiety in individuals with schizophrenia from an existential-phenomenological perspective: Rutgers University-Graduate School of Applied and Professional Psychology; 2015.)
- 127.Carroll JR. The experience of death anxiety in individuals with schizophrenia from an existential-phenomenological perspective: Rutgers University-Graduate School of Applied and Professional Psychology; 2015.
- 128.Planansky K, Johnston R. Preoccupation with death in schizophrenic men. *Diseases of the nervous system.* 1977.
- 129.Graftieaux P-YC, Kiely MC. Le déni de la mort dans la schizophrénie. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement.* 1979;11(2):130.
- 130.Khanna N, Khanna R, Sharma R. A study on death anxiety. *Journal of Personality and Clinical Studies.* 1988;4(1):47-51.

131. Benveniste PS, Papouchis N, Allen R, Hurvich M. Rorschach assessment of annihilation anxiety and ego functioning. *Psychoanalytic psychology*. 1998;15(4):536-66.
132. Abdel-Khalek AM. Death Obsession in Egyptian Samples: Differences Among People With Anxiety Disorders, Schizophrenia, Addictions, and Normals. *Death Studies*. 2002;26(5):413-24.
133. Abdel-Khalek AM. Death Anxiety in Clinical and Non-Clinical Groups. *Death Studies*. 2005;29(3):251-9.
134. Aydoğan AS, Gülseren Ş, Sarıkaya ÖÖ, Özen Ç. Abdel-Khalek ölüm anksiyetesi ölçeği Türkçe formunun üniversite öğrencilerinde geçerlilik ve güvenilirliği. *Arch neuropsychiatr*. 2015;52:371-5.
135. Abdel-Khalek AM. The Arabic Scale of Death Anxiety (ASDA): its development, validation, and results in three Arab countries. *Death Stud*. 2004;28(5):435-57.
136. Abdel-Khalek AM, Tomás-Sábado J. Anxiety and death anxiety in Egyptian and Spanish nursing students. *Death Stud*. 2005;29(2):157-69.
137. Akça F, Köse İA. Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2008;11(1).
138. Abdel-Khalek AM, Lester D, Maltby J, Tomás-Sábado J. The Arabic Scale of Death Anxiety: Some Results from East and West. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. 2009;59(1):39-50.
139. Yazıcı M, Demir B, Tanrıverdi N, Karaagaoglu E, Yolac P. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği; değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*. 1998;9(2):114-7.
140. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *British journal of medical psychology*. 1959;50-5.
141. Shear MK, Vander Bilt J, Rucci P, Endicott J, Lydiard B, Otto MW, et al. Reliability and validity of a structured interview guide for the Hamilton Anxiety Rating Scale (SIGH-A). *Depress Anxiety*. 2001;13(4):166-78.
142. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1987;13(2):261-76.

- 143.Kostakoğlu A, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi. 1999;14(44):23-32.
- 144.Aydemir Ö. Şizofrenide Kullanılan Ölçekler. In: Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Kaymak SU, editors. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. 2 ed. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018. p. 61-71.
- 145.Emiroğlu B. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması: Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2009.
- 146.Hinkle DE, Jurs SG, Wiersma W. Applied statistics for the behavioral sciences. Chicago: Rand McNally College Publishing Company; 1979.
- 147.Bronstein C. Sanrı ve Onarım. Çev. Taşkıntuna N. In: Ertüzün IM, editor. Psikoz- Psike İstanbul Psikanaliz Kitaplığı Uluslararası Psikanaliz Yıllıkları. 1 ed. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları; 2019. p. 11-33.
- 148.Burnham DL. Separation Anxiety: A Factor in the Object Relations of Schizophrenic Patients. Archives of General Psychiatry. 1965;13(4):346-58.
- 149.Karacaoğlu U, Lombardi R. Psikozun Psikanalizinde Beden-Zihin Sınırındaki Mikrosüreçler. Çev. Postacı Ş. In: Ertüzün IM, editor. Psikoz- Psike İstanbul Psikanaliz Kitaplığı Uluslararası Psikanaliz Yıllıkları. 1 ed. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları; 2019. p. 77-103.

8. EKLER

8.1. Ek 1. Etik Kurul Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/444-647

06.08.2019

Sayın Doç. Dr. Aytül KARABEKİROĞLU

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Şizofreni hastalarında ölüm anksiyetesi ile hastalığın klinik özellikleri ve işlevsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi** başlıklı OMÜ KAEK 2019/416 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 23.05.2019 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.Ramiz ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

8.2. Ek 2. Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ

ARAŞTIRMANIN ADI (ÇALIŞMANIN AÇIK ADI): Şizofreni hastalarında ölüm anksiyetesi ile hastalığın klinik özellikleri ve işlevsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDA MIYIM?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Katılmaya karar verirsiniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir. Eğer isterseniz, bu klinik çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR?

Şizofreni hastalarında ölüm anksiyetesi ile hastalığın klinik özellikleri ve işlevsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Çalışmamıza katılmayı kabul ederseniz sizinle öncelikle yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapılacak ve bazı anket formlarını doldurmanız istenecektir. Herhangi bir yan etki, risk söz konusu değildir

BENİM NE YAPMAM GEREKİYOR?

Çalışma doktorunuzun talimatlarına uymaya, randevu ve vizitelere katılmaya ve yukarıda anlatılan çalışmayla ilgili tüm işlemlere uymaya istekli olmalısınız. Çalışma

tek değerlendirmede sonlanacak. Tekrar doktorunuzu çalışma için görmenize gerek olmayacak.

CALIşMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

Çalışmanın size herhangi bir zararı söz konusu değildir.

CALIşMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR?(Varsa açıklayınız)

şizofreni hastalarında ölüm anksiyetesi ile hastalığın klinik özellikleri ve işlevsellik arasındaki ilişkiyi anlamamızda yardımcı olacaktır.

GÖNÜLLÜ KATILIM

Bu araştırmaya katılma kararımı tamamen gönüllü olarak veriyorum. Bu çalışmaya katılmayı reddedebileceğimin veya katıldıktan sonra istediğim zaman, bu tedavi kurumunda göreceğim bakım ve tedaviler etkilenmeksizin ve hiçbir sorumluluk almadan ayrılabilceğimin bilincindeyim. Çalışmadan her hangi bir zamanda ayrılırsam, ayrılma nedenlerimi, ayrılışımın sonuçlarını ve izleyen dönemde alacağım tedavileri doktorumla tartışacağım.

CALIşMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Araştırmaya katılmanız nedeniyle size para ödenmeyecek yada sizden para talep edilmeyecektir.

KİşİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Bu formu imzalayarak doktorunuzun ve onun kadrosunun çalışma için sizin kişisel bilgilerinizi (“alışma Verileri”) toplamalarına ve kullanmalarına onay vermiş olacaksınız. Bu durum doğum tarihiniz, cinsiyetiniz, çalışma verilerinizin kullanımı ile ilgili verdiğiniz onayın herhangi bir belirlenmiş birim tarihi yoktur, ancak doktorunuzu haberdar ederek bu onayınızdan herhangi bir zamanda vazgeçebilirsiniz.

Doktorunuz alışma verilerinizi çalışma için kullanacaktır. Verilerin alışma dışı amaçla kullanımı söz konusu değildir.

Çalışmanın sonuçları tıbbi yayınlarda yayınlanabilir, ancak sizin kimlik bilgileriniz bu yayınlarda açıklanmayacaktır.

Doktorunuzdan toplanan çalışma verileriniz hakkında bilgi isteme hakkında sahipsiniz. Aynı zamanda bu verilerdeki herhangi bir hatanın düzeltilmesini isteme

hakkında da sahipsiniz. Eğer bu konuda bir isteğiniz olursa lütfen doktorunuzla görüşünüz.

Eğer onayınızda vazgeçerseniz, doktorunuz çalışma verilerinizi artık kullanamayacaktır. Bu formu imzalayarak, çalışma verilerinizin bu formda tanımlandığı şekilde kullanımına onay vermekteyim.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE 24 SAAT ULAŞILABİLECEK KİŞİLER:

Doç. Dr. Aytül KARABEKİROĞLU
OMÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D.
0 362 312 19 19-3187

Dr. Kerem LAÇİNER
OMÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D.
0 362 312 19 19-2632

ÇALIŞMADAN AYRILMAMI GEREKTİRECEK DURUMLAR:Varsa açıklayınız

YENİ BİLGİLER ÇALIŞMADAKİ ROLÜMÜ NASIL ETKİLEYEBİLİR

Çalışma sürerken ortaya çıkmış olan bütün yeni bilgiler bana derhal iletilecektir.

Çalışmaya Katılma Onayı

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih
Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

8.3. Ek 3. Sosyodemografik Veri ve Klinik Bilgi Formu

“Şizofreni hastalarında ölüm anksiyetesi ile hastalığın klinik özellikleri ve işlevsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi”

Bu çalışma ile Şizofreni hastalarında ölüm anksiyetesi ile hastalığın klinik özellikleri ve işlevsellik arasındaki ilişki araştırılacaktır. Çalışmamıza katılmayı kabul ederseniz sizinle öncelikle yapılandırılmış, psikiyatrik görüşme yapılacak ve bazı ölçekler doldurmanız istenecektir. Herhangi bir yan etki, risk söz konusu değildir. Bu formu imzalayarak doktorunuzun ve onun kadrosunun çalışma için kişisel bilgilerinizi toplamasına ve kullanmalarına onay vermiş olacaksınız. Doktorunuzdan toplanan çalışma verileriniz hakkında detaylı bilgi isteme hakkına sahiptir. Çalışmanın sonuçları tıbbi yayınlarda yayınlanabilir, ancak sizin kimlik bilgileriniz bu yayınlarda açıklanmayacaktır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşabilecek Kişiler:

Doç. Dr. Aytül KARABEKİROĞLU
OMÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D.
0 362 312 19 19-3187

Dr. Kerem LAÇİNER
OMÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D.
0 362 312 19 19-2632

Bu formu imzalayarak çalışma verilerinizin bu formda tanımlandığı şekilde kullanımına onay veriyorum.

Gönüllünün Adı/Soyadı/İmzası/Tarih

Sosyodemografik veri ve klinik bilgi formu

Adı Soyadı:

Yaşı:

Cinsiyet: 1) E 2) K

Telefon No:

Yaşadığı Yer:

- 1) Köy
- 2) İlçe
- 3) İl Merkezi

Kaç kardeşsiniz?

.....

Ailenizin kaçınıcı çocuğusunuz?

.....

Medeni Durumu:

- 1) Evli
- 2) Dul
- 3) Boşanmış
- 4) Hiç Evlenmemiş

Çocuğunuz var ise sayısı?

- Eğitim Durumu:** 1) Okur-yazar değil 2) Okur yazar 3) İlkokul- ortaokul 4) Lise 5) Y. Okul-üniversite
- Çalışma Durumu:** 1) Hiç çalışmamış 2) Öğrenci 3) Ev Hanımı 4) Aralıklı çalışmış 5) Halen çalışıyor 6) Emekli

- Gelir Durumu:** 1) Alt 2) Orta 3) İyi 4) Çok iyi
- Aynı evde kiminle/kimlerle yaşıyorsunuz?**

Obsesyon (takıntı) ve kompulsiyon (zorlantı) yakınmalarınız kaç yaşlarında başladı?
O)..... K)....

Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısını aldığınızda kaç yaşındaydınız?:

Yeni Tanı? 1) hayır 2) evet

Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi: Daha önce intihar girişiminde bulundunuz mu?

- 1) Yok 2) Varsa kaç defa (.....)
- 1) Hayır 2) Evet (Kaç defa?.....)

Sizde bedensel hastalık var mı?

- 1) Yok 2) Var

Varsa sizde bulunan bedensel hastalıklar nelerdir?.....

Sigara veya alkol kullanıyor musunuz?

- 1) Sigara 2) Alkol 3) Hiçbiri 4) Hepsi

Ailenizde bedensel hastalık (şeker, tansiyon vb) var mı?

- 1) Yok 2) Var

Çocuklukta ebeveyn kaybı yaşadınız mı?

- 1) Hayır 2) Evet (Kaç yaşında.....)

Varsa ailenizde bulunan bedensel hastalıklar nelerdir?
.....

Ailenizde psikiyatrik hastalık (depresyon, kaygı bozukluğu, okb, psikotik bozukluk vb.):

- 1) Yok 2) Var (Akrabalık dereceniz?.....)

Varsa ailenizde bulunan psikiyatrik hastalıklar nelerdir?

OKB öncesi ortaya çıkarıcı yaşam olayı var mı?

- 1) Hayır 2) Evet.....

Halen kullanmakta olduğunuz tedaviler nelerdir?

.....

Geçmişte kullanmış olduğunuz tedaviler nelerdir?

1.Antidepresan:

4.Diğer

2.Antipsikotik:

5.Psikoterapiler:

3.Anksiyolitik:



8.4. Ek 4. Abdel-Khalek Ölüm Anksiyitesi Ölçeği (ÖAÖ)

ABDEL- KHALEK ÖLÜM ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ (ASDA)

Aşağıdaki ifadeleri okuyunuz. Her birinin sizin duygularınızı, düşüncelerinizi, davranışlarınızı ne ölçüde tanımladığına karar veriniz.

“Hiç, Biraz, Orta, Fazla, Çok Fazla” seçeneklerinden birinin altına (X) işareti koyunuz.

	Hiç	Biraz	Orta	Fazla	Çok Fazla
1. Ne zaman hasta olsam ölümden korkarım.					
2. Ölüye bakmaktan korkarım.					
3. Mezarlık ziyaret etmekten korkarım.					
4. Bir ameliyat olma olasılığı beni dehşete düşürür.					
5. Kalp krizi geçirmekten korkarım.					
6. Ölümün beni sevdiğim birinden mahrum bırakmasından kaygı duyarım					
7. Ölümden sonraki bilinmeyen şeylerle ilgili endişeliyim.					
8. Bir cesede bakmaktan korkarım.					
9. Kabir azabından korkarım.					
10. Ciddi bir hastalığa yakalanmaktan korkarım.					
11. Defin işlemine tanık olmak beni dehşete düşürür.					
12. Mezarlıkta yürümek beni dehşete düşürür.					
13. Ölümden sonra ne olacağı ile ilgili düşünceler kafamı sürekli meşgul eder.					
14. Uyumaktan ve sonrasında tekrar uyanmamaktan korkarım.					
15. Ölümün beraberindeki acı beni çok korkutur.					
16. Bir cenaze törenine tanık olmak beni altüst eder.					
17. Ölmekte olan bir insanın görünümü beni korkutur.					
18. Ölüm hakkında konuşmak beni altüst eder.					
19. Kansere yakalanmaktan korkarım.					
20. Ölümden korkarım.					

8.5. Ek 5. Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A)

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

HAMİLTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HARS)

Lütfen her konu başlığı için 0-4 arası bir puan verin

	Puan
1. ANKSİYETELİ MİZAÇ	☐
2. GERİLİM	☐
3. KORKULAR	☐
4. UYKUSUZLUK	☐
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif)	☐
6. DEPRESİF MİZAÇ	☐
7. SOMATİK (muskuler)	☐
8. SOMATİK (duygusal)	☐
9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR	☐
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI	☐
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	☐
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR	☐
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR	☐
14. GÖRÜŞME SİRASINDAKİ DAVRANIŞ	☐
TOPLAM PUAN:	
PSİŞİK (1,2,3,5,6)	
SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13,14)	

8.6. Ek 6. Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği (PANSS)

POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANSS):

POZİTİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (P):

P1. SANRILAR:

Temeli olmayan, gerçekdışı, alışılmamış ve garip inançlardır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede hastanın kendisinin ifade ettiği düşüncelerin içeriği ve bu düşüncelerin tedavi ekibi veya ailenin aktardığı üzere, sosyal ilişkiler ve davranış üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili bir özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Billurlaşmamış, müphem ve kuvvetle bağlanılmamış bir veya iki sanrı vardır.

Sanrılar düşünmeyi, sosyal ilişkiler veya davranış etkilemez.

4 ORTA: Zayıf yapılanmış, sabit olmayan, çok sayıda ve biçim değiştiren sanrılar vardır veya birkaç tane tam oluşmuş ve düşünmeyi, sosyal ilişkiler veya davranış ara sıra etkileyen sanrılar vardır.

5 ORTA/AĞIR: Kuvvetle bağlanılmış, çok sayıda sanrı vardır ve ara sıra düşünmeyi, sosyal ilişkileri veya davranış etkilemektedir.

6 AĞIR: Billurlaşmış, muhtemelen iyi düzenlenmiş, kuvvetle inanılmış ve düşünmeyi, sosyal ilişkileri ve davranış açıkça etkileyen sanrılar kümesi vardır.

7 ÇOK AĞIR: Çok iyi düzenlenmiş veya çok sayıda olan ve hastanın yaşamını önemli derecede etkileyen sanrılar kümesi vardır. Bu durum, hasta veya yakınlarının güvenliğini de etkileyebilecek düzeyde, sorumsuz ve uygunsuz davranışlara sıklıkla neden olabilmektedir.

1.1 P2. DÜŞÜNCE DAĞINIKLIĞI:

Hedefe yönelik işleyişin bozulduğu dağınık düşünce süreci ile karakterizedir; ör: çevresellik, teğetsellik, çağrışımlarda kopukluk, sonuca bağlanamama, belirgin anlamsızlık veya düşünce blokları. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede gözlenen bilişsel-sözel süreçtir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Düşünce çevresel, teğetsel veya mantık dışıdır. Düşünceleri hedefe yönlendirmede bir miktar güçlük vardır ve baskı altında çağrışımlarda kopukluk gözlenebilir.

4 ORTA: Konuşmalar kısa ve iyi yapılanmış olduğunda düşünceler toparlanabilmektedir, ancak daha karmaşık konuşmalar olduğunda veya hafif baskı altında çağrışımlarda gevşeme, konudan uzaklaşma olabilmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Baskı altında olunmadığında bile sıklıkla konu dışı konuşma, konular arasındaki ilişkileri kuramama veya çağrışımlarda kopukluk ile kendini gösteren biçimde düşünce toparlamada güçlük vardır.

6 AĞIR: Düşünmede, sürekli olarak belirgin derecede konu dışına çıkma ve düşünce

sürecinde bozulmaya yol açacak şekilde, ciddi ölçüde sapma ve tutarsızlık vardır.
7 ÇOK AĞIR: Düşünceler hastanın anlaşılabilir olmasına yol açacak düzeyde bozulmuştur.
Çağrışımlardaki belirgin kopukluk hiçbir şekilde iletişim kurulamamasına neden olmaktadır
(ör: kelime salatası veya mutizm).

1.2 P3. VARSANILAR:

Dış uyaranlarla oluşturulmayan algıların varlığının sözel olarak bildirilmesi veya davranışlarla ortaya konmasıdır. Bu algılar işitme, görme, koku varsanıları veya bedensel varsanılar olabilir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibinin veya ailenin bildirdiği davranışların yanı sıra görüşme sırasında hastanın bu algıları sözel olarak ifade etmesi ve bu algılara göre davrandığının gözlenmesidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Bir veya iki tane açık ancak sık olmayan varsanı vardır veya düşünce veya davranışta bozulmaya neden olmayan birkaç tane müphem, anormal algı söz konusudur.

4 ORTA: Varsanılar sürekli olmamakla beraber sıklıkla vardır, ancak hastanın düşünme ve davranışları çok hafif düzeyde etkilenmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Varsanılar sık ve değişik varsanılar (işitme, görme, koku vb.) bir arada olabilir. Bu varsanılar düşünceyi bozmakta ve/veya davranışı etkilemektedir. Hasta bu yaşantıları sanrılarla yorumlayabilir, bunlara duygusal ve bazen de sözel olarak yanıt verebilir.

6 AĞIR: Varsanılar hemen hemen sürekli, düşünce ve davranışta belirgin bozulma yapacak düzeydedir. Hasta bunları gerçek algılar olarak değerlendirmektedir ve bu algılara verdiği duygusal ve sözel yanıtların sık olması hastanın işlevselliğini bozmaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Hastanın zihni tamamen düşünce ve davranışlara hakim olan varsanılarla meşguldür. Varsanılara değiştirilemeyen sanrılı yorumlar eşlik etmekte ve varsanılara boyun eğerek uyma şeklinde sözel ve davranışsal tepkiler görülebilmektedir.

1.3 P4. TAŞKINLIK:

Hareketler ve davranışlarda hızlanma, çevresel uyaranlara karşı olan tepkilerde artma (aşırı uyarılmışlık) ve duygudurumda hızlı değişimler (oyunaklık) ile kendini gösteren aşırı hareketlilik durumudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Görüşme boyunca hafif ajitasyon, artmış uyanıklılık veya hafif düzeyde çevresel uyaranlara karşı olan tepkilerde artış göstermeye meyillidir, ancak belirgin taşkınlık nöbetleri veya duygudurum oynaklığı yoktur. Konuşma hafif basınçlı olabilir.

4 ORTA: Görüşme boyunca ajitasyon veya aşırı uyarılmışlık belirgindir ve konuşmayı, genel hareket halini etkilemektedir veya seyrek olarak ani taşkınlık patlamaları oluşmaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Hastada her an birkaç dakikadan fazla yerinde oturmasına engel olacak düzeyde belirgin aşırı hareketlilik veya sıkça olan hareketlilik patlamaları vardır.

6 AĞIR: Görüşmede dikkati bozan ve yeme, uyuma gibi kişisel işlevleri belli bir derecede etkileyen belirgin düzeyde taşkınlık gözlenmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Belirgin düzeyde taşkınlık, yeme ve uyumayı ciddi ölçüde etkilemekte ve kişiler arası ilişki kurmayı imkansız hale getirmektedir. Konuşmada ve beden hareketlerindeki hızlanma hastanın anlaşılabilir olmasına ve bitkin hale düşmesine neden olmaktadır.

1.4 P5. BÜYÜKLÜK DUYGULARI:

Olağanüstü yeteneklere, servete, bilgiye, üne, güce ve ahlaki değerlere sahip olma gibi abartılmış şekilde kendini algılama ve gerçekdışı üstünlük duygusudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında ifade edilen düşünceler ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere bu düşüncelerin davranışlar üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Belirgin büyüklük sanrıları olmamakla birlikte hafif kabarma veya kendini övme vardır.

4 ORTA: Gerçek dışı ve kesin bir biçimde kendini diğer insanlardan üstün hissetmektedir. Özel bir konuma veya özel yeteneklere sahip olma biçiminde tam oluşmamış sanrılar olsa da bunlar doğrultusunda davranılmamaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Özel yeteneklere, konuma veya güce sahip olmayla ilgili belirgin sanrılar belirtilmekte ve tutumu etkilemektedir, ancak davranışı etkilememektedir.

6 AĞIR: Bir özellikten daha fazlasını kapsayan (servet, bilgi, ün vb.) alanlarla ilgili belirgin üstünlük sanrıları belirtilmekte ve ilişkileri etkilemekte, bunlar doğrultusunda davranılabilmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Acayip özellikler gösterebilen, üstün yetenek, bilgi, ün, güç ve/veya ahlaki değerlerle ilgili çok sayıda sanrılar düşünmeye, ilişkilere ve davranışa hakim durumdadır.

1.5 P6. ŞÜPHECİLİK/KÖTÜLÜK GÖRME:

Savunuculuk, güvensiz tutum, kuşku nedeniyle tetikte olma veya birilerinin kendisine zarar vermeye çalıştığına dair bariz sanrılardan anlaşıldığı üzere gerçekdışı veya abartılmış kötülük görme düşünceleri vardır.

Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede ifade edilen düşünce içeriği ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere bu düşüncelerin davranışlar üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Savunucu veya açıkça güvensiz bir tutum içindedir, ancak düşünceleri, ilişkileri ve davranışları çok az etkilenmektedir.

4 ORTA: Güvensizlik belirgindir ve görüşmeyi ve/veya davranışı etkilemektedir, ancak kötülük görme sanrıları yoktur veya tam oluşmamış kötülük görme sanrıları bulunabilir, ancak bunlar hastanın tavrını veya kişilerarası ilişkilerini etkilememektedir.

5 ORTA /AĞIR: Hasta kişilerarası ilişkilerini ciddi ölçüde bozacak düzeyde belirgin güvensizlik göstermektedir veya kişilerarası ilişkiler ve davranış sınırlı ölçüde etkileyen

belirgin kötülük görme sanrıları vardır.

6 AĞIR: İyi düzenlenmiş sayılabilen ve kişilerarası ilişkileri ciddi düzeyde etkileyebilen belirgin kötülük görme sanrıları vardır.

7 ÇOK AĞIR: Bir seri iyi düzenlenmiş kötülük görme sanrıları örgüsü hastanın düşünmesine, sosyal ilişkilerine ve davranışına hakimdir.

1.6 P7. DÜŞMANCA TUTUM:

İğneleyici konuşma, pasif agresif davranış, sözel saldırı veya saldırganlık gibi sözel veya sözel olmayan öfke ve küskünlük ifadeleridir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği kişilerarası ilişkilerdeki davranışlarıdır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: İğneleyici konuşma, saygısızlık gösterme, düşmanca ifadeler ve arasıra olan sinirlilik gibi öfke ifadeleri doğrudan değildir veya sınırlıdır.

4 ORTA: Sık sinirlenme ve doğrudan öfke veya küskünlük ifadeleri gösteren, açık bir düşmanca tutum içindedir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta oldukça kolay kızar ve zaman zaman tehdit edici veya küfürlü konuşmaları olmaktadır.

6 AĞIR: İşbirliği kuramaması ve küfürlü konuşması veya sözel tehditleri görüşmeyi ve toplum ilişkilerini ciddi ölçüde etkilemektedir. Hasta hırçın veya tahrip edici olabilir ancak diğer insanlara karşı fiziksel güç kullanmaz.

7 ÇOK AĞIR: Şiddetli öfke nedeniyle işbirliği kuramamakta ve dolayısıyla ilişkileri engellenmekte veya diğer insanlara fiziksel güç kullanarak saldırması söz konusu olmaktadır.

NEGATİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (N):

N1. DUYGULANIMDA KÜNTLEŞME:

Duygusal yanıtta azalma yüz ifadesinde, duyguların ayarlanmasında ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerinde azalma ile kendini gösterir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında duygulanım ve duygusal yanıtın fiziksel ifade biçimlerinin gözlemidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Yüz ifadesi ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerindeki değişiklikler tutuktur, zorlamalıdır, yapmadır veya iyi ayarlanamaz.

4 ORTA: Yüz ifadesindeki ve az sayıdaki el kol hareketindeki azalma donuk bir görünüme neden olmaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Nadiren yüz ifadesinin değişmesi ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerinin azalması ile duygulanım genelde “künttür”.

6 AĞIR: Çoğu zaman belirgin küntlük ve duygularda azalma görülmektedir. Taşkınlık, öfke ve uygunsuz, kontrol edilemeyen gülme şeklinde ayarsız, aşırı duygulanım ifadeleri olabilir.
7 ÇOK AĞIR: Yüz ifadesinde değişim ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketleri hiç yoktur. Hasta sürekli boş veya “heykel gibi” bir ifade içindedir.

1.7 N2. DUYGUSAL İÇEÇEKİLME:

Gündelik olaylara karşı ilgi eksikliğinin olması ve duygusal katılmanın olmamasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibi veya ailenin hastanın işlevselliğiyle ilgili görüşleri ve hastanın görüşme sırasında gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki tutumudur.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Genelde bir işe kalkışmaya hevesi yoktur ve ara sıra çevredeki olaylara karşı ilgi azlığı gösterebilir.

4 ORTA: Hasta genelde çevresinden ve bu çevrenin getirdiği güçlüklerden duygusal olarak uzaklaşmıştır, ancak yüreklendirilirse ilişki kurar.

5 ORTA/AĞIR: Hasta katılımını sağlamak için harcanan tüm çabalara rağmen çevresindeki kişiler ve olaylardan duygusal olarak uzaklaşmıştır. Hasta mesafeli, uysal ve amaçsız gözükmemektedir, ancak kısa süre için de olsa iletişim kurabilmekte ve bazen yardım gerekse de kişisel ihtiyaçlarını karşılayabilmektedir.

6 AĞIR: Belirgin ilgi eksikliği ve duygusal katılım sağlayamama hastanın diğer insanlarla konuşmasını sınırlamaktadır ve aynı zamanda ancak gözetim altında yapabildiği kişisel işlevlerini sıkça ihmal etmesine neden olmaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Ağırlık eksikliği ve duygusal katılım sağlayamama nedeniyle hasta hemen hemen tamamıyla içe kapanmıştır, ilişki kuramamaktadır ve kişisel ihtiyaçlarını ihmal etmektedir.

1.8 N3. İLİŞKİ KURMADA GÜÇLÜK:

Hastanın başkalarına empati yapamaması, görüşme sırasında açık olamaması, görüşmecisiyle yakınlık kuramaması ve bu kişiye ilgisiz kalmasıdır. Bu durum hastanın mesafeli durması, sözel ve sözel olmayan iletişiminin az olması şeklinde gözlenebilir. Değerlendirmede temel alınacak veri hastanın görüşme sırasında gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki tutumudur.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Konuşma tutuk, zorlamalı ve yapay bir tondadır. Duygusal derinliği olmayabilir veya kişisel olmayan, entelektüel bir tarzda sürmeye meyilli olabilir.

4 ORTA: Hasta tipik olarak kişiler arası ilişkilerde belirgin mesafelidir. Sorulara mekanik olarak cevap verip sıkılmış gibi veya ilgisiz davranabilir.

5 ORTA/AĞIR: Hastanın ilgisizliği belirgindir ve bu durum görüşmenin verimliliğini açıkça bozmaktadır. Hasta göz göze gelmekten kaçınabilir.

6 AĞIR: Hastanın kayıtsız, mesafeli tavrı oldukça belirgindir. Yanıtları baştan savmadır ve ilgisine dair sözel olmayan göstergeler çok azdır. Göz göze gelmekten sıklıkla kaçınır.

7 ÇOK AĞIR: Hasta görüşmeciye karşı tamamen ilgisizdir. Tamamen kayıtsızdır ve

görüşme boyunca sözel ve sözel olmayan etkileşimlerden sürekli kaçınır.

N4. PASİF/KAYITSIZ BİÇİMDE KENDİNİ TOPLUMDAN ÇEKME:

Pasiflik ve kayıtsızlık, enerji azalması ve irade kullanamama nedeniyle toplumsal etkileşimlerde ilgi ve girişimlerin azalmasıdır. Bu durum kişiler arası ilişkilerde azalmaya ve günlük aktivitelerde ihmale neden olmaktadır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği sosyal davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Sosyal aktivitelere ara sıra ilgi göstermekle beraber girişimi azdır. Genellikle ilk adımı başkaları attığında ilişki kurmaktadır.

4 ORTA: Çoğu sosyal aktiviteye pasif olarak katılmaktadır, ancak ilgisiz ve mekanik bir tavır söz konusudur. Arka planda kalmaya meyillidir.

5 ORTA/AĞIR: Hiçbir ilgi ve girişim göstermeden aktivitelerin çok azına pasif olarak katılmaktadır.

6 AĞIR: Sosyal aktivitelere nadiren katılır, ara sıra kişisel ihtiyaçlarını ihmal eder, kayıtsız olmaya ve kendi başına kalmaya meyillidir. Kendiliğinden gelişen sosyal ilişkileri çok azdır.

7 ÇOK AĞIR: Tamamen kayıtsızdır, yalnızdır ve kendini ihmal etmektedir.

N5. SOYUT DÜŞÜNME GÜÇLÜĞÜ:

Soyut ve simgesel düşünmedeki bozulmadır; sınıflandırma, genellemeler yapma ve problem çözmeye yönelik işlerde benmerkezcil ve somut düşüncenin ötesine geçebilmede güçlütür. Değerlendirmede temel alınacak veriler, benzerlikler ve atasözleriyle ilgili sorulara verilen yanıtlar ve görüşme boyunca somuta karşı soyut düşüncenin kullanımının değerlendirilmesidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Daha zor atasözlerine harfi harfine veya kişisel açıklamalar getirmeye meyillidir ve açıkça soyut veya birbirleriyle uzaktan ilişkili kavramları anlamakta güçlük çekmektedir.

4 ORTA: Genellikle somut düşünce tarzını kullanmaktadır. Çoğu atasözleri ve bazı kategorileri anlamada güçlüğü vardır. Düşünce bahsi geçen nesnelerin işlevsel yönlerine ve en göze çarpan özelliklerine kaymaya meyillidir.

5 ORTA/AĞIR: Çoğu atasözlerinde ve kategorilerde zorlanmasına yol açacak şekilde somut tarzda düşünmektedir.

6 AĞIR: Hiçbir atasözünün veya mecazi ifadenin soyut anlamını kavrayamamaktadır ve bahsi geçen nesneleri en basit benzerliklere göre sınıflandırmaktadır. Düşünce ya anlamsızdır ya da bahsi geçen nesnelerin işlevsel yönlerine, en göze çarpan özelliklerine ve bunlarla ilgili alışılmamış yorumlamalara takılıp kalmıştır.

7 ÇOK AĞIR: Sadece somut tarzda düşünebilmektedir. Hiçbir atasözünü, mecaz veya teşbihi ve basit kategorileri kavrayamamaktadır. En göze çarpan ve işlevsel özellikleri bile sınıflandıramamaktadır. Bu derecelendirme belirgin bilişsel bozukluk nedeniyle muayene yapan kişiyle hiçbir ilişkiye giremeyen hastalar için de yapılabilir.

N6. KONUŞMANIN KENDİLİĞİNDEN VE AKICI OLMASININ KAYBI:

Kayıtsızlık, irade kullanamama, savunuculuk veya bilişsel yetilerdeki bozukluktan dolayı konuşmanın akışındaki yavaşlamadır. Sözel etkileşim sürecinde akıcılıkta ve üretkenlikteki azalmayla seyrederek. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme sırasında izlenen bilişsel-sözel süreçtir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Konuşmaya çok az isteği vardır. Hastanın yanıtları doğrudan ve soruya yanıt tarzında, kısa ve sade olmaya meyillidir.

4 ORTA: Konuşmada serbest akış yoktur ve konuşma düzgün değildir veya duraksamalıdır. Yeterli yanıtların alınabilmesi ve konuşmanın devam edebilmesi için sıkça yönlendirici sorular gerekmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Görüşmecinin sorularına bir veya iki kısa cümle ile yanıt verir. Kendiliğinden ve açık bir biçimde konuşmada belirgin eksiklik vardır.

6 AĞIR: Konuşmayı kısaltmak veya konuşmaktan kaçınmak isteğiyle hastanın yanıtları birkaç kelime veya cümle ile sınırlanmaktadır (ör: “bilmiyorum”, “söylemeye izinli değilim”). Bu nedenle karşılıklı konuşma ciddi biçimde bozulmaktadır ve görüşme ilerlemez.

7 ÇOK AĞIR: Sözel iletişim tek tük kelimelerle sınırlıdır ve karşılıklı konuşma imkansızlaşmaktadır.

N7. STEREOTİPİK DÜŞÜNME:

Düşünmenin akıcılığı, kendiliğinden oluşu ve esnekliği azalmıştır ve değişmez, tekrarlayıcı veya sık düşünce içeriği ile kendini gösterir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede gözlenen bilişsel-sözel süreçtir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Tavırlar veya inançlarda bir miktar değişmezlik gözlenir. Hasta diğer durumları göz önüne almayı reddedebilir veya bir düşünceden diğerine geçmede zorlanabilir.

4 ORTA: Konuşma, yeni bir konuya geçişi güçleştirecek biçimde tekrarlayan bir konu etrafında dönmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Görüşmecinin çabalarına rağmen, düşünme o kadar değişmez ve tekrarlayıcıdır ki konuşma iki veya üç konuyla sınırlı kalmaktadır.

6 AĞIR: Taleplerin, ifadelerin, düşüncelerin veya soruların kontrol edilemeyen tekrarları konuşmayı ciddi ölçüde bozmaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Düşünme, davranış ve konuşmaya, sabit, tekrarlayan düşünceler veya sınırlı cümleler hakimdir. Bu durum konuşmada uygunsuzluğa, değişmezliğe ve sınırlılığa neden olur.

GENEL PSİKOPATOLOJİ ÖLÇEĞİ (G):

G1. BEDENSEL KAYGI:

Bedensel yakınmalar veya bedensel bir hastalık veya işlev bozukluğu olduğuna dair inançlar vardır. Bu durum, müphem bir hastalık algısından ölümcül bir bedensel hastalığın varlığıyla ilgili sanrılara kadar değişen belirtileri kapsamaktadır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede aktarılan düşünce içeriğidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hasta olmadığına ilişkin teminat verilmesi isteğiyle sorduğu sorulardan anlaşıldığı üzere, sağlık veya bedenle ilgili konularda belirgin kaygısı vardır.

4 ORTA: Sağlığın kötüleşmesi veya beden işlevlerinde bozulmayla ilgili yakınmalar vardır, ancak bunlar sanrı düzeyinde değildir ve teminat ile aşırı kaygı yatıştırılabilir.

5 ORTA/AĞIR: Hastanın fiziksel bir hastalık veya beden işlevlerinde bozulmayla ilgili olarak sık ve çok sayıda yakınması vardır veya hasta bu konularda zihnini sürekli meşgul etmeyen bir veya iki açık sanrı sergilemektedir.

6 AĞIR: Hastanın zihni bedensel bir hastalık veya organlarda işlev bozukluğuyla ilgili belirgin bir veya birkaç sanrıyla meşguldür, ancak duygulanımı tamamen bu konulara gömülmemiştir ve biraz çabayla görüşmeci hastanın düşüncelerini farklı yöne yönlendirebilir.

7 ÇOK AĞIR: Hastanın duygulanımına ve düşüncelerine tamamen hakim olan çok sayıda ve sık somatik sanrılar veya birkaç tane ölümcül bir bedensel hastalığın varlığıyla ilgili sanrı vardır.

G2. ANKSİYETE:

Şimdiki durum veya gelecekle ilgili aşırı kaygıdan panik duygusuna kadar değişen derecelerde sinirlilik, endişe, kaygıyla bekleme veya huzursuzluk gibi öznel bir yaşantıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında bu duyguların sözel olarak ifade edilmesi ve bunlarla ilgili olarak gözlenen fiziksel belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Bir miktar endişe, aşırı kaygı veya öznel huzursuzluk ifade edebilir, ancak bu duruma bağlı beden ve davranış değişiklikleri bildirilmez veya görülmez.

4 ORTA: Hasta, ellerde ince tremor ve aşırı terleme gibi hafif bedensel belirtilerin eşlik ettiği belirgin sinirlilik belirtileri bildirmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta, belirgin gerginlik, konsantrasyon bozukluğu, çarpıntı veya uyku bozukluğu gibi önemli fiziksel ve davranışsal belirtilere yol açan ciddi anksiyete belirtileri bildirmektedir.

6 AĞIR: Fobiler, belirgin huzursuzluk veya çok sayıda bedensel belirtilerle ilişkili olan, hemen hemen süregelen ve öznel bir korku hissi vardır.

7 ÇOK AĞIR: Bazen panik düzeyine ulaşan ve hemen hemen sürekli olan veya gerçek panik atakları şeklinde görülen anksiyete durumu hastanın hayatını ciddi şekilde etkilemektedir.

G3. SUÇLULUK DUYGULARI:

Geçmişteki gerçek veya hayali hatalardan dolayı vicdan azabı veya kendini suçlama hissidir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede suçluluk duygusunun ifade edilmesi ve bunun tavırlar ve düşünceler üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Sorgulama ile önemsiz bir olayla ilgili müphem bir suçluluk veya kendini suçlama hissi ortaya çıkmaktadır, ancak hasta açık olarak fazla endişeli değildir.

4 ORTA: Hasta, hayatındaki gerçek bir olaydan dolayı kendisini sorumlu tuttuğunu ifade etmektedir, ancak zihni sürekli bununla meşgul değildir ve tavır ve davranışları bundan etkilenmemektedir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta, kendini küçük görme veya cezalandırılmayı hak etme düşüncelerinin eşlik ettiği güçlü bir suçluluk duygusu ifade etmektedir. Suçluluk duyguları sanrı niteliğinde olabilir, nedeni olmaksızın ortaya çıkabilir, zihin meşguliyeti ve/veya çökkün duygudurumun kaynağı olabilir ve görüşmeci tarafından yatıştırılamaz.

6 AĞIR: Güçlü suçluluk düşünceleri sanrı özelliğine bürünür ve ümitsizlik veya değersizlik hislerine yol açar. Hasta yaptığı hatalar için sert bir şekilde cezalandırılması gerektiğine inanmaktadır ve hatta o anda içinde bulunduğu şartları bir ceza olarak görebilir.

7 ÇOK AĞIR: Hastanın yaşamı değişmesi mümkün olmayan suçluluk sanrılarının etkisi altındadır ve bu nedenle hasta hapse atılma, işkence veya ölüm gibi ağır cezalar hak ettiğini düşünmektedir. Ek olarak intihar düşünceleri veya başkalarının sorunlarını kendisinin geçmiş hatalarına bağladığı görülebilir.

G4. GERGİNLİK:

Vücudun sertleşmesi, tremor, belirgin terleme ve huzursuzlukla kendini gösteren korku, anksiyete ve ajitasyonun açık fiziksel belirtileridir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede anksiyetenin sözel olarak ifadesi ve görüşme sırasında gerginliğe bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Kaygıyla bekleyişin göstergeleri olarak hafif rijidite, ara sıra olan yerinde duramama hali, pozisyon değiştirme veya ellerde ince tremor gibi vücut duruşu ve hareketleri görülmektedir.

4 ORTA: Kıpır kıpır olma, ellerde belirgin titreme, aşırı terleme veya heyecanlı tavırlar gibi çeşitli belirtilerle sinirli bir görünüm ortaya çıkmaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Heyecan nedeniyle titreme, belirgin terleme ve huzursuzluk gibi çok sayıda belirtiler belirgin gerginliğe işaret etmektedir, ancak görüşmedeki davranışlar önemli ölçüde etkilenmemiştir.

6 AĞIR: Kişiler arası ilişkileri bozacak düzeyde belirgin gerginlik vardır. Hasta uzun süre bir yerde oturamayacak derecede huzursuz olabilir veya hızla soluk alıp verebilir.

7 ÇOK AĞIR: Belirgin gerginliğin göstergesi olarak hızla ve huzursuzca ileri geri yürüme ve bir dakikadan fazla yerinde oturamama gibi panik belirtileri veya hareketlerde hızlanma gözlenir ve bu nedenle konuşma sürdürülemez.

G5. MANYERİZM VE VÜCUT DURUŞU:

Garip, tutuk, uyumsuz veya acayip görünümlü doğal olmayan hareketler veya vücut duruşudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme boyunca gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği fiziksel belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hareketlerde hafif derecede bir gariplik veya vücut duruşunda hafif bir rijidite vardır.

4 ORTA: Hareketler belirgin olarak gariptir veya düzensizdir veya kısa süreli doğal olmayan bir vücut duruşu vardır.

5 ORTA/AĞIR: Ara sıra acayip törensel hareketler veya çarpık bir vücut duruşu gözlenmektedir veya uzunca bir süre korunan anormal bir vücut duruşu vardır.

6 AĞIR: Acayip törensel hareketlerin, manyerizmin veya stereotipik hareketlerin sıkça tekrarı veya uzunca bir süre korunan çarpık bir vücut duruşu vardır.

7 ÇOK AĞIR: Sürekli olan törensel, manyeristik veya stereotipik hareketler veya doğal olmayan sabit bir postürün uzun süre korunması nedeniyle işlevsellik ciddi ölçüde bozulmaktadır.

G6. DEPRESYON:

Üzüntü, kendine güvenememe, çaresizlik ve kötümserlik duygularıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında çökkün duygudurumun gözlenmesi ve bunun tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere tavır ve davranışlardaki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Sadece sorulduğunda bir miktar çaresizlik ve üzüntü dile getirir, ancak genel tavrında veya davranışlarında depresyonla ilgili özellikler yoktur.

4 ORTA: Açığa vurulabilen belirgin üzüntü veya çaresizlik duyguları vardır, ancak çökkün duygudurumun davranış ve sosyal işlevler üzerine etkisi yoktur. Hasta genelde neşelendirilebilir.

5 ORTA/AĞIR: Belirgin üzüntü, kötümserlik, sosyal ilgi kaybı, psikomotor yavaşlama ve bir miktar uyku ve iştah sorunlarıyla giden bariz çökkün duygudurum vardır. Hasta kolaylıkla neşelendirilemez.

6. AĞIR: Sürekli ağır elem, ara sıra ağlama, çaresizlik ve değersizlik duyguları ile giden belirgin çökkün duygudurum vardır. Ek olarak, önemli düzeyde iştah ve/veya uyku bozukluğu, kendine bakmamayla ilgili belirtilerin de görülebileceği motor ve sosyal davranışlarda bozukluk vardır.

7. ÇOK AĞIR: Çökkün duygudurum bir çok önemli işlevi ciddi ölçüde etkilemektedir. Sık ağlama, belirgin bedensel belirtiler, dikkat bozukluğu, psikomotor yavaşlama, sosyal ilgisizlik, kendine bakmama, muhtemel depresif veya nihilistik sanrılar ve/veya muhtemel intihar düşünceleri veya girişimi gibi belirtiler vardır.

G7. MOTOR YAVAŞLAMA:

Hareketlerin ve konuşmanın yavaşlaması ve azalması, uyaranlara verilen yanıtta azalma ve beden kuvvetindeki azalmadan anlaşılabileceği üzere motor aktivitede azalma vardır.

Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi ve ailenin bildirdiği belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hareketlerin ve konuşmanın hızında hafif ancak gözlenebilir bir azalma vardır. Hastanın konuşması ve iletişimde kullandığı el kol hareketlerinde bir miktar azalma olabilir.

4 ORTA: Hastanın hareketleri açıkça yavaşlamıştır ve sorulara uzun sürede yanıt verilmesi, konuşmada uzamış duraklamalar olması veya konuşmanın hızının yavaşlaması ile konuşmanın verimliliği azalmıştır.

5 ORTA/AĞIR: Motor aktivitedeki belirgin azalma iletişimi verimsiz kılmaktadır veya toplumsal ve mesleki işlevselliği sınırlamaktadır. Hasta genellikle ya yatar ya oturur durumda bulunmaktadır.

6 AĞIR: Hareketlerdeki aşırı yavaşlama aktivite ve konuşmanın en aza indirgenmesine neden olmaktadır. Genel olarak hasta gününü yatarak veya uzanarak geçirmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Hasta tamamen hareketsizdir ve dış uyaranlara yanıt vermemektedir.

G8. İŞBİRLİĞİ KURAMAMA:

Görüşmeci, hastane çalışanları veya hastanın ailesinin de dahil olduğu önemli kişilerle güvensizlik, savunuculuk, inatçılık, karşı gelme eğilimi, otoriteyi reddetme, düşmanca tutum veya kavgacılık gibi nedenlerden ötürü uyum sağlamayı aktif olarak reddetmesidir.

Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği kişilerarası ilişkilerdeki davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Gücenen, tahammülsüz veya iğneleyici bir tutumla cevap verir. Görüşmedeki hassas sorgulamaya alınganlık göstermeden itiraz edebilir.

4 ORTA: Kendi yatağını yapma, önceden planlanan programlara katılma gibi normal sosyal gerekliliklere ara sıra ani olarak karşı koyar. Düşmanca, savunucu veya karşı gelme eğilimi olan bir tutum gösterebilir, ancak bu tutumu genellikle ele alınabilir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta sıklıkla çevresinin taleplerine uyum göstermez ve başkaları tarafından “toplum dışı” veya “ciddi bir davranış sorunu olan kimse” şeklinde tanımlanır. Görüşmeciye karşı belirgin savunuculuk ve alınganlık göstermesi ve muhtemelen birçok soruyu yanıtlamak istememesi işbirliği kurulamadığının göstergeleridir.

6 AĞIR: Hasta işbirliği kurmayan, karşı gelme eğilimli ve kavgacı bir tutum içindedir. Sosyal gerekliliklerin çoğuna uymayı reddeder. Görüşmeye başlamayı veya görüşmeyi sonuna kadar sürdürmeyi reddedebilir.

7 ÇOK AĞIR: Tüm önemli işlev alanlarını ciddi ölçüde etkileyecek düzeyde aktif bir karşı koyma tutumu vardır. Hasta herhangi bir sosyal aktiviteye katılmayı, kişisel temizliğiyle ilgilenmeyi, ailesi veya sağlık personeliyle konuşmayı ve görüşmeye kısa süre için bile olsa katılmayı reddeder.

G9. OLAĞANDIŞI DÜŞÜNCE İÇERİĞİ:

Yabancı veya alışılmadık olan düşüncelerden çarpıtılmış, mantıkdışı ve saçma düşüncelere kadar değişen bir dağılım gösteren, garip, hayali veya acayip düşüncelerin olmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme sırasında aktarılan düşünce içeriğidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Düşünce içeriği bir miktar garip veya alışılmamıştır veya herkesin aklından geçebilecek düşünceler garip bir bağlam içinde düşünülmektedir.

4 ORTA: Düşünceler sıklıkla çarpıtılabilir ve zaman zaman oldukça acayıptır.

5 ORTA /AĞIR: Hasta birçok garip ve hayali (ör: bir kralın daha sonra evlat edinilen oğlu olduğu, ölüm listesinde olup daha sonra kurtulduğu) veya tamamen anlamsız bazı (ör: yüzlerce çocuğa sahip olduğu, dış dolgusu aracılığıyla uzaydan radyo mesajları aldığı) düşünceler aktarır.

6 AĞIR: Hasta birçok mantıksız veya anlamsız düşünceler veya belirgin acayip niteliği olan bazı düşünceler (ör: üç tane kafası olduğu, başka bir gezegenden gelen bir ziyaretçi olduğu) aktarır.

7 ÇOK AĞIR: Düşünce içeriği tamamen saçma ve acayip düşüncelerden oluşmaktadır.

G 10. YÖNELİM BOZUKLUĞU:

Kişinin kişi, zaman ve yer yöneliminin bozulması, çevresiyle olan ilişkisinin konfüzyon veya bir kesilme durumuna bağlı olarak farkında olmamasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme sırasında yönelimle ilgili sorulara verilen yanıtlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Genel olarak yönelim korunmuştur, ancak bazı ayrıntılarla ilgili zorluk yaşanmaktadır. Örneğin, hasta bulunduğu yeri bilse de sokak adresini bilmemektedir; hastane personelinin isimlerini bilse de görevlerini bilmemektedir; hangi ayda olunduğunu bilse de günü bir sonraki günle karıştırmaktadır; veya tarihi iki günden fazla olmak üzere karıştırmaktadır. İlgi alanında, sağlık personeli gibi yakın çevreyi tanıyabilme, ancak devlet ve siyaset adamları gibi daha uzak olan çevreyi tanıyamama şeklinde bir daralma söz konusu olabilir.

4 ORTA: Kişileri, yeri ve zamanı tanımada kısmi başarı vardır. Örneğin hasta hastanede bulunduğunu bilmekte ancak hastanenin adını bilmemektedir; bulunduğu şehri bilmekte ancak mahalle adını bilmemektedir; kendi terapistinin adını bilmekte ancak diğer birçok sağlık personelinin adını bilmemektedir; yıl ve mevsimi bilmekte ancak aydan emin olamamaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Kişileri, yeri ve zamanı tanımada önemli ölçüde bozukluk vardır. Hasta nerede olduğuna dair müphem bir fikre sahiptir veya çevresindeki çoğu insanı tanıyamamaktadır. Yılı doğru veya doğruya yakın olarak bilse de içinde bulunulan ayı, haftanın gününü veya mevsimi bilmemektedir.

6 AĞIR: Kişileri, yeri ve zamanı tanımada belirgin bozukluk vardır. Örneğin hastanın nerede olduğuna dair hiçbir fikri yoktur; tarihi bir yıldan fazla olmak üzere karıştırmaktadır; şu andaki yaşamında sadece bir veya iki kişinin ismini bilmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Hastanın kişilere, yere ve zamana ait yönelimi tamamen bozulmuştur. Bulunduğu yer, içinde bulunduğu yıl ve hatta ebeveynleri, eşi, arkadaşları ve kendi terapisti gibi en çok tanıdığı insanları bile bariz olarak karıştırmakta veya bilememektedir.

G 11. DİKKAT AZALMASI:

Dikkatin odaklanmasında bir azalma vardır ve bu durum kendini dikkati toplamada zayıflama, dikkatte iç ve dış uyaranlar nedeniyle dağılma ve dikkati bir durum üzerinde tutma, koruma veya yeni bir uyaran üzerinde toplamada güçlük ile belli eder. Değerlendirmede temel alınacak veriler görüşme sırasında gözlenen belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Ara sıra dikkatte dağılmaya meyil veya görüşmenin sonuna doğru dikkatin dağılması şeklinde görülebilen dikkati toplama sorunu vardır.

4 ORTA: Dikkatte kolayca dağılma, dikkati bir konu üzerinde uzun süre tutamama veya dikkati yeni konulara çevirmede zorluk nedeniyle konuşma etkilenmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Dikkati toplayamama, dikkatte kolayca dağılma ve dikkati yeni konulara odaklama zorluğu nedeniyle konuşma ciddi olarak engellenmektedir.

6 AĞIR: İç ve dış uyaranların dikkati dağıtması nedeniyle hastanın dikkati çok kısa süre için veya çok büyük çabayla toparlanabilmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Dikkat o kadar bozulmuştur ki hastanın kısa bir süre konuşması bile mümkün değildir.

G 12. YARGILAMA VE İÇGÖRÜ EKSİKLİĞİ:

Kişinin kendi psikiyatrik rahatsızlığının ve içinde bulunduğu durumun farkında olması veya bunları anlamasındaki eksikliklerdir. Bu durum, geçmişteki veya şu andaki psikiyatrik hastalığı veya belirtileri kabul etmeme, hastaneye yatma veya tedavi görme ihtiyacını reddetme, sonuçlarının ne olacağını çok kestiremediği kararlar verme ve gerçekçi olmayan kısa ve uzun vadeli planlar yapma şeklinde gözlenir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede aktarılan düşünce içeriğidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Psikiyatrik bir bozukluğu olduğunu kabul eder, ancak ciddiyetini, tedavinin gerekçelerini veya hastalığın tekrarlamaması için önlem alması gerektiğini hafife almaktadır. Geleceğe yönelik tasarlamada bozukluk vardır.

4 ORTA: Hasta hastalığını tamamen değil, yüzeysel olarak kabul etmektedir. Hastalığın farkında olma durumu değişebilmektedir veya varolan sanrılar, düşünce dağınıklığı, şüphecilik ve kendini toplumdan çekme gibi belirtilerin çok az farkında olmaktadır. Hasta tedaviye olan ihtiyacının anksiyete, gerginlik, uyku bozukluğu gibi daha geri plandaki belirtiler için olduğunu düşünmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Psikiyatrik rahatsızlığının geçmişte olduğunu, ancak şu anda hasta olmadığını düşünmektedir. Üstüne gidilirse, yanlış yorumlamalar veya sanrısız düşünce ile açıklamaya meyilli olduğu ilgisiz veya önemsiz bazı belirtilerin varlığını kabul edebilir. Psikiyatrik tedaviye ihtiyacı olduğunu farkında değildir.

6 AĞIR: Hasta geçmişte bir psikiyatrik rahatsızlığı olduğunu kabul etmez. Geçmişte veya şu anda herhangi bir psikiyatrik belirtinin var olduğunu kabul etmez; uyum göstermesine rağmen tedavi ve hastaneye yatma ihtiyacını olduğunu da yadsır.

7 ÇOK AĞIR: Geçmişte veya şu andaki psikiyatrik hastalık varlığını yadsır. Hastaneye yatışını ve tedavisini sanrılı biçimde yorumlar (ör: geçmişteki kötülüklerin cezası, işkencecilerin zulumu gibi) ve bu nedenle terapistlere, ilaç tedavisine ve tedavinin diğer yönlerine uymayı reddeder.

G 13. İRADE BOZUKLUĞU:

Kişinin düşüncelerinin, davranışının, hareketlerinin ve konuşmasının iradi olarak başlatılması, sürdürülmesi ve kontrol edilmesindeki bozukluktur. Değerlendirmede temel alınacak veriler görüşme boyunca gözlenen düşünce içeriği ve davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Konuşma ve düşünmedeki hafif derecedeki kararsızlık sözel ve bilişsel süreçleri biraz engelleyebilir.

4 ORTA: Hasta genellikle ikilemedir ve karar vermede belirgin güçlük çekmektedir. Düşüncedeki gelgitler nedeniyle konuşma etkilenmektedir ve sonuç olarak sözel ve bilişsel işlevsellik açıkça bozulmuştur.

5 ORTA/AĞIR: İrade gücüğü hem düşünce hem davranışı etkilemektedir. Hasta toplumsal ve hareketle ilgili aktivitelerin başlatılması ve sürdürülmesini bozacak ve konuşmada duraklamaya da neden olabilecek düzeyde belirgin kararsızlık gösterir.

6 AĞIR: İrade gücüğü giyim kuşam gibi basit, otomatik işlevlerin bile yapılmasına engel olmaktadır ve konuşmayı belirgin olarak etkilemektedir.

7 ÇOK AĞIR: İradedeki tama yakın yetersizlik nedeniyle hareketler ve konuşma belirgin olarak engellenir ve bu durum tam hareketsizlik ve/veya mutizme yol açar.

G 14. DÜRTÜ KONTROLSÜZLÜĞÜ:

Davranışların düzenlenmesinin ve kontrolünün dürtülere bağlı olarak bozulması sonucunda gerilimin ve duyguların ani, ayarlanmamış, rastgele veya yanlış yönlendirilmiş bir biçimde, sonuçlar düşünülmeden ortaya çıkmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında gözlenen ve tedavi ekibi ve aile tarafından bildirilen davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hasta zorlanmayla yüz yüze kaldığında veya doyumunu engellendiğinde kolay öfkelenmeye ve hayal kırıklığına uğramaya meyillidir, ancak dürtü doğrultusunda hareket etmez.

4 ORTA: Çok hafif kışkırtmayla bile hasta öfkelenmekte ve küfredebilmektedir. Ara sıra tehditkar, tahripkar olabilir veya dövüşle karşı karşıya kaldığı veya hafif ağız dalaşı yaptığı görülebilir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta tekrarlayıcı biçimde dürtüsel olarak küfürlü konuşabilir, eşyalara

zarar verebilir veya fiziksel tehdit savurabilir. Hastanın tecrit edilmesini, bağlanmasını veya gerektiğinde ilaçla sakinleştirilmesini gerektiren, saldırganlaştığı bir veya iki olay olmuş olabilir.

6 AĞIR: Hasta sonuçlarını hiç düşünmeden sıkça dürtüsel bir biçimde saldırgan, tehditkar, talepkar ve tahripkardır. Saldırgan davranış sergiler ve cinsel saldırganlık da gösterebilir. Muhtemelen varsanı niteliğindeki işittiği seslere uymaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Hasta cinayet girişimleri, cinsel saldırılar, tekrarlayan kaba kuvvet kullanma veya kendine zarar verme davranışları göstermektedir. Tehlikeli dürtülerini kontrol edememesi nedeniyle sürekli gözetim altında tutulması veya tespit edilmesi gerekir.

G 15. ZİHİNSEL AŞIRI UĞRAŞI:

Gerçeklerle olan bağlantının ve uyum sağlayıcı davranışların otistik yaşantılar ve içten gelen duygu ve düşüncelere kendini kaptırma nedeniyle olumsuz yönde etkilenmesidir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme boyunca gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Kişisel ihtiyaçlar veya sorunlarla aşırı uğraşma nedeniyle konuşmanın benmerkezcil konulara yönlendiği ve diğer insanlara gösterilen ilginin azaldığı gözlenir.

4 ORTA: Hastada gündüz hayal kurma veya iç yaşantılarla uğraşma tarzında bir kendisiyle meşgul olma hali vardır ve bu nedenle iletişim az da olsa etkilenmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta otistik yaşantılarla iç içedir. Boş bakışlar, kendi kendine mırıldanma veya konuşma veya stereotipik hareketler şeklinde gözlenen bu tür davranışlar toplumsal işlevleri ve iletişimi olumsuz etkilemektedir.

6 AĞIR: Otistik yaşantılarla olan aşırı zihinsel uğraşı dikkati toplamayı, konuşmayı ve çevreye yönelimi ciddi ölçüde sınırlamaktadır. Hasta sıklıkla kendi kendine gülerken, mırıldanırken, konuşurken veya bağırırken gözlenebilir.

7 ÇOK AĞIR: Davranışını her yönde etkileyecek biçimde otistik yaşantılarla iç içedir. Hastanın sürekli sözel olarak veya davranışlarıyla varsanılara yanıt vermesi söz konusu olabilir. Hasta diğer insanların veya çevresinin pek farkında değildir.

G 16. AKTİF BİÇİMDE SOSYAL KAÇINMA:

Temelsiz korku, düşmanlık duygusu veya güvensizlik nedeniyle sosyal ilişkilerin azalmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği sosyal işlevsellik düzeyidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Gerektiğinde sosyal aktivitelere katılmakla birlikte hasta diğer insanların yanında kendisini rahatsız hissetmekte ve zamanını kendi başına geçirmeyi tercih etmektedir.

4 ORTA: Hasta isteksizce toplumsal aktivitelerin tamamına veya çoğuna katılmaktadır, ancak ikna edilmesi gerekebilir veya anksiyete, şüphecilik veya düşmanca duygular

nedeniyle bu aktivitelerden erken ayrılabilir.

5 ORTA/AĞIR: Başkalarının çabalarına rağmen hasta korkuyla veya öfkeyle birçok sosyal aktiviteden uzak durmaktadır. Serbest saatlerini kendi kendine geçirmeye meyillidir.

6 AĞIR: Hasta korku, düşmanca duygular veya güvensizlik nedeniyle çok az sosyal aktiviteye katılmaktadır. Yaklaşıldığı zaman hasta ilişkileri koparmaya kuvvetli bir şekilde meyil gösterir ve genelde kendisini diğer insanlardan soyutlar.

7 ÇOK AĞIR: Belirgin korkular, düşmanlık duyguları veya kötülük görme sanrıları nedeniyle hastanın hiçbir sosyal aktiviteye katılımı sağlanamaz. Tüm etkileşimlerden mümkün olabildiğince uzak durur ve kendisini diğer insanlardan soyutlar.



8.7. Ek 7. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ)

ŞİZOFRENİDE İŞLEVSEL İYİLEŞME ÖLÇEĞİ (ŞİLÖ)

- 1. Sosyal işlevsellik

Sosyal ilişkilerde kendini ortaya koyabilme (Sosyal ortamlarda hastanın kendisini ortaya koyma, kendini ifade edebilme becerisi.)

1. Yok: Hasta kendini ortaya koyamaz. Hasta bazen etrafındakiler tarafından kötü muamele görmeye ses çıkarmaz.
2. Kısmen var: Hasta sosyal ortamlarda pasiftir ve sadece arkadaş canlısı ortamlarda kendini ortaya koyabilir.
3. Yeterince var: Hasta herhangi bir ortamda kendisini yalnızca kısmen ortaya koyabilir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta her ortamda kendisini ortaya koyabilir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta her ortamda kendisini ortaya koyabilir hatta etrafındakiler üstünde etki bırakabilir.

- Sosyal hayata ve / veya bir derneğe katılım (Politik olaylardan haberdar olmak, oy kullanmak, derneklere üye olmak vb.)

1. Yok: Hasta sosyal veya politik olaylarla hiç ilgilenmez.
2. Kısmen var: Hastanın sosyal ya da politik olaylara ilgisi belli belirsizdir ve kişisel olarak bu olaylara dahil olmaz.
3. Yeterince var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ancak katılımı sınırlıdır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ve eğer katılması istenirse katılır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ve aktif olarak katılır; dernek etkinliklerine katılır.

- Kişisel aktiviteler (Kişisel ilgi alanlarına zaman ayırma, boş zamanları değerlendirebilme becerisi, örneğin; sportif faaliyetler, kitap okuma, el becerilerini geliştirme gibi hobiler.)

1. Yok: Hastanın hiçbir kişisel ilgi alanı yoktur veya hobilerini sürdüremez. Hasta, boş zamanlarında hareketsizdir.
2. Kısmen var: Hastanın birkaç ilgi alanı vardır ve kişisel aktiviteleri sınırlı ya da basmakalıptır veya dışarıdan zorlamayla gerçekleşir.
3. Yeterince var: Hasta, boş zamanlardaki etkinliklere kendiliğinden katılma konusunda belirli bir isteksizlik gösterir. Bazı ilgi alanları vardır ama bunları sürdürmekte zorlanırlar.
4. Neredeyse tamamen var: hastanın kendiliğinden başlattığı ve zaman içinde sürdürebildiği kişisel ilgi alanları vardır. İlgi alanları görece sınırlıdır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta, farklı türlerde birkaç etkinliğe gönüllü olarak, kendiliğinden ve düzenli olarak katılır.

- İletişim ve bilgilenme (Yaygın bilgi kaynaklarının kullanımı. Örneğin; gazete, dergi, televizyon, radyo gibi ya da iletişim kaynaklarının kullanılması, telefon, posta, elektronik posta gibi.)

1. Yok: Hasta yaygın bilgi ve iletişim kaynaklarını kendi başına kesinlikle kullanamaz.
2. Kısmen var: Hasta sadece kesinlikle gerekli olduğu hallerde bilgi ve iletişim kaynaklarını kullanır.
3. Yeterince var: Hasta zaman zaman bazı iletişim ve bilgi kaynaklarını kullanır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta çoğu yaygın iletişim ve bilgi kaynaklarını kullanır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta erişiminin olduğu tüm iletişim ve bilgi kaynaklarını düzenli olarak kullanır.

- Aile ve arkadaşlar (Aile bireyleri ve arkadaşlarla olan iletişim kalitesi, görüşme sıklığı)

1. Yok: Hastanın ailesiyle iletişimi yoktur ve arkadaşı yoktur.
2. Kısmen var: Hastanın ailesi ve arkadaşlarıyla nadir ve/veya pasif iletişimi vardır ve ilişkileri yüzeysel ve/veya düşük niteliklidir (agresif).
3. Yeterince var: Hastanın ailesi ve arkadaşlarıyla iletişimi vardır. İletişim düzensiz ve/veya seyrek. İyi nitelikli olabilen bazı ilişkilere kısmen dâhil olurlar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta aile üyeleri ve arkadaşlarıyla ilişkilerini sürdürür ve bu ilişkilerde bazen inisiyatifi alır.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın aile üyeleri ve arkadaşlarıyla iyi nitelikli ilişkileri vardır. İletişim sıklıkla kurulur ve genellikle hasta iletişim kurma girişiminde bulunur.

- Yaşam için gerekli olan sosyal çevre (mağazalar, hizmetler, komşular...): uyumlu sosyal entegrasyon için gerekli olan ilişkiler

1. Yok: Hastanın herhangi bir sosyal çevreyle hiçbir teması ya da etkileşimi yoktur.
2. Kısmen var: Hastanın komşularıyla olan etkileşimi çok azdır ve kesinlikle gerekli olan dışında çok nadiren temasta bulunur.
3. Yeterince var: Hastanın komşularıyla bazı etkileşimleri olur. Bu etkileşimler mesafelidir ve nadiren hasta tarafından başlatılır. Hasta hayatı için gerekli olan sosyal çevresini sadece kısmen kullanır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta sıklıkla komşularıyla etkileşim halindedir. Hasta, hayatı için gerekli olan sosyal çevresini düzenli olarak kullanır ancak kişisel ilişkiden kaçınır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta komşularıyla ve hayatı için gerekli olan sosyal çevresiyle kendisinin başlattığı düzenli ve neşeli etkileşimlerde bulunur.

- Duygusal ve cinsel ilişkiler (Duygusal bir ilişki isteği ve bunu başarmak. Tatmin edici cinsel hayat)

1. Yok: Hastanın duygusal bir ilişkisi yoktur ve olması için aramaz. Hastanın ne fantezilerinde ne de gerçekte cinsel bir etkinliği yoktur.

2. Kısmen var: Hastanın duygusal bir ilişkisi yoktur ama olmasını ister. Cinsel etkinlik tatmin edici değildir ve nadirdir.
3. Yeterince var: Hastanın verimsiz ve düzensiz duygusal ilişkileri vardır. Cinsel hayatı aralıktır.
4. Neredeyse tamamen var: Hastanın yeterince istikrarlı duygusal bir ilişkisi vardır. Cinsel etkinlik her zaman tatmin edici değildir.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın, istekleri doğrultusunda, tatmin edici duygusal bir ilişkisi vardır. Cinsel hayatı tatmin edicidir.

- 2. Sağlık ve Tedavi

Hastalığın ve tedavinin idaresi (Hastalıklarını, belirtilerini, tedavi programlarını, nüksetme işaretlerini bilme ve tedaviye uyum.)

1. Yok: Hasta, hastalığının adını bilmez veya belirtilerini ve tedavisini anlamaz; tedavi programına uymaz.
2. Kısmen var: Hastanın, hastalığı ve sonuçları hakkında çok sınırlı bilgisi vardır. Belirtilerin bazılarının farkındadırlar ancak bu belirtileri hastalığıyla ilişkilendiremez. Tedaviyi yeterince kavramaz ve uyumun gerekli olduğunu düşünmez.
3. Yeterince var: Hasta ilaçlarının isimlerini söyleyebilir ancak onları kullanmanın önemini gerçekten kavramaz.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta hastalığını, temel belirtilerini ve sonuçlarını kavrar. İlaçlarının isimlerini söyleyebilir ve onları kullanmanın önemini anlar.
5. Mükemmel derecede var: Hasta, hastalığını, temel belirtilerini ve sonuçlarını kavrar. İlaçlarının isimlerini söyleyebilir ve tedavi programına tamamen uyar.

- Sağlık İdaresi (Sağlığını korumak için gerekli önlemleri almak.)

1. Yok: Hasta sağlığını ve kişisel temizliğini tamamen ihmal etmiştir.
2. Kısmen var: Hasta, yalnızca acı hissederse veya işlevsel bir bozulma yaşarsa sağlığıyla ilgilenir.
3. Yeterince var: Hasta, özellikle de acı hissederse veya işlevsel bir bozulma yaşarsa kendi sağlığıyla ilgilenir. Kişisel temizliğin asgari kurallarına uymaya çalışır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta kendi sağlığıyla ilgilidir. Genel olarak temizlik ve beslenmenin temel kurallarına uyarlar.
5. Mükemmel derecede var: Hasta kendi sağlığıyla ilgili olarak endişelidir ve aktif bir biçimde tedavi ve önleyici tedbirler alır. Hasta temizlik ve beslenme kurallarına tamamen uyar.

- Empati ve başkalarına yardım

1. Yok: Hasta etrafındaki kişilere dikkat etmez ve başkalarıyla ilgilenmez.
2. Kısmen var: Hastanın etrafındaki kişilere karşı dikkati çok azdır ve hasta başkalarının sorunlarıyla ilgilenmez.
3. Yeterince var: Hasta etrafındaki kişilere ilgi gösterir ancak bu kişilerin sorunlarına karışmaz.

4. Neredeyse tamamen var: Hasta başkalarının sorunlarıyla aktif olarak ilgilenir ancak onlara yardım etmek için aldığı sorumluluk sınırlıdır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta başka insanların sorunlarıyla kişisel olarak ilgilenir ve yardım etmekten memnuniyet duyar.

- Tedavinin yan etkilerini idare etme (Tedavinin yan etkilerini bilme, tanıma ve bu etkilerle başa çıkma becerisi.)

1. Yok: Hasta, Tedavisinin yan etkileriyle tamamen ilgisiz görünür.
2. Kısmen var: Hasta tedavisinin yan etkileriyle yalnızca muğlâk biçimde alakalıdır, yan etkileri tanımakta zorluk yaşar ve bunlarla baş etmek için yardım istemez.
3. Yeterince var: Hasta, tedavisinin yan etkileri konusunda yeterince alakalıdır. Yalnızca en rahatsız edici yan etkileri tanıyıp onlarla başa çıkabilir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta tedavisinin tüm yan etkileriyle alakalıdır. Neredeyse hepsini tanır ancak onlarla nasıl başa çıkacağını bilmesi şart değildir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta tedavisinin olası tüm yan etkileriyle alakalıdır ve bu etkiler hakkında araştırma yapar. Tüm yan etkileri tanır ve onlarla başa çıkabilir.

- 3. Günlük Yaşam Becerileri

Biyolojik ritimlere uyum (hastanın uyanma/uyku, yemek saatleri gibi biyolojik ritimlere uyumu)

1. Yok: Hastanın yaşamla ilgili alışkanlıkları kesinlikle düzensizdir.
2. Kısmen var: Hasta, yalnızca başkası tarafından açıkça istendiğinde biyolojik ritimlere uyar.
3. Yeterince var: Hasta biyolojik ritimlere kendiliğinden ancak düzensiz biçimde uyar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta biyolojik ritimlere genellikle uyar ancak temel değişikliklere uyum sağlamakta zorlanır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta her alanda ve her durumda biyolojik ritimlere uyar.

- Beslenme (Yemek hazırlığı yapma; alış-veriş, düzenleme ve/veya (ailenin veya yaşanılan yerin) yemek saatlerine uyma becerisi)

1. Yok: Hasta kendiliğinden tek başına alış-verişe çıkmaz ve yalnız yaşıyorsa kendi yemeğini hazırlamaz; ailesiyle ya da bir bakım evinde yaşıyorsa yemek saatlerine uymaz.
2. Kısmen var: Hasta nadiren yemek alış-verişine veya yemek hazırlığına dâhil olur. Yalnızca, ondan uyulması istenirse yemek saatlerine uyar.
3. Yeterince var: Hasta kendi yemeğini öyle ya da böyle yeterli biçimde hazırlar ancak yemek kalitesi ve düzeni yetersizdir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta kendi yemeğini sağlamak konusunda görece kendine yeterlidir. Besin kalitesi ve yemek düzeni çoğu zaman yeterlidir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta yemeğini hazırlamak konusunda kendine yeter. Besin kalitesi ve yemek düzeni yeterlidir.

- İdari ve finansal yönetim (Olağan harcamaların idaresi, fatura ödemeleri, idari işler, sahip olduğu hakları bilme, mal varlığının idaresi)

1. Yok: Hasta olağan harcamalarını kontrol edemez ve tüm idari işlerde dışarıdan yardıma ihtiyaç duyar.
2. Kısmen var: Hasta günlük harcamalarını idare edebilir ama bütçe ve çoğu idari iş konusunda yardıma ihtiyaç duyar.
3. Yeterince var: Hasta kendi kişisel bütçesini ayarlayabilir. Tek başına faturalarını ödeyebilir ve harcamalarını ve giderlerini kontrol edebilir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta tüm faturaları ve idari işleri kendi başına halledebilir. Hasta tüm haklarından ve mal varlığından haberdar değildir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta tüm faturalarını ve idari işlemleri kendi başına halledebilir. Hasta haklarından ve mal varlığından haberdardır.

- Kişisel görünüm ve bakım (görünüş, kişisel hijyen, kıyafetlerin temizliği)
Daha önceki alışkanlıklar ve sosyal-kültürel ortamla kıyaslanarak değerlendirilecektir.

1. Yok: Hasta kirli ve dağınıktır, kokmaktadır. Görünüşünü ve bakımını ihmal eder. Birbirleriyle uyumsuz ve uygun olmayan kıyafetler giyer.
2. Kısmen var: Hastanın görünüşü ve/veya bakımı vasatın altındadır. Görünüşü oldukça ihmal edilmiştir ve kıyafetleri birbiriyle uyumsuz olabilir veya uygun olmayabilir.
3. Yeterince var: Uygun bir bakım düzeyini sürdürmekte zorluk yaşıyor gibi görünmesine rağmen hastanın görünüşünde sadece hafifçe bir ihmal vardır.
4. Neredeyse tamamen var: Hastanın zaman zaman bakımla ilgili problemleri olur veya bazen görünüşünü ihmal eder. Bu çok nadiren olur ve önemli sonuçlar doğurmaz.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın iyi bir görünüşü vardır ve bakımlıdır; giyimine dikkat eder.

- Agresif, saldırgan veya anti sosyal davranışın kontrolü (agresif davranış ve/veya kanunların ve toplum hayatının kurallarının hiçe sayılması)
 1. Yok: Hasta agresif duygularına hakim olmaz. Kanunları sıklıkla ve/veya ciddi biçimde çiğner.
 2. Kısmen var: Hasta agresif duygularına sadece kısmen hakim olur. Kanunlara veya toplum hayatının kurallarına her zaman uymaz.
 3. Yeterince var: Hasta neredeyse her zaman agresif davranışına hakim olur. Kanunlara uyar ve toplum hayatının kurallarıyla ilgili nadiren sorun yaşar.
 4. Neredeyse tamamen var: Hasta agresif duygularına hakim olur, bu duyguları sadece sözel olarak ifade eder. Kanunlara uyar ve genellikle toplum hayatının kurallarına da uyar.
 5. Mükemmel derecede var: Hasta tüm agresif davranışlarına ve sözel agresyonuna hakim olur. Kanunlara ve toplum hayatının kurallarına harfî harfine uyar.

- Strese ve beklenmeyen durumlara uyum sağlama (Uyabilme becerisi, duygusal kontrol, başa çıkma mekanizmaları)

1. Yok: Hasta, en ufak sıkıntıya uygunsuz biçimde tepki verir. Ortaya çıkabilecek beklenmedik herhangi bir problemle başa çıkmak için hazırlıklı değildir.
2. Kısmen var: Hasta bazı problemlerle başa çıkabilir ama hemen bunalır.
3. Yeterince var: Hasta stresle başa çıkabilir ancak sorunlar tekrarladığında ya da ciddi bir hal aldığında bunalır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta, günlük hayattaki stres ve sorunlarla iyi bir biçimde başa çıkar ancak büyük ve beklenmedik strese karşı oldukça hassastır.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın duygusal kontrolü iyidir ve her durumda etkili baş etme mekanizmaları kullanır.

- 4. Mesleki İşlevsellik

Ev işi etkinlikleri (Ev idaresi ile ilgili işler; toparlama, çamaşır, bulaşık, temizlik, çöpü dışarı çıkarma, genel bakım, mobilyanın durumu vb.)

1. Yok: Hasta evine hiç bakmaz (temizliği asla kendisi yapmaz, nevresimleri değiştirmez, çöpü dışarı çıkarmaz...).
2. Kısmen var: Hasta çok az ev işi yapar ve sadece mutlaka gerekli olan şeyleri yapar.
3. Yeterince var: Hasta, içinde bulunduğu çevrenin sosyal kurallarını yerine getirme imkanı veren minimum düzeydeki ev işlerini ve temizlik işlerini yapar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta çoğu ev işini yapar ancak bu bazen düzensiz ve eksik olur.
5. Mükemmel derecede var: Hasta ev işlerini düzenli olarak ve iyi bir biçimde yapar.

- Çalışma veya eğitim (Okul veya üniversiteye devam etme ya da geri dönme, iş eğitimi alma ya da profesyonel yönelim. İş arama ya da işe geri dönme, profesyonel entegrasyon)

1. Yok: Hasta herhangi bir profesyonel etkinlik yürütemez ya da okulunu tamamlayamaz görünür. İş aramak veya okula geri dönmek için adım atmaz.
2. Kısmen var: Hasta iş aramak veya okula geri dönmek için adım atar. Şu anda iş ya da okulla ilgili olarak bir etkinlikte bulunmaz.
3. Yeterince var: Hastanın korunaklı bir ortamda düzensiz iş veya işleri vardır. Hasta aralıklı olarak okula gider.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta çalışır ya da okula gider. Entegrasyonu için çaba gerekir veya araya kısa aralıklar girer.
5. Mükemmel derecede var: Hasta düzenli bir biçimde çalışır veya (okuldaki) çalışmalarını gayretle sürdürür.